

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA
de la Fundación "la Caixa"

TÍTULO

**ANÁLISIS DE LAS COMPETENCIAS DE LA ENFERMERÍA EN
EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA.**

AUTOR/ES:

Isabel Figueras Oliver

Sistema de Emergencias Médicas Barcelona

Isabel Arriazu López

Sistema de Emergencias Médicas Barcelona

Montse Capdevila Olivas

Sistema de Emergencias Médicas Barcelona

Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería para la obtención del Máster.

Trabajo dirigido por el profesor: Sr. Esteve Pont

Comisión evaluadora

Montserrat Teixidor
Esteve Pont
Marisol Rodríguez

Presidenta
Secretario
Vocal

José Tejada

Vocal

Presentado en fecha: 23 de juliol de 2009

Aceptado en fecha:

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

INDICE

Agradecimientos	2
1. Justificación	5
2. Objetivos	6
3. Marco Teórico:	
3.1 Introducción	7
3.2 Breve recuerdo histórico.....	10
3.3 Momento actual	17
3.4 Definición de profesión	21
3.4.1 Definición de profesión enfermera	23
3.4.2 Definición de la enfermería en emergencias	26
3.5 La pericia	28
3.6 La Competencia	33
3.7 Marco legal de las urgencias y emergencias.....	46
3.8 Historia de las emergencias en Cataluña.	47
3.9 La enfermería extrahospitalaria de otros países europeos.....	48
4. Marco Práctico.....	70
4.1 Hipótesis.....	70
4.2 Metodología.....	70
4.3 Variables.....	71
4.4 Instrumentos.....	71
4.5 Población y muestra.....	73
4.6 Análisis estadístico.....	74
4.7 Analisis de resultados.....	143
5. Conclusiones.....	150
6. Propuestas.....	152
7. Líneas de investigación.....	154
8. Bibliografía.....	155

9. Anexos.....	159
9.1 Petición de autorización al Departamento de Formación del SEM...	159
9.2 Carta presentación a los jueces.....	161
9.3 Cuestionario de validación de los jueces.....	163
9.4 Resultados validación de los jueces.....	169
9.5 Carta presentación del cuestionario.....	170
9.6 Cuestionario de las competencias en extrahospitalaria.....	171

AGRADECIMIENTOS

Escribir los agradecimientos de este proyecto significa haber concluido un intenso trabajo de investigación y análisis de datos. Quisiéramos que estas palabras de agradecimiento a todas las personas que de una u otra manera nos han apoyado y han colaborado en la culminación de este proyecto no fueran consideradas como una simple formalidad impuesta por la costumbre, sino un sentimiento de profundo reconocimiento hacia ellas.

En primer lugar queremos agradecer de manera especial a nuestras familias por haber sabido entender la importancia que ha supuesto para nosotras realizar este proyecto de investigación y esperamos sepan disculparnos por todo el tiempo que les hemos robado, sin su comprensión, ayuda, colaboración y mucho amor, sin duda, no hubiéramos podido llevar a buen término.

Debemos un especial agradecimiento a nuestros tutores del proyecto:

Al Dr. Esteban Pont por sus sugerencias y aportaciones personales, su disposición al diálogo y sus conocimientos sobre el tema, sin duda ha sido una figura importante para nosotras.

A la Sra. Montserrat Teixidor que nos supo orientar e ilusionar desde el primer momento y con la que compartimos tantas sesiones de discusión del proyecto, para nosotras ha sido un honor que una persona como ella haya sido nuestra tutora y por eso le dedicamos un especial agradecimiento.

A Pepe Tejada que supo tener una paciencia infinita a la hora de solucionarnos satisfactoriamente todas nuestras dudas y problemas estadísticos, y consiguió finalmente que nos gustara la estadística.

Agradecemos a la secretaria del Master, Leonor, por su colaboración y gran profesionalidad a la hora de solucionarnos los mil problemas que fueron surgiendo y sus palabras de aliento, siempre con una sonrisa, en los momentos difíciles.

A la Sra. Angeles Canal que nos brindó sus conocimientos profesionales en la recogida de información y su colaboración fue básica para la finalización del proyecto.

A la Sra. Eulalia Juvé, Coordinadora de enfermería de la división Hospitalaria del “Institut Català de la Salut” que nos proporciono las bases para establecer las competencias profesionales en extrahospitalaria y nos guió en su desarrollo

A Sofía Bosch, estudiante de enfermería, ahora ya enfermera titulada, que colaboró con nosotras de forma desinteresada, buscando la información y su posterior traducción al castellano, del funcionamiento de los Servicios de Emergencia en Holanda.

A los profesionales que actuaron como jueces y que validaron las encuestas:
Sra. Montse Martinez, Sra. Isabel Mas, Sra. Bet Vives, Sr. Javier Colina, Sr. J.R. Moreno, a todos ellos nuestros mas sinceros agradecimientos por su interés y su cariño.

A las Direcciones de Enfermería y las supervisoras de los Servicios de Urgencias de los siguientes hospitales: H. de la Esperanza, H. del Mar, H. de San Pablo, H. San Jaume de Calella y H. de Martorell, por su colaboración a la hora de pasar las encuestas al personal a su cargo y por su implicación personal en al proyecto.

Nuestro más sincero agradecimiento a todo el personal de enfermería del SEM y de los hospitales mencionados antes, que han participado con sus opiniones personales en las encuestas y nos han apoyado desinteresadamente.

Y por último a la Escuela Universitaria de Santa Madrona que durante los dos años que ha durado el Master de Gestión y Cuidados de Enfermería, nos ha sabido inculcar unos valores humanos y profesionales para poner en práctica la labor de gestionar desde un punto de vista no solo profesional sino ético, donde los valores, principios y fundamentos forman parte de un todo, del que nos sentimos especialmente orgullosas de haberlo captado, percibido y aprendido.

Santa Madrona a diferencia de otras escuelas de formación imprime un carácter participativo pero, además también una forma de hacer y de sentir la profesión desde posturas bioéticas y muy profesionales.

1.- JUSTIFICACIÓN

El papel asistencial de la enfermería en el ámbito de la emergencia extrahospitalaria no es nuevo, cada día está cobrando mayor relevancia y mayor presencia en el sector.

En Cataluña la presencia de estos profesionales viene siendo habitual desde hace varias décadas con la particularidad de que su demanda va en aumento. Los servicios de emergencias del país cuentan con un número de profesionales elevado, tanto en las unidades medicalizadas (UCI-móvil) como en las unidades en las que el profesional de enfermería es el líder o responsable de la asistencia.

Las características tan específicas que tiene la asistencia en el ámbito extrahospitalario hacen que el profesional de enfermería tenga que tomar decisiones, tanto de aplicación de técnicas concretas como de cuidados, en momentos de mucha presión asistencial.

Para dar una asistencia adecuada a cada demanda asistencial, el profesional de enfermería debe contar, por una parte con una formación previa que le permita poseer las habilidades y los conocimientos necesarios para adecuar sus cuidados y decisiones a la situación crítica asistencial de cada momento, y por otra con una definición de funciones y competencias claras y específicas.

La definición de las competencias y funciones específicas de la enfermería en el ámbito de la asistencia extrahospitalaria española, no están reflejadas en ningún documento o propuesta. En algunos países europeos, donde la presencia de la enfermería extrahospitalaria es fundamental, si aparecen las funciones y competencias legisladas.

Sin duda con la aprobación de la LOPS la profesión de enfermería ha ganado en contenidos y nos ha llevado “de la subordinación a la autonomía”, y con el amparo de esta ley es el momento de concretar tanto las competencias y funciones como la formación necesaria para desarrollar la tarea asistencial de

la enfermera en el ámbito específico de las emergencias. Para el desarrollo del trabajo asistencial en este ámbito tan específico como es la asistencia en emergencias extrahospitalarias, el profesional de enfermería necesita poseer unos conocimientos y habilidades que le permitan la aplicación de las técnicas y cuidados específicos adecuados a las diferentes demandas asistenciales.

La aprobación de la Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias (LOPS), establece las competencias y la formación tanto básica como especializada que debe tener el profesional de enfermería.

2.- OBJETIVOS

Los objetivos que pretendemos con este proyecto son los siguientes:

1. Definir cuales son las funciones y competencias de la enfermería en esta área concreta de la emergencia extrahospitalaria, adecuándolas a las necesidades asistenciales y a las necesidades de las personas que son atendidas en momentos de máxima necesidad asistencial.
2. Valorar el nivel de conocimiento y su grado de importancia de las diferentes competencias propias de enfermería.
3. Conocer el grado de conocimiento profesional de estos profesionales en su entorno laboral, es decir, en colaboración con otros intervinientes de los sistemas de emergencias, en concreto con los agentes de la Guardia Urbana de Barcelona
4. En función de los resultados obtenidos, elaborar propuestas y líneas de trabajo para definir y validar las competencias de la enfermería de emergencias extrahospitalarias.

3.- MARCO TEÓRICO

3.1.- Introducción.-

Los Servicios de Emergencias deben dar respuesta a las, cada vez mayores, demandas de asistencia en situaciones de necesidad inmediata sanitaria. Estas demandas van desde los accidentes de tráfico, emergencias médicas, o desastres naturales y catástrofes, etc.

Esta mayor necesidad de respuesta, hace que los Servicios de Emergencias cuenten con personal altamente cualificado, formando parte de los equipos multidisciplinares. Para ésto deben contar con unos protocolos, guías o procedimientos de actuación que les permitan dar una respuesta sanitaria de calidad, tal y como el paciente se merece en situaciones de riesgo vital.

Tanto la formación como la protocolización de las actuaciones, permiten al profesional garantizar la calidad de la atención. Por otra parte, disminuir los tiempos de respuesta, y evaluar la asistencia prestada, debe ser prioritario y fundamental para los Servicios de Emergencia, y debe de formar parte de sus controles de calidad.

El traumatismo grave continua siendo un problema de salud pública y es la principal causa de muerte durante las primeras cuatro décadas de la vida, como causa global.

En España la tasa de accidentes es de 250 accidentes por cada 100.000 habitantes, frente a los 456 de Alemania y los 402 del Reino Unido. Sin embargo, España registra una mortalidad más elevada ya que triplica la mortalidad de las Islas Británicas y duplica la alemana. La media europea es de 230 accidentes por cada 100.0000 habitantes.

Respecto a las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte en nuestro país. El incremento de la obesidad infantil y el sedentarismo también serán determinantes en un mayor número de casos de infarto en personas más jóvenes

Ante éste panorama es imprescindible que los profesionales que se encargan del manejo multidisciplinario del trauma conozcan a fondo las implicaciones que una atención pronta y oportuna conllevan para el resultado final del paciente lesionado.

El Comité on Trauma of American College of Surgeon, estableció como la "Hora de Oro" a los 60 primeros minutos desde que se produce la emergencia, en los cuales puede revertirse las lesiones letales de los pacientes traumatizados. Es en ese exiguo margen de tiempo en el que actúan los equipos de transporte sanitario, aplicando la terapéutica adecuada y disponible en ese contexto.

Así mismo, tanto La American Heart Association, como la European Resuscitation Council indican que la principal arritmia responsable de muerte súbita extrahospitalaria es la fibrilación ventricular, la que puede revertirse con una des-fibrilación inmediata, en los primeros 10 minutos, hasta en un 85% de los casos, si se cuenta con un sistema de emergencias cualificado capaz de iniciar un SVA (Soporte Vital Avanzado).

Es vital en la "hora de oro" del trauma tener un sistema prehospitalario eficiente, que cumpla con los principios básicos del manejo: rápida valoración, manejo apropiado de la vía aérea, control eficiente de la hemorragia, estabilización de fracturas, iniciación de reemplazo de volumen sanguíneo en su trayecto al hospital, y traslado en el menor tiempo posible.

Ante este panorama, el personal de enfermería que forma parte de estos equipos multidisciplinares de emergencia, debe tener la formación, capacitación y destreza necesarias para que su trabajo frente a estas situaciones de emergencia vital, se realice con la máxima calidad posible.

El perfil del personal de enfermería, debe ser el de un profesional con sólida formación postgrado, es decir debe estar en posesión del Postgrado de Emergencias y manejo del paciente crítico, y amplia experiencia en urgencias hospitalarias, se le exige un mínimo de dos años en servicios de urgencia de hospitales con un cierto nivel asistencial.

Todos estos requisitos curriculares previos, permiten al profesional llegar a un diagnóstico de la situación ágil, para poder resolver y compensar los parámetros vitales que ponen en situación de riesgo al paciente. Un profesional en permanente formación continuada y participativo, cuestiones que hoy ya son aceptadas y reconocidas por todas aquellas personas que asumen cargos de responsabilidad, tanto en los Servicios de Emergencias como en los Departamentos de Formación y las Áreas de Gestión.

El grupo de trabajo a través de este proyecto de *“Análisis de las competencias de la enfermería de emergencias extrahospitalarias”* quiere ser un marco de reflexión argumental y punto de partida hacia la definición y concreción de las competencias que le son propias a un grupo de profesionales de enfermería en constante evolución y cada día más necesarios.

A través de las opiniones recogidas de los profesionales que se dedican a las urgencias y emergencias se ha elaborado un documento base a partir del cual, se debe seguir trabajando para poder conseguir una clarificación de funciones, otros países incluso ya han elaborado un marco conceptual de especialidad de urgencias y emergencias.

3.2.- Breve recuerdo histórico (1):

La profesión enfermera desde sus orígenes hasta la actualidad ha venido sufriendo una transformación importante, debida por una parte a las exigencias de la sociedad y por otra a las novedades tecnológicas que hacen que nuestra profesión esté en constante formación y adaptación.

Haciendo un breve recorrido por la historia de nuestra profesión enfermera, es en la época romana donde empiezan a aparecer los primeros hospitales militares llamados “valetudinaria” y donde los propios soldados hacen trabajos de enfermería.

En el siglo V, Santa Brígida discípula de San Patricio, se convierte en una abadesa famosa en Irlanda por ser experta en artes de curación, y se le dio el título de “Patrona de curación”.

Más adelante, aparecen los hospitales no monásticos fundados en el año 542 después de C., servían de casa de caridad, y donde se realizaban trabajos propios de enfermería. Las primeras enfermeras fueron mujeres viudas y pecadoras, que como penitencia por sus pecados ofrecían su ayuda.

El primer hospital fundado en España data del año 589, fundado por el obispo Mosova, la Iglesia es la primera institución en tomar conciencia de la asistencia sanitaria.

Con las órdenes de Caballería aparecen las órdenes militares de enfermería, eran un tipo especial de órdenes que surgieron en el seno de las hermandades militares. Existe poca información sobre como cuidaban los caballeros a los enfermos y heridos.

En el inicio de la edad moderna se produce el descubrimiento de América en 1492, con él se da por bueno el comienzo del método científico y los experimentos clínicos, se descubren nuevas enfermedades y el funcionamiento

del cuerpo humano, va a haber grandes avances y va a aumentar las diferencias entre la medicina y la enfermería (que aún así, seguirá retrasada).

Durante el reinado de los Reyes Católicos se impone una Seguridad Social y en cuanto a la formación médica, la medicina se constituye como ciencia y se da formación universitaria.

En el reinado de Felipe II, existen grupos que carecen de formación académica como barberos, algebristas (traumatólogos actuales) curadores de cataratas y matronas, a los que el Rey les concede licencias especiales para que puedan ejercer.

Pero no es hasta el reinado de Carlos I cuando se establece un reglamento donde se especifica la *función que tiene el enfermero/a*, se distinguen las figuras del enfermero mayor y los enfermeros asistenciales y las actividades y tareas de cada uno.

El período comprendido entre 1550 y 1650 se considera el “siglo de oro de la enfermería“, ya que tienen lugar hechos importantes:

1. Constitución y expansión de órdenes religiosas en enfermería en España (Hermanos de San Juan de Dios, Hermanos Camilos, Hijos de la Caridad, Hermanas de la Caridad).
2. Influencia de la enfermería en el resto del mundo
3. Los primeros manuales y funciones de la enfermería aparecen en 1617 se imprime en Madrid la obra “Instrucción de enfermeros” de Andrés Fernández y también se publica el “Tratado de lo que se ha de hacer con los que están en el estadio de la muerte”. Dentro del manual “Instrucción de enfermeros”, se recogen conocimientos relativos a la enfermería y una descripción de técnicas y procedimientos utilizados por el enfermero, como las siguientes:
 - a. Cuidados de enfermería en determinadas enfermedades y situaciones de urgencia

- b. Preparación, indicación y administración de diferentes formas medicamentosas
- c. Se introducen conceptos de patología
- d. Consejos y orientaciones de anatomía
- e. Consejos orientados sobre dietética
- f. Priorización de cuidados
- g. Terapéutica y enfermería
- h. Tareas y funciones del enfermero

Por otra parte, la obra “Directorio de enfermeros” de un Hermano de San Juan de Dios, que no llega a publicarse, se detallan funciones asistenciales de enfermería, técnicas, preparación, indicación y administración de fármacos y los conocimientos que se deberían tener sobre anatomía.

El nacimiento de la Enfermería Moderna se encuentra en la segunda mitad del siglo XX, un momento en que la sociedad inglesa tiene muchas necesidades sanitarias (revolución industrial).

La enfermería como la conocemos se la debemos a Florence Nightingale, nacida en Florencia en 1820 en el seno de una familia adinerada y con estudios. Se le atribuye la profesionalización de la enfermería, es la fundadora de la enfermería protestante y laica. Funda la primera escuela de enfermeras en el Hospital de Santo Tomás. Tiene un programa propio de tres años de formación, nombra directora a una matrona, las alumnas reciben formación teórica y práctica y finalmente realizan un examen. Las enfermeras una vez finalizado el periodo de formación pasan a trabajar a otros hospitales.

Su libro “Notas de Enfermería” (1859) es también un instrumento de formación. Escribe contenidos profesionales de enfermería, es la primera vez que una enfermera establece como y que debe hacer una enfermera.

Plantea cosas tan innovadoras como:

1. Código Deontológico desde el punto de vista religioso y moral
2. Que las enfermeras tienen un papel propio que cumplir como “controladoras” de factores medioambientales para promover la salud
3. Diferentes niveles de autonomía al quehacer de las enfermeras: enfermera del enfermo, de salud,....

Como hemos podido ver a lo largo de la historia, la profesión enfermera ha recorrido un largo camino desde su origen hasta nuestros días.

En España el primer Decreto nº 2319 del año 1960 ⁽²⁾ legislaban las funciones de nuestra profesión, obligaba a que la actuación de las enfermeras se desarrollara siempre bajo la dirección e indicación de un médico. No se reconocían en aquel entonces, que los profesionales actuaran bajo su responsabilidad ya que no se reconocía a la enfermería como una profesión independiente con sus propias competencias profesionales. Pero este mismo Decreto habilita a la enfermera/o a dar asistencia inmediata en casos de urgencia hasta la llegada de un médico al que están obligados a avisar.

El Real Decreto 111/1980, de 11 de Enero, sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado de Enfermería, en su artículo tercero, estableció que los títulos de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) quedaban homologados al de Diplomado en Enfermería con los mismos derechos profesionales, corporativos y nominativos. Asimismo, en este Real Decreto se estableció la necesaria superación de un curso de nivelación de conocimientos para la convalidación académica del título de ATS por el de Diplomado en Enfermería.

La Orden de 15 de Julio de 1980 (Boletín Oficial del Estado del 23) estableció las normas que permitieron la convalidación académica de los citados títulos y fijó las directrices y áreas a las que debería ajustarse la elaboración de los contenidos de dicho curso de nivelación. Así, en el plazo de cinco años, posteriormente prorrogado hasta finales de 1989, los ATS que lo solicitaron, pudieron convalidar su título por el de Diplomado en Enfermería siempre y

cuando superaran las materias comprendidas en un programa especial que, con carácter de curso de nivelación, comprendía el estudio de diversas áreas de conocimiento.

No fue hasta la aprobación del Real Decreto 1231/2001 del 8 de noviembre ⁽³⁾, en el que se reconoce la independencia y autonomía de la profesión.

Pero sin duda la Ley más importante de los últimos cincuenta años en materia de ordenación de las profesiones sanitarias ha sido la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) ⁽⁴⁾

Durante muchos años se ha venido solicitando por parte de la profesión de enfermería una “ley de funciones”, se han diseñado numerosos borradores que no han visto la luz, pero después de esta Ley se abre un horizonte esperanzador, ya que hemos pasado de “la subordinación a la autonomía”.

La Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Asimismo, establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud.

La LOPS, se estructura mediante un Título Preliminar y otros cinco Títulos, da a la profesión enfermera el marco legal necesario para desarrollar sus propias competencias profesionales.

Haciendo un recorrido por los diferentes apartados de esta Ley, podemos ver que:

- Título Preliminar, destaca y regula los aspectos fundamentales del ejercicio de las diferentes profesiones sanitarias en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de éstos y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias.
- Título I establece cuales son las competencias de cada una de las profesiones sanitarias. En su *artículo 7. Diplomados sanitarios*.

1. *Corresponde, en general, a los Diplomados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para que les **faculta** su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso.*

a: Enfermeros: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades

- Título II desarrolla el marco de la formación tanto básica como especializada, siendo lo más destacado la introducción de un concepto novedoso de formación continuada o formación a lo largo de la vida, actualización permanente de conocimientos, mediante la formación continuada, de los profesionales sanitarios, como un derecho y un deber de éstos. Para ello, las instituciones y centros sanitarios facilitarán la realización de actividades de formación continuada.
- Título III, la Ley aborda el concepto de desarrollo profesional y el reconocimiento en todo el territorio del Estado.
- Título IV habla del ejercicio profesional en el ámbito privado
- Título V aborda la participación de los profesionales en el desarrollo, planificación y ordenación de las profesiones sanitarias, esta participación se articula a través de la Comisión Consultiva Profesional, órgano que está representado por todos los estamentos profesionales.

La Comisión de Formación Continuada desarrollará entre otras las siguientes funciones:

- a. Las de detección, análisis, estudio y valoración de las necesidades de los profesionales y del sistema sanitario en materia de formación continuada, de acuerdo con las propuestas de los órganos competentes de las comunidades autónomas, de las sociedades científicas y, en su caso, de las organizaciones profesionales representadas en la Comisión Consultiva Profesional.*
- b. Las de estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación avanzada de profesionales en un área funcional específica de una profesión o especialidad, como consecuencia del desarrollo de actividades de formación continuada acreditada.*

Analizando en profundidad la LOPS, destacamos lo siguiente:

- 1.- Esta Ley se fundamenta en dos aspectos básicos, por una parte el vacío legal y normativo existente en cuanto a la regulación de las profesiones sanitarias. Y por otra, responder al derecho fundamental de las personas, según recoge nuestra Carta Magna, es decir el derecho a la protección de la salud.
- 2.- Integra a todos los profesionales en el Sistema Sanitario tanto público como privado.
- 3.- Incide en la necesidad de garantizar la competencia profesional y corresponsabiliza a todos los profesionales en la mejora de esta calidad asistencial.
- 4.- La utilización del término “facultativo” tanto para licenciados como para diplomados, es precisamente, ese respeto a la competencia, autonomía y responsabilidad de cada profesión sanitaria, Y lo que es más importante, desaparece la subordinación. Por primera vez se incorpora en la Ley el carácter *facultativo* a los diplomados en enfermería.

3.3.- Momento actual de la enfermería en las emergencias extrahospitalarias:

El papel asistencial de la enfermera en el ámbito de la emergencia extrahospitalaria no es nuevo, cada día está cobrando mayor relevancia y mayor presencia en el sector.

La puesta en marcha de los Servicios de Emergencias (061) en todas las Comunidades Autónomas, ha dado un papel asistencial relevante a nuestra profesión, en todas las Unidades Asistenciales (UCI) la presencia de estos profesionales es imprescindible, formando parte del equipo multidisciplinar.

En algunos Servicios de Emergencia podemos ver enfermeras/os en puestos directivos, tomando decisiones tanto organizativas como asistenciales.

Concretamente en Cataluña la presencia de estos profesionales es habitual desde hace varias décadas con la particularidad de que su demanda va en aumento.

Esta mayor presencia en las unidades asistenciales que atienden a los pacientes en situaciones de gravedad hace que desde los propios profesionales se sienta la necesidad cada vez mayor de concretar cuales son las competencias específicas que deben desarrollar en el ejercicio de su labor asistencial diaria, desde el punto de vista ético, jurídico y profesional.

La labor que desempeñan estos profesionales es muy compleja, para hacernos una idea, a continuación describimos algunas de las tareas más habituales:

- Valoración de los signos vitales
- Identificación de lesiones de los pacientes traumáticos
- Reconocer los signos y síntomas de las posibles complicaciones y actuar en consecuencia o anticipándose a ellas
- Responsabilidad en la toma de decisiones asistenciales

- Manejo de situaciones emocionalmente muy intensas para el paciente y su familia
- Colaboración estrecha con los demás actuantes en los escenarios de demanda asistencial, es decir, las fuerzas de seguridad y bomberos
- Transmisión de la información sanitaria del paciente a los centros hospitalarios.

Este personal debe tener unos amplios conocimientos de los procedimientos, guías de actuación y aparatage específico, utilizados en el campo de la emergencia, así como conocer también la fisiopatología del transporte. Sin duda dominar las técnicas asistenciales de nuestro medio es básico, pero sin dejar de lado aspectos que son fundamentales y van implícitos en nuestra profesión enfermera, como son, tanto los valores humanos como la relación íntima de ayuda con el paciente. No debemos olvidar que el lugar y las circunstancias donde se desarrolla nuestro trabajo, en la mayoría de las ocasiones, son muy hostiles para el paciente, es decir, la situación de emergencia sanitaria se produce de forma imprevisible y en no pocas situaciones con una gravedad elevada.

Es en estas circunstancias donde la faceta de los valores enfermeros ha de estar más patente que nunca, tan importante es y debe ser la realización de una correcta y rápida venoclisis, como saber que necesita emocional y humanamente esa persona. Estas dos facetas laborales son y deben ser compatibles, la diferencia entre los buenos y mediocres profesionales, está precisamente en saber compaginar las dos. Y como diría Montserrat Teixidor, Directora de la Escuela de Enfermería de Santa Madrona, realizar las técnicas de enfermería sin poner alma y sentido en ellas, eso es, hacer “prácticas practiconas”, o lo que es lo mismo, cubrir el expediente con aprobado.

En el Servicio de Emergencias de la Comunidad Autónoma de Cataluña, las unidades o ambulancias asistenciales donde desempeñan sus funciones son de diferentes tipos:

1. USVI.- (unidad de soporte vital intermedio) ambulancia dotada de un TTS (técnico de transporte sanitario) y un/a enfermero/a responsable último de la asistencia sanitaria al paciente.

La función de estas unidades es la asistencia a las demandas de urgencia y emergencia, encontrándose situaciones que van desde los accidentes de tráfico (paciente politraumático), infartos de miocardio, sobredosis de drogas, intentos de autólisis, hipoglucemias, accidentes vasculares cerebrales, atención a pacientes terminales, etc. a los traslados interhospitalarios de pacientes (angioplastias primarias que regresan al hospital de origen, TCE (traumatismos craneoencefálicos) una vez realizado el TAC, pacientes que son dados de alta de la UCI y regresan a planta de hospitalización de su hospital emisor, etc.)

2. USVA.- (unidad de soporte vital avanzado) ambulancia dotada de un TTS (técnico transporte sanitario), un/a enfermero/a y un médico que es el responsable último de la asistencia.

La función de estas unidades es la asistencia médica a las demandas de urgencias y emergencias.

Existen diferentes tipos de USVA:

- USVAA.- (Unidad de soporte vital avanzado aéreo) helicóptero para la asistencia y el traslado de paciente crítico desde el lugar del accidente al centro hospitalario o el traslado secundario interhospitalario.

La dotación de personal es de dos pilotos con conocimientos sanitarios, un enfermero/a y un médico responsable último de la asistencia médica.

Este personal tiene conocimientos no solo de la asistencia a pacientes en estado crítico sino también en fisiopatología del transporte aéreo.

- USVP.- (Unidad de soporte vital avanzado pediátrico) ambulancia para la asistencia de paciente pediátrico en situación de emergencia o el traslado interhospitalario.

La dotación de personal es de un TTS (técnico de transporte sanitario), un enfermero/a, un pediatra responsable último de la asistencia.

El personal de esta unidad esta especializado en todas aquellas técnicas, procedimientos y aparataje de la especialidad de pediatría, puesto que dan asistencia a prematuros de alto riesgo, lactantes y niños en situaciones críticas.

La enfermera una vez finalizada su formación de grado está acreditada para ejercer su profesión, pero nos preguntamos si esa acreditación académica es suficiente para pensar que ese profesional es realmente competente para esa función.

Son necesarios varios años de conocimiento y de trabajo reflexivo para poder llegar desde una práctica reflexiva, a los requerimientos de la persona en situaciones de necesidad. Y de esta manera se consigue un conocimiento profundo, no solo de la profesión sino, también de lo que significa su esencia primordial, que es “tener cuidado” de un paciente y conocer a su vez los procesos patológicos, para poder pensar que esa enfermera tiene un determinado grado de competencia profesional.

Con este Proyecto, el grupo de trabajo pretende ser el punto de partida para poder establecer las bases de cuales deben ser las competencias y responsabilidades de los profesionales de enfermería que desarrollan su ejercicio profesional dentro del campo de la asistencia sanitaria extrahospitalaria.

Tenemos que definir de manera meticulosa las capacidades y competencias de cada lugar de trabajo, ya que nos movemos en una sociedad cambiante, y porque en un futuro las competencias formaran parte de la base del desarrollo personal y profesional. Por otra parte, la definición de puestos de trabajo y por consiguiente las competencias profesionales, serán elementos esenciales de las organizaciones.

3.4.- Definición de Profesión.-

Empezar a hablar de competencias si antes no hemos definido completamente que es la profesión de enfermería, sería por nuestra parte un error.

Hablar de la enfermera si no hablamos de lo que significa su papel en la sociedad y su responsabilidad con los pacientes, sería no darle la importancia debida que tiene nuestra profesión.

Pero, realmente podemos decir que la enfermería es una profesión?

Definición de profesión:

1. Es el resultado de la formación teórico práctica que repercute en un reconocimiento real o legal para ejercer un tipo de trabajo determinado.⁽⁴⁾
2. Acción de profesar. Ejercer una ciencia, arte y oficio por la facultad que cada individuo tiene y la desarrolla públicamente. ⁽⁵⁾

Según Teixidor (1997) ⁽⁵⁾ Espacios de profesionalización de la enfermería, cuando menciona a Hoyle, este autor identifica diez rasgos característicos para definir una profesión, en el siguiente decálogo:

- 1.- Una profesión es una ocupación que desempeña una función social
- 2.- El ejercicio de esta función requiere un considerable grado de habilidad

- 3.- Esta habilidad se ejercita en situaciones que no son rutinarias, sino que en cada ocasión se han de abordar problemas nuevos en situaciones nuevas.
- 4.- Necesita un cuerpo sistemático de conocimientos que no se adquieren a través de la experiencia
- 5.- La adquisición de este cuerpo de conocimientos y el desarrollo de las habilidades requieren un prolongado período de enseñanza superior
- 6.- El período de formación y entrenamiento implica también la socialización de los candidatos en los valores y la cultura de la profesión
- 7.- Estos valores tienden a centrarse en el interés del cliente y, a veces, se hacen públicos en un código ético.
- 8.- Es esencial que el profesional tenga libertad área poder juzgar y decidir en cada momento
- 9.- Los integrantes de la profesión se organizan como grupo frente a los poderes públicos
- 10.- La duración de la formación profesional, su responsabilidad y la dedicación al cliente se recompensa con un alto prestigio social y una elevada remuneración.

Según estas definiciones entendemos que la profesión enfermera se adapta a estos conceptos mencionados.

Pero, ¿se entiende por competencia, la experiencia adquirida durante los años de ejercicio profesional?,

Debemos pensar que ¿la experiencia o la pericia en el desarrollo de la profesión pueden categorizarse en niveles?

En el campo específico de la asistencia extrahospitalaria, se exige a las enfermeras una capacidad de decisión, conocimientos, liderazgo, empatía, seguridad, para la toma de decisiones en situaciones de riesgo vital para el paciente, si bien, siendo ésta la situación principal, no debemos dejar de lado una cuestión fundamental que es, el control y manejo de los distintos ambientes donde se desarrolla el trabajo de estos profesionales, es decir, la vía pública, los domicilios particulares de los pacientes, los lugares públicos, las actuaciones conjuntas con las fuerzas de seguridad (policías, bomberos, etc.) también llamado “escenario”.

Todas estos “escenarios” requieren de una amplia experiencia personal y profesional, que, creemos imprescindible no pueden ser asumidas por una enfermera recién formada en las Escuelas de Enfermería.

3.4.1.- Definición de profesión enfermera:

Para empezar a analizar la cuestión, definimos primeramente que es la Profesión enfermera:

Según el Real Decreto 1231/2001 ⁽³⁾:

Artículo 54. Cuidados de enfermería:

1. Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles.

2. Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención.

Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero/a en el ámbito de su competencia profesional a personas enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna. ⁽³⁾

Según otras fuentes consultadas:

“Arte y ciencia del cuidado, promoción, mantenimiento y restauración de la salud y el bienestar, con una concepción holística del hombre, basándose en fundamentos teóricos y metodológicos propios” (6)

Abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. (7)

Según Riopelle y Teixidor (8), Las actividades enfermeras se reconocen como propias de una profesión, puesto que se relacionan con las exigencias siguientes:

1. Respuesta a una misión social
2. Necesidad de una gran destreza y de una competencia específica en la práctica
3. Un conjunto de conocimientos, de actitudes y habilidades inherentes a una disciplina, que no se alcanzaría por el mero ejercicio de la actividad
4. Un ámbito de decisión autónomo en sus intervenciones
5. Una formación científica universitaria
6. La capacidad de juicio clínico
7. Código Deontológico propio.

Siguiendo con las definiciones veamos que se entiende por enfermera/o generalista:

“Una enfermera/o es un profesional que ha terminado los estudios básicos de enfermería y que está capacitada y autorizada para asumir en su país y en otros la responsabilidad de los servicios de enfermería que exigen el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos”. (9)

Ser enfermera consiste, fundamentalmente, en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesario. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. (10)

“Persona cualificada en el arte y ciencia de la enfermería y que llena ciertos estándares prescritos de estudios y competencia clínica”. (11)

Profesional que ha superado las enseñanzas conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Enfermería. Estas enseñanzas deberán proporcionar: (12)

Un conocimiento adecuado de las ciencias que constituyen la base de los cuidados generales, incluido un conocimiento suficiente del organismo, de las funciones fisiológicas y del comportamiento de las personas en buen estado de salud y de las personas enfermas así como de las relaciones que existen entre el estado de salud y el entorno físico social del ser humano.

1. Un conocimiento suficiente de la naturaleza y de la ética de la profesión y de los principios generales relacionados con la salud y los cuidados.

2. Una experiencia clínica adecuada.
3. La capacidad para participar en la formación del personal sanitario y experiencia en la colaboración con este personal.

3.4.2.- Definición de la enfermería en emergencias extrahospitalarias:

Una vez definida la profesión de enfermera, veamos como definen los diferentes organismos a los profesionales de la enfermería dedicados al campo de la urgencia y emergencia extrahospitalaria:

Según la Sociedad Española de Enfermería en Urgencias y Emergencias: “Los profesionales que proporcionarán cuidados enfermeros a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo o en fase terminal, a nivel individual o colectivo, dentro del ámbito sanitario o domiciliario, agilizando la toma de decisiones mediante una metodología fundamentada en los avances producidos en el campo de los cuidados de la salud, la ética y la evidencia científica lograda a través de una actividad investigadora directamente relacionada con la práctica”. (15)

Según la EPES (Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, de Andalucía) Define a la enfermera de emergencias: profesional enfermero con conocimientos y habilidades específicas para el cuidado de pacientes en situación de emergencia sanitaria. En cuanto a sus actitudes, son profesionales con un especial entrenamiento ante situaciones de estrés, por lo que han de contar con un alto autocontrol, así como con habilidades de relación interpersonal para interactuar no sólo con el paciente, sino también con su entorno. Por su propio perfil, la enfermera desarrolla su actuación profesional desde su visión integral del paciente, siendo su responsabilidad prestar los cuidados necesarios y colaborar con las técnicas y procedimientos definidos para cada situación de emergencia. (14)

Y siguiendo con la EPES, con respecto a la enfermera de emergencias, a sus competencias técnico-asistenciales, hay que añadir los conocimientos y habilidades relacionadas con las nuevas tecnologías, el uso de las telecomunicaciones, el conocimiento de idiomas... .

“La provisión de cuidados especializados de enfermería a una variedad de pacientes en las diferentes etapas de la vida enfermos o con lesiones. El estado de salud de dichos pacientes puede ser estable o inestable, sus necesidades complejas y requerir de vigilancia estrecha o cuidados intensivos”
(15).

De todo lo anterior se deduce que la profesión de enfermería, ha de poseer los conocimientos, habilidades y actitudes propias, pero ha de ser la experiencia práctica la que dote a la enfermera de su cualificación y experiencia profesional y como señala Teixidor (1997) ⁽⁵⁾: no significa que los conocimientos de la enfermera no sean ciertos: lo son razonablemente, lo son en la medida en que el profesional tiene criterio suficiente para aplicarlos a las situaciones previamente analizadas y evaluadas.

Como veremos mas adelante, según diferentes autores, la competencia ha de clasificarse en grados que van desde el principiante al profesional experto. En el caso de la enfermería que presta servicio en los Servicios de Emergencias Extrahospitalarios esto cobra una importancia capital, puesto que este profesional desempeña su trabajo en muchas ocasiones sin el apoyo de otros profesionales de igual o superior cualificación, por lo que la experiencia y grado de competencia son fundamentales para dar al paciente la calidad asistencial que merece, sobre todo en las situaciones, muchas veces críticas, en las que se encuentra.

3.5.- La pericia.-

Después de revisar la bibliografía referente a la competencia del profesional de enfermería, todos los autores coinciden en que la competencia se adquiere con la práctica profesional. Pero como recogen Pont y Teixidor (2004) ⁽¹⁶⁾ de ninguna forma se puede asegurar que una práctica de veinticinco años garantice la competencia experta.

Efectivamente, si esto fuera así, sería tanto como afirmar que la competencia esta en función del número de años de practica profesional, es decir, que es una función cuantitativa y no cualitativa.

Nosotros creemos que no solo es la práctica profesional cuantitativa, es decir, tiempo ejerciendo la misma, sino que tienen que existir otros compromisos por parte del profesional para alcanzar determinados grados de competencia experta.

Debe existir paralelamente un proceso cualitativo, es decir no solo importa cuanto hacemos sino, como lo hacemos. Para esto son necesarios valores y las experiencias de profesionales expertos y cualificados, las experiencias vividas, ver, escuchar, dialogar, compartir experiencias no solo con los demás profesionales sino con las personas a las cuales debemos nuestra profesión, los pacientes.

Según decía Nightingale (1882) ⁽¹⁷⁾ “la observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica que hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar”

Como dice Schön (1998) ⁽¹⁸⁾, “la práctica es un espacio de privilegio que permite el aprendizaje experimental. Aprendizaje experiencial que se produce por la integración de una experiencia tras un período de reflexión; una vez esta experiencia se ha acomodado a las experiencias existentes, las complementa o, incluso, las modifica”.

Según las premisas principales del modelo de los hermanos Dreyfus, tal como recoge Juve, ME. (2007) ⁽¹⁹⁾ que son: La adquisición de pericia es un proceso

1. La consecución de un nivel determinado de competencia depende de las características individuales y del contexto
2. No todo el mundo llega a ser experto
3. Los niveles más altos de pericia (proeficiente y experto) sólo se consiguen con la práctica continuada y reflexiva
4. La distribución de la pericia en la población profesional suele seguir una curva normal.

Benner (1987) ⁽²⁰⁾ Describe igualmente las fases por las cuales se adquieren habilidades siguiendo el modelo de los hermanos Dreyfus:

1. Principiante, son los profesionales que no tiene experiencia o inician su carrera profesional Al no tener experiencia relacionada con las situaciones a las que debe hacer frente, la principiante necesita normas que regulen su actuación. Son incapaces de modificar su comportamiento de acuerdo con el contexto.
2. Principiante avanzado, es aquel que cuentan con alguna experiencia previa, el principiante avanzado puede reconocer aspectos de la situación que pueden cambiar las reglas. Por tanto, su actuación es más flexible y bastante aceptable.
3. Competente, es aquel que ha desarrollado el mismo tipo de trabajo durante algún tiempo (que puede llegar hasta los 3 años), puede planificar actuaciones enfocadas a conseguir objetivos a más largo plazo. Es capaz de considerar aspectos de la situación actual y futura y planificar en base a una contemplación consciente, abstracta y analítica del problema.

4. Habilidoso, es capaz de percibir la situación en todos sus aspectos y actuar de manera global. Su percepción todavía no procede de un pensamiento razonado, sino que está basada en la experiencia significativa de la situación.

5. Experto: Las enfermeras expertas no toman decisiones basadas en principios o reglas establecidas de manera exclusiva. Su gran experiencia les permite planificar actuaciones centradas en los aspectos más relevantes del problema

Analizando las diferentes clasificaciones de los distintos autores consultados, podemos decir que en el campo de las emergencias extrahospitalarias es importante la experiencia previa en el ámbito hospitalario.

En profesional recién graduado, debe, necesariamente iniciar su carrera asistencial en el entorno de la asistencia hospitalaria. Hemos de pensar que un recién graduado, ha de conocer cual va a ser su profesión, desde el punto de vista laboral, asistencial y de responsabilidad. Necesita el entorno profesional que le puede proporcionar todos los elementos necesarios para la adquisición, no solo, de experiencia, sino también de confianza y soporte.

Es un error pensar, como algunos profesionales de la emergencia piensan, en especial los que desean iniciar su vida laboral en esta especialidad, que “*la calle enseña*”, que se aprende estando en el ambiente extrahospitalario. No es menos cierto que se construyen competencias sobre la base de la práctica diaria, pero es necesario tener las bases de conocimiento profesional (posesión del Postgrado de Emergencias y experiencia en urgencias hospitalaria mínimo de dos años) y la experiencia personal o madurez.

De todo esto se desprende la necesidad constatada por acercar el mundo de la Teoría y el de la Práctica, en el ámbito de la práctica asistencial, en el ámbito de la formación.

Hay que desarrollar una metodología de aprendizaje basada en la experiencia previa y con el soporte de un profesional cualificado y experimentado en el ámbito de la emergencia. Se puede saber mucha teoría, protocolos, guías de actuación, pero sin embargo nunca haber visto todos estos casos en la práctica.

La experiencia hace que se reconozca una situación o patología sin tener que mirar los detalles, es decir con una visión global, y los protocolos son utilizados de manera más elástica y adaptados a la realidad asistencial del momento.

A nuestro entender, el conocimiento profesional relevante para los profesionales de la emergencia, es un saber que combina componentes explícitos y tácitos que se activa en la acción sin que el profesional tenga clara conciencia de ello a no ser después de procesos de reflexión.

El profesional de la emergencia que es reconocido por sus colegas como experto posee un elevado dominio de los saberes teóricos y procedimentales y, junto a ellos, otros saberes (razonamiento clínico, detección de problemas o complicaciones, etc.) que acaban conformando el cuerpo dinámico de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que le permiten actuar con eficacia en la práctica asistencial.

En este caso, podemos hablar de sabiduría práctica, entendida como un saber complejo, de carácter holístico, que se readapta y reorganiza de manera intencional en función de las exigencias imprevisibles de cada situación de emergencia.

Pero gran parte de este saber es tácito y cuanto mas experto se hace el profesional más intuitivas y automáticas tienden a ser sus respuestas sin menoscabo de su eficacia clínica

Este conocimiento implícito e inherente a la propia práctica, procede tanto de conocimientos explícitos formales (evidencia científica) como de conocimientos implícitos (experiencias, práctica asistencial, etc.) y orientan los juicios y acciones rápidas e intuitivas de los expertos ante los imprevistos de las situaciones asistenciales de emergencias.

Y es justo ese punto, donde el profesional experto puede convertirse en un excelente tutor si desarrolla su disposición a examinar y convertir su conocimiento tácito e intuitivo en un conocimiento explícito que pueda ser mostrado a los nuevos profesionales inexpertos.

Como bien recoge Benner (1987) ⁽²⁰⁾ en su clasificación, cuando describe al profesional experto:

Las enfermeras expertas no toman decisiones basadas en principios o reglas establecidas de manera exclusiva. Su gran experiencia les permite planificar actuaciones centradas en los aspectos más relevantes del problema.

O lo que es lo mismo, las decisiones que se toman están basadas en una amplia experiencia de situaciones similares, que hacen que la enfermera valore globalmente el problema y actúe en consecuencia de la manera mas adecuada para la mejor asistencia en esa situación, muchas veces vital. Y en algunas ocasiones, no siguiendo literalmente los procedimientos o reglas establecidas.

Es decir, las experiencias y conocimientos obtenidos a través del conocimiento personal, profesional y experimentado, pueden ser transferidos y por lo tanto ser útiles para cualquier profesional de esa misma especialidad.

Para terminar veamos las habilidades que caracterizan el juicio y comportamiento clínico experto de Benner:

1. Conocimiento-en-acción: el conocer qué, por el conocer cómo
2. Razonamiento-en-transición: el pensamiento está en la acción de manera continuada
3. Práctica basada-en-respuestas: respuestas flexibles que se producen por los cambios y las necesidades de los pacientes
4. Agudeza perceptual y habilidad de ver el contexto: capacidad implícita de captar la situación y el ambiente
5. El vínculo entre el razonamiento clínico y el ético: disposición hacia lo que es bueno y correcto

3.6.- La Competencia:

A través de lecturas de textos de diferentes autores recogemos algunas definiciones de competencia (21):

Según recoge un documento del Consell de Col·legis Oficials de Diplomats en enfermería de Catalunya, competencia es “Aquell conjunt d`habilitats, actituds i coneixements i els processos complexos per a la presa de decisions que permet que l`actuació professional estigui en el nivell exigible en cada moment”

Según Riopelle y Teixidor (2002) (8) definen la competencia como el conjunto de capacidades de concepción y de acción que han de adquirir las personas formadas para poder tratar de manera adecuada las situaciones que ellas mismas han de resolver en su profesión. Las competencias reflejan las habilidades para tomar decisiones oportunas en la actuación profesional.

“Aquell conjunt d`habilitats, actituds i coneixements i els processos complexos per a la presa de decisions que permet que l`actuació professional estigui en el nivell exigible encada moment. Aquesta definició implica la capacitat per dur a la pràctica els coneixements, les habilitats i les actituds pròpies de la professió d`infermeria, al Server de la resolució i prevenció d`un problema de salut” (22)

Pompeu Fabra define en el Diccionario General de la Lengua Catalana como Competència:

- Dret de decidir, sia en virtut d'una autoritat legal, sia en virtut d'un reconegut coneixement de la matèria
- Capacitat legal

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define como Competencia:

- Incumbencia. // Pericia, aptitud idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado.

La Nueva Enciclopedia Larousse define como competencia:

- Aptitud, idoneidad // incumbencia

Prieto realiza el siguiente análisis de las competencias en el ámbito laboral:

- La competencia como autoridad: Conjunto de realizaciones, resultado, líneas de actuación y objetivos (consecuciones) que se piden al profesional, esta aceptación sería como atribución o incumbencia, estando ligada a la figura profesional (actividades y funciones)
- La competencia como capacitación: Grado de preparación, saber hacer, conocimientos y habilidades de una persona como resultado de un aprendizaje. La competencia podría considerarse como calificación, referida básicamente a la formación necesaria para tener una competencia profesional deseada, la que permite “ser capaz de”, “estar capacitado para”
- La competencia como suficiencia o mínimos necesarios para “el buen hacer”, competente y competitivo: finalidad que se ha de superar para acceder o mantenerse en una ocupación satisfactoriamente.

“Posesión de un nivel satisfactorio de conocimientos y de habilidades relevantes que incluyen componentes relacionales y técnicos. Estos conocimientos y habilidades son necesarios para realizar las tareas propias de la profesión”. (23)

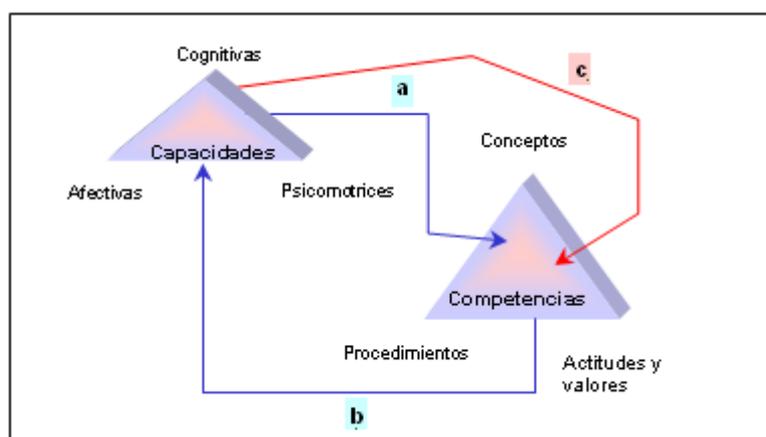
Como dice Tejada (1999) (24) La competencia se refiere a las funciones, tareas y roles de un profesional -incumbencia- para desarrollar adecuada e idóneamente su puesto de trabajo -suficiencia- que son resultado y objeto de un proceso de capacitación y cualificación.

Siguiendo con Tejada (2005) ⁽²⁵⁾ cuando menciona el planteamiento del profesor Fernández (1997) que toma en consideración el planteamiento de Bunk, arrancando de la *capacidad*, llega a la *competencia*. Respecto a la primera, nos indica que:

Es preferible verla como una triangulación perfecta que construye un sólo polígono; desde esta perspectiva el punto de mira ya se puede dirigir más a un lado u otro del triángulo porque siempre estaremos atrapados por la presión presencial de los otros lados. Si vamos más adelante, tendremos que aceptar que las competencias también son el producto de una serie de factores distintos entre sí, pero en perfecta comunicación [...]

Gracias al conjunto que forman las capacidades se logran las competencias mediante un proceso de aprendizaje. A su vez, la o las competencias logradas aumentan el poder de las capacidades con lo que el proceso se convierte en una espiral centrífuga y ascendente que hace necesario el planteamiento que dimana de la formación permanente: logro de más y mejores competencias en el desarrollo evolutivo de las capacidades de la persona (pp. 2-3).

En esta figura queda reflejado este planteamiento de Bunk:



Blanco, R; Zapico, F; y Torrens, R (2005) ⁽²⁶⁾ nos introducen en el Tuning cuando mencionan como competencias más importantes a desarrollar: “la capacidad de análisis y síntesis; la capacidad de aprender, la habilidad para resolver problemas; la capacidad de aplicar el conocimiento; la capacidad de adaptarse a nuevas situaciones; la preocupación por la calidad; las destrezas para manejar la información y la capacidad para trabajar autónomamente o en grupo”.

Y siguiendo con las teorías del Tuning ⁽²⁷⁾, cuando hablan de “la competencia desde un punto de vista de planificación educativa, puede desagregarse en múltiples objetivos educativos, de conocimientos, actitudes, etc. pero la definición de la competencia como resultado de aprendizaje tendrá un sentido global, práctico y aplicado. Nuestros alumnos deben “ser capaces de valorar la capacidad funcional y el nivel de dependencia de las personas a su cargo”.

Si asumimos esta competencia, pronto veremos como esta competencia integra elementos muy diversos, conocimientos, habilidades y actitudes, por ejemplo: el alumno deberá conocer las características y utilidad del índice de Barthel, aplicarlo, interpretarlo y tomar decisiones en consecuencia. Nuestro propósito es favorecer que nuestros alumnos sepan hacer y tomar decisiones respecto de la valoración de la dependencia mediante instrumentos adecuados y válidos, y esto implica no sólo saber (conocimiento), sino también saber hacer (aplicación) o disponer de planes razonables de acción (saber como hacer). También es importante considerar que cualquier competencia clínica esta inmersa de conocimientos éticos y legales (confidencialidad, información, etc.) lo que implica además saber como ser o como comportarse”. ⁽²⁸⁾

Coincidimos con esta aplicación práctica que explica el Tuning, el conocimientos de los procedimientos o guías de actuación asistencial específicos para nuestro ámbito extrahospitalario que, por otra parte es imprescindible conocer, y su aplicación a la práctica diaria, no nos debe hacer perder de vista, que es la valoración global tanto de los signos y síntomas que presenta el paciente y su entorno específico, como también una circunstancia que se debe tener muy presente en la asistencia extrahospitalaria, como es la

distancia a la que nos encontramos del hospital mas cercano, esto, puede hacer tomar al profesional distintas decisiones terapéuticas, siempre mirando por el beneficio del paciente.

Pont define la competencia (2001) ⁽²⁹⁾:

- Autoridad: Legitimidad para actuar
- Capacitación: Nivel de conocimientos y habilidad suficiente
- Competición: Pugna con los rivales o competidores
- Cualificación: Señalización social adecuada
- Incumbencia: Pertinencia, adecuación a un puesto de trabajo que incluye ciertas responsabilidades
- Contextualización: Adecuación al entorno y al contexto.
- Cultura: Coherencia con la expectativa de la organización. Competencia como reflejo de una cultura organizacional. En cierta manera, una persona competente es aquella que se sabe manejar bien respecto a las claves culturales., En este sentido la competencia como cultura esta próxima, y hasta forma parte, de la competencia como contextualización”

Navío (2004) ⁽³⁰⁾ cuando nos introduce en las teorías de Bunk (1994) que diversifica el contenido y, por tanto, la especificidad de la competencia profesional atendiendo a cuatro tipologías básicas:

- 1.- Posee **competencia técnica** aquel que domina como experto las tareas y contenidos de su ámbito de trabajo y los conocimientos y destrezas para ello.
- 2.- Posee **competencia metodológica** aquel que sabe reaccionar aplicando el procedimiento adecuado a las tareas encomendadas y a las irregularidades que se presenten, que encuentra de forma independiente vías de solución y que transfiere adecuadamente las experiencias adquiridas a otros problemas de trabajo.

3.- Posee **competencia social** aquel que sabe colaborar con otras personas de forma comunicativa y constructiva, y muestra un comportamiento orientado al grupo y un entendimiento interpersonal.

4.- Posee **competencia participativa** aquel que sabe participar en la organización de su puesto de trabajo, es capaz de organizar y decidir, y está dispuesto a aceptar responsabilidades.

La integración de estas cuatro competencias parciales da lugar a la **competencia de acción**, que es en rigor indivisible.” (Bunk, 1994: 8-9).

El autor concreta los contenidos de cada tipología propuesta, como muestra el siguiente cuadro (Bunk, 1994: 10)

COMPETENCIA TÉCNICA -Continuidad- <i>Conocimientos, destrezas, actitudes</i>	COMPETENCIA METODOLÓGICA -Flexibilidad- <i>Procedimientos</i>	COMPETENCIA SOCIAL -Sociabilidad- <i>Formas de comportamiento</i>	COMPETENCIA PARTICIPATIVA -Participación- <i>Formas de organización</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ trasciende los límites de la profesión ▪ relacionada con la profesión ▪ amplía la profesión ▪ relacionada con la empresa 	<ul style="list-style-type: none"> • procedimiento de trabajo variable ▪ solución adaptada a la situación ▪ resolución de problemas ▪ pensamiento, trabajo, planificación, realización y control 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuales: <ul style="list-style-type: none"> ▪ disposición al trabajo ▪ capacidad de adaptación ▪ capacidad de intervención • Interpersonales: <ul style="list-style-type: none"> ▪ disposición a la cooperación ▪ honradez ▪ rectitud 	<ul style="list-style-type: none"> • capacidad de coordinación ▪ capacidad de organización ▪ capacidad de relación ▪ capacidad de convicción ▪ capacidad de decisión

	autónomos <ul style="list-style-type: none"> ▪ capacidad de adaptación ▪ trasciende los límites de la profesión 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ altruismo ▪ espíritu de equipo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ capacidad de responsabilidad ▪ capacidad de dirección
--	---	---	--

Analizando el cuadro de competencias de Bunk y el análisis que hace Navío en su estudio, en el que agrupa las competencias en dos puntos, por una parte las competencias genéricas que serían aquellas que forman parte de los perfiles profesionales comunes, es decir, las que todo profesional debe conocer y manejar y por la otra, las propias de un perfil profesional específico, de una especialidad en concreto, en el caso que nos ocupa en nuestro proyecto, serían las competencias de la enfermería de emergencias.

Podemos considerar, en nuestro caso, que la construcción de estas competencias propias y específicas de la enfermería de emergencias deben ser las que mejor se adapten a este perfil profesional y a las particularidades de su entorno laboral, ya que no solo influyen en la toma de decisiones asistenciales, las condiciones patológicas del paciente, sino también las influencias y presiones del entorno o escenario donde se desarrolla la asistencia y que en muchas ocasiones van a condicionar su respuesta terapéutica.

Según Brailovsky, (2002) ⁽³¹⁾ La competencia es la capacidad de utilizar el buen juicio, los conocimientos, habilidades y actitudes para solucionar los problemas complejos que se presentan en distintos contextos en el campo de la actividad profesional.

Rodríguez y Feliu (1996) ⁽³²⁾ las definen como "Conjuntos de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona, que le permiten la realización exitosa de una actividad".

"Actuación cualificada que se conoce y se describe según su intención, funciones y significados" ⁽³³⁾

Según el modelo de Lebofert (2001), tal como recogen Pont y Teixidor (2004) ⁽¹⁶⁾, propone tres niveles de profesionalismo:

- Nivel 1: El debutante,
- Nivel 2: El profesional confirmado: Caracterizado por un grado de autonomía que permite tomas de iniciativas pertinentes y que se fundamenta sobre una matriz de las principales dimensiones de procesos de construcción de competencias.
- Nivel 3: El experto no solamente dispone de un pleno dominio de sus competencias, sino que puede construirlas en el curso de la acción a partir de una viva inteligencia de las situaciones

Es interesante lo que E.Pont y M. Teixidor (2001) ⁽³⁴⁾ piensan en cuanto a la capacitación, "capacidad es el conjunto de aptitudes cognitivas, psicomotrices y afectivas que permiten abordar situaciones profesionales. Estas capacidades ejercidas en situaciones de trabajo permiten el aprendizaje experiencial que genera competencia".

Coincidimos con ese pensamiento, ya que en el terreno de la asistencia prehospitalaria es de vital importancia contar con enfermeras capaces, cuyas experiencias vividas en situaciones de máxima complejidad puedan aportar toda la competencia posible, ya que en el desempeño diario de nuestra profesión, la enfermera se encuentra ante el dilema de toma de decisiones, muchas veces nada fáciles, sin el apoyo de otros profesionales.

Para nosotros lo que realmente tiene valor, es que las experiencias vividas sean, junto a profesionales de máxima cualificación profesional. De esta manera, las enfermeras de nueva incorporación o inexpertas, tendrán las máximas posibilidades de alcanzar su experiencia y grado de competencia más alto junto a profesionales de máximo nivel competencial.

Hay que destacar que dentro de la formación de Grado, concretamente en el último año de carrera, en la Escuela Universitaria de Santa Madrona, se contempla la posibilidad de que los alumnos puedan elegir, dentro de las asignaturas de libre elección, la Asistencia Extrahospitalaria, y durante 3 días, comparten experiencias con unidades asistenciales del Sistema de Emergencias Extrahospitalarias, donde la enfermera es la líder y máxima responsable asistencial.

Por otra parte, en el Postgrado de Emergencias, también los alumnos realizan prácticas en el Sistema de Emergencias Extrahospitalarias durante 4 jornadas.

En ambos casos, se pretende aumentar el potencial de reflexión para el aprendizaje de la práctica de la asistencia sanitaria en casos de emergencia. La acción pedagógica se orienta hacia la adquisición, actualización y profundización de todos los fundamentos teóricos e instrumentos metodológicos que permitan desarrollar estrategias de enseñanza reflexiva en contextos clínicos.

Es importante destacar que mientras que en los estudios de grado de la carrera de enfermería el porcentaje entre las horas teóricas y las de prácticas es de 50% para cada una, en los Postgrados profesionales es tan solo del 20 o 30%, no podemos estar de acuerdo con estos porcentajes, si tenemos en cuenta que las habilidades prácticas y los manejos de casos son la esencia de nuestra especialidad, deberían ocupar un número mayor de horas lectivas y deberían ser tuteladas por profesionales de máximo nivel competencial y experto en emergencias extrahospitalarias.

Aprender es hacer “algo” por primera vez, algo que no se sabe hacer, para conocerlo, comprenderlo y/o aplicarlo, es decir para aprenderlo.

Todo ello ayuda al futuro profesional, junto al profesor de prácticas a potenciar y desarrollar sus capacidades de análisis, síntesis, reflexión y actuación.

Y siguiendo con Pont y Teixidor (2004) ⁽⁸⁾ cuando dicen que “es un proceso de reflexión en el curso de la acción que permite al práctico, mediante el estudio de problemas reales, usando su juicio y sus competencias tácitas, encontrar vías de intervención adaptadas. Esto es un arte, un saber intuitivo”.

Nosotros creemos que el aprendizaje de la profesión no solo son las materias y conceptos que se enseñan en las Escuelas, que sin duda lo son, la práctica diaria nos enseña situaciones que nunca se nos presentaron en el período formativo de grado. Es por ello que en determinados puestos de trabajo, la experiencia es fundamental.

La complejidad de las situaciones en las que nos encontramos en nuestra vida profesional en el campo de la asistencia extrahospitalaria, que no son previsibles y que requieren de una respuesta inmediata, como explican Pont y Teixidor que recoge Diers (1986) “una práctica de esta índole es mucho mas que el cumplimiento de tareas”.

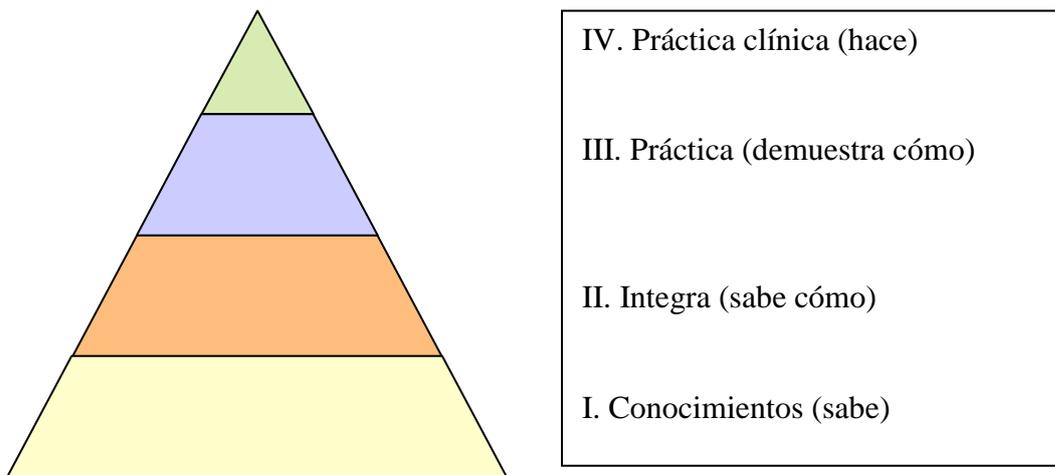
Al hablar de niveles de competencia no podemos dejar de mencionar la Pirámide de Miller (1990) ⁽³⁵⁾. Un modelo muy aceptado en la comunidad de educadores médicos.

En la base, el primer escalón de la pirámide se refiere al conocimiento, el “saber” o recordar, que puede evaluarse con evaluaciones escritas como los exámenes de selección múltiple; el segundo escalón se refiere al conocimiento aplicado, el “saber cómo” o integrar, que también puede evaluarse de manera escrita con exámenes de selección múltiple; a partir del tercer escalón ya no tienen autenticidad las evaluaciones escritas, ya que se refiere a la competencia clínica, el “mostrar cómo” lo hace, para evaluar este apartado se requiere un examen práctico clínico en un entorno controlado y estandarizado

con pacientes o simuladores; el cuarto escalón y punta de la pirámide se refiere al desempeño del médico en la práctica, el “*hacer*” durante el trabajo cotidiano, que para ser evaluado requiere de métodos de otro tipo como observación directa, portafolios educativos, etc.

PIRAMIDE DE MILLER (1990)

Niveles de evaluación del aprendizaje en la competencia clínica:



En nuestro ámbito concreto de las emergencias, el aprendizaje basado en las situaciones simuladas, es básico para adquirir los conocimientos imprescindibles para la toma de decisiones, en muchas ocasiones vitales para el paciente, y que requieren de unas aptitudes necesarias como son la decisión, la prudencia, la seguridad, la rapidez y la formación.

Creemos que lo expresado en la Pirámide de Miller se adapta a la realidad de nuestra especialidad, ya que la formación que se da en los Servicios de Emergencias, están siempre basados en la aplicación de situaciones cotidianas simuladas, y nuestra propia experiencia personal, confirma que los conocimientos que se adquieren de esta manera, a la hora de su puesta en práctica, dan a los profesionales una capacitación importante.

El Servicio de Emergencias de Andalucía (EPES), uno de los más desarrollados de nuestro país, ha definido las competencias de la enfermería de emergencias en el siguiente cuadro:

MAPA COMPETENCIAS PROFESIONALES OPERATIVOS. EPES ANDALUCIA.	
FUNCIÓN - RESPONSABILIDADES	HABILIDADES: HACER, SABER HACER
Asistencia en UVI-móvil	Técnicas de SVA
Control de stocks y caducidades	Habilidades sociales (oral-escrita)
Asistencia helicóptero UCI-móvil	Manejo telecomunicaciones
Asistencia en catástrofes	Manejo paciente pediátrico
Formación básica de técnicos	Técnicas de pediatría
Tutoría práctica de alumnos	Lectura de ECG
Documentación y registro	Capacidad para asumir compromisos
Gestión de fármacos y sueroterapia	Trabajo en equipo
Responsable de mantenimiento equipamiento	Capacidad para detectar problemas/soluciones
	Capacidad relaciones interpersonales
ACTITUDES	CONOCIMIENTOS. SABER
Capacidad de análisis	Metodología en enfermería
Capacidad asumir responsabilidades adicionales	Inglés básico
Planificación y organización	Informática a nivel usuario
Actitud de aprendizaje y mejora continua	Urgencias y emergencias para DUE
Reconocer logros y asumir errores	Salud laboral
Creatividad, innovación, flexibilidad, mente inquieta	Actuación en catástrofes
Satisfacción al cliente	Calidad nivel básico
Orientación a resultados	Metodología en investigación

Analizando este cuadro de competencias, vemos que engloba perfectamente la práctica diaria de nuestra especialidad, dando al profesional de enfermería un amplio campo de trabajo, ya sea formando parte de los equipos multidisciplinares en la unidades de SVA, como en las que es el responsable asistencial del paciente.

Va más allá de las meras técnicas de enfermería, y hace responsable a estos profesionales de la formación tanto de los alumnos de prácticas de enfermería como de los Técnicos, (profesionales de cualificación inferior que forman parte importante en los equipos multidisciplinares).

La SEEUE (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias), ha definido unos estándares o criterios para la práctica profesional del enfermero/a dedicado a las emergencias extrahospitalarias, para proporcionar un marco para la consecución de cuidados de calidad, y que sirvan como referencia y guía de nuestra práctica profesional.

Recogen tres grandes áreas de trabajo:

1. PRÁCTICA.
2. INVESTIGACIÓN.
3. FORMACIÓN/DESARROLLO PROFESIONAL.

Estos estándares tienen cinco componentes cada uno de ellos:

- Denominación: nombre o título del estándar.
- Definición: explicación del estándar.
- Razonamiento: justificación del estándar.
- Componentes: estructura del estándar.
- Resultados: resultado final del servicio enfermero.

A modo de ejemplo incluiremos uno de estos estándares aplicable al área de Práctica:

2. TRIAGE

Definición

La enfermera/o de urgencias y emergencias somete a “triage” a los pacientes a los que se prestan cuidados extrahospitalarios y a “recepción-acogida-clasificación” a los que se les realizan en ámbito hospitalario, determinando la prioridad del cuidado basándose en las necesidades físicas y psicosociales, y además en los factores que influyan en el flujo de pacientes dentro de las Unidades.

Razonamiento

El “triage” y la “recepción-acogida-clasificación”, facilita el flujo de pacientes en los distintos ámbitos de actuación, asegurando la evaluación oportuna de acuerdo con las necesidades de cuidado de la persona, y las necesidades del sistema extrahospitalario y hospitalario.

Componentes

1. *Valoración: incluirá una recogida rápida y sistemática de datos relacionados con la alteración principal del paciente.*
2. *Diagnóstico: se analizan los datos obtenidos en la valoración para la realización del diagnóstico enfermero.*
3. *Planificación: se determina sobre la base del cuidado preferente que necesita el paciente, planificando las intervenciones apropiadas basadas en los protocolos de triage.*
4. *Ejecución: puesta en marcha de las intervenciones.*
5. *Evaluación: control continuo para asegurar la adecuación del “triage” o la “recepción- acogida- clasificación” realizados.*

Resultados

La priorización y la intervención son consecuentes con la evaluación y el plan de cuidados establecidos al paciente.

Queda muy clarificado en este estándar el rol profesional de la enfermera, dando una respuesta cualitativa a la atención prestada. Las enfermeras son los únicos profesionales que dan una continuidad de cuidados.

3.7.- Marco legal de las urgencias y emergencias extrahospitalarias:

Hay que revisar la normativa actual tanto en España como en Cataluña para ver una clara diferencia en la responsabilidad del colectivo de enfermería dentro de las unidades asistenciales extrahospitalarias denominadas UCI o SVA (soporte vital avanzado).

Según el Real Decreto 619/1998, de 17 de abril ⁽³⁶⁾, se establece la dotación de personal en las ambulancias asistenciales denominadas UCI-móvil, y vemos que el responsable de esta unidad es siempre un facultativo médico, a pesar de estar dotada también de personal de enfermería.

En cambio en Cataluña, según el Decret 182/1990 de 3 de julio. DOGC 1326 de 3 de agosto 1990. (37), vemos que la dotación de personal de estas mismas unidades (UCI-móvil) el responsable puede ser el facultativo médico “y/o” el personal de enfermería. Estas unidades son las que atienden los casos de patologías mas graves y en muchas ocasiones el responsable último de la asistencia es un enfermero/a, cuya formación y capacitación no son cuestionadas.

Es evidente que el modelo catalán de emergencias extrahospitalarias, da a la enfermera una responsabilidad asistencial diferente y más alta, que la normativa española.

Durante estos últimos 15 años el papel de la enfermería no solo, no ha ido en aumento, sino que, además esta más consolidado que nunca y se encuentra en la actualidad en un pico de relevancia social debido principalmente a dos causas: por un lado, las patologías cardiovasculares y accidentes, se han convertido en las principales causas de muerte e invalidez en el mundo que nos ha tocado vivir y por otro, la atención que se presta a estas patologías quedan enmarcadas en el ámbito de los cuidados de urgencias y emergencias.

La denominada “hora de oro”, donde la actuación sanitaria ha demostrado con creces rebajar el número de lesiones invalidantes, así como los fallecimientos, confirma la necesidad de actualizar, reorganizar y formar a profesionales con conocimientos específicos del área de Urgencias y Emergencias.

3.8.- Historia de las emergencias en Cataluña:

1985

Por iniciativa del ICS se crea el Servicio Coordinador de Emergencias Médicas, (SCEM) para dar respuesta a demanda de urgencias y emergencias y al traslado secundario de pacientes entre diferentes centros hospitalarios. Estas unidades estaban dotadas de un conductor, un enfermero/a y un médico responsable de la asistencia a los pacientes.

1990

Tras un acuerdo entre el Ayuntamiento de Barcelona y el SCS, Barcelona crea su propio dispositivo para la atención de las emergencias, el 061.

Las unidades asistenciales están dotadas por un conductor y un enfermero/a como responsable asistencial de la misma.

2005

Las dos empresas (SEM y 061) se fusionan y unifican el servicio público para la atención de las urgencias y emergencias en Cataluña. ⁽³⁶⁾

Esta fusión de empresas no significó la desaparición de las unidades asistenciales dotadas de personal de enfermería responsable de la asistencia a los pacientes críticos.

Muy al contrario, en la actualidad, estas unidades están repartidas por todo el territorio de Cataluña, es decir el modelo asistencial de Barcelona se ha aplicado al resto del territorio catalán. Lo que viene a reconocer que estas unidades asistenciales son reconocidas, valoradas y aceptadas.

La presencia de enfermeros/as en todas las situaciones de emergencia es habitual, y lo mas importante, que en muchas de las ocasiones, son los máximos responsables asistenciales de las mismas.

3.9.- La enfermería en los Servicios de Emergencia de otros países europeos:

Creemos importante comparar el papel de la enfermería de nuestro sistema sanitario, en el contexto de la emergencia extrahospitalaria de Cataluña, con el papel de esta misma enfermería en otros países de Europa, donde su presencia en esta especialidad también es relevante.

Hemos elegido Holanda por ser el país con un Sistema de Emergencias muy similar al nuestro.

Holanda tiene una extensión de 41.000 km² con una población de 16.361.063 habitantes, 454 ciudadanos por km². Con un gasto destinado a la asistencia sanitaria alrededor de los 48 billones de euros. El presupuesto para la asistencia prehospitalaria ronda los 300 millones de euros. La distribución del presupuesto por región geográfica está basado en la demanda (70%) y en el tipo de área (ciudad/rural 30%). Es negociable con las compañías aseguradoras regionales. El presupuesto es controlado por el comité nacional financiero. El coste total del sistema de emergencias médicas por ciudadano: 21 euros/año.

En el sector de las emergencias de los Países Bajos como Holanda, trabajan unas 3300 personas. De éstas, el 42%, lo forma el grupo de enfermeras, siendo su edad media de 41 años y el 38% son los Técnicos de Transporte, con una edad media de 42 años. También forman parte del personal sanitario lo que se llama *MKA centralisten (Meldkamer Ambulancezorg) verpleegkundig en niet-verpleegkundig*: enfermeras o no enfermeras que se encargan de gestionar los avisos de emergencias (ambulancias asistenciales) desde la central telefónica.

Como podemos ver el grupo más importante lo forman la enfermera y el técnico, que deben tener una amplia y reconocida formación y una experiencia de 25 años en Unidades de Cuidados Intensivos o Emergencias. En este Servicio se potencia mucho el trabajo de investigación. (39)

Generalidades del Sistema Sanitario Holandés

El Sistema Sanitario Holandés es gestionado por empresas privadas que proporcionan servicios. El gobierno solo se ocupa de la accesibilidad y la calidad de los servicios sanitarios.

Cada ciudadano holandés, está obligado a contratar un seguro médico básico con una compañía de seguros holandesa, obligadas legalmente a ofrecer un seguro básico como mínimo, que cubra los siguientes servicios:

- Asistencia médica. Incluyendo los servicios de médicos de cabecera, hospitales, especialistas y obstetras.
- Estancia hospitalaria
- Dentista (hasta los 18 años, después cubre la asistencia especializada y prótesis dental)
- Ciertos instrumentos médicos
- Ciertos medicamentos
- Asistencia prenatal
- Transporte de pacientes (ambulancias)
- Asistencia por el servicio de emergencias

Se puede optar por contratar un servicio adicional para servicios no incluidos en el básico.

El coste del seguro médico básico lo determinan anualmente las compañías de seguros y suele ser unos 95 euros al mes. Aunque el Ministerio de Sanidad (*Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport*) determina la prima estándar, las compañías de seguros determinan el coste adicional que se ha de pagar al final.

Los menores de 18 años no tienen que pagar seguro médico y se les asegura gratis con el seguro básico.

El coste de los Cuidados de Salud Holandeses oscila sobre los 50 millones de euros.

Esta cantidad es pagada a través de las llamadas “primas de cuidados”, que son equitativos para todos los ciudadanos holandeses. Un porcentaje de los ingresos de los ciudadanos son para cubrir los llamados “Riesgos de Enfermedad” que no entran en el seguro (como son las discapacidades, deficiencias o la hospitalización en residencia sanitaria, casa de convalecencia)

Modificaciones del Seguro Médico Básico

En la base de la Ley de la compañía aseguradora del sector médico-farmacéutico-asistencial y el Ministerio de Sanidad el ciudadano tiene derecho a la siguiente cartera de servicios:

- Acompañamiento activo
- ADL (Actuaciones Vitales Generales Diarias)- vivir en grupo (eventual con ADL-asistente)
- Tratamiento
- Dietista
- Cuidados en el Lenguaje de Signos
- Ergo terapeuta
- Cuidados Farmacéuticos (medicamentos y preparados dietéticos)
- Fisioterapeuta
- Cuidados de Salud Mental
- Médico de Familia
- Recursos
- Cuidados Posparto
- Logopedia
- Especialidades Médicas (no se incluye odontólogo)
- MEE (Organización donde expertos atienden a preguntas sobre enseñanza, educación, vivir, trabajo, beneficios sociales, renta, transporte, tiempo libre)
- Cuidados Bucales
- Kinesiterapeuta
- Acompañamiento Asistencial
- Investigación en Enfermedades Metabólicas Congénitas
- Cuidados Personalizados
- Presupuesto Individual
- Cuidados Prenatales
- Vacunaciones
- Estancia
- Obstetra, Tocólogo

- Artículos Enfermeros
- Enfermería
- Transporte Sanitario
- Cuidados Hospitalarios (Enfermería, Cuidados y Estancia)
- Interrupción del Embarazo

En el Seguro Médico Básico se han ampliado la cartera de servicios durante el año 2008 de manera muy amplia:

- Pastillas anticonceptivas, espiral (método anticonceptivo), diafragma Nuvaring en paquete independientemente de la edad (anteriormente solo hasta los 21 años)
- Odontología hasta los 22 años (antes era hasta los 18 años)
- 4 horas extras de ayuda de maternidad a domicilio
- Medicina Mental Atención Psiquiátrica

Seguro Médico Básico: legal

Para las intervenciones fuera del Seguro Médico Básico, las personas han de complementar su seguro con extras. Esto no está prohibido. En la página Web del CVZ (College voor Zorgverzekeringen)² están todos los tratamientos del Seguro Médico Básico (www.cvz.nl)

Colegio de Seguros del Sector médico-farmacéutico-asistencial: coordina y financia la implementación de la ley de la Seguridad Social y de la ley general especial del coste de las enfermedades.

Hospitales

En la red de hospitales holandeses encontramos todas las especialidades médicas y de enfermería.

Estos hospitales se subdividen según sus especialidades y nivel asistencial en:

- Hospitales Generales
- Centros Médicos Universitarios
- Hospitales Categóricos
- Centros de Tratamiento Autónomo

La seguridad del paciente es un tema importante para el Ministerio de Sanidad Holandés (VWS). Por eso se ha creado la Plataforma Nacional de la Seguridad del Paciente. La tarea principal de la Plataforma es recoger y cambiar experiencias y conocimientos en el terreno de la seguridad.

El programa Sneller Beter (Más rápido, Mejor). Es un programa nacional de calidad en el cual trabajan 24 hospitales por un período de 4 años para unos cuidados más seguros, eficientes.

En Holanda hay 10 centros de traumatología, son hospitales especializados de alta calidad que pueden proporcionar cuidados complejos a pacientes con patología traumática. Las víctimas más graves son transportadas a estos hospitales. Estos centros disponen de un MMT (Mobiele Medische Teams): Equipos Médicos Móviles que con un vehículo tipo ambulancia completamente equipada se desplazan hasta la localización del accidente. En Holanda existen 10 MMT. Cuatro de estos 10 centros de trauma disponen de helicóptero propio, que vuela 7 días a la semana de las 7:00 hasta las 19:00 y cuya dotación de personal es de un médico-MMT y una enfermera-MMT que dará apoyo y asistencia en el lugar del accidente a los heridos. El helicóptero no vuela en condiciones climatológicas adversas y tampoco realiza vuelos nocturnos.

Los principales objetivos del Sistema de Emergencias Holandés presentados en el 15º World Congress on Disaster and Emergency Medicine quedan resumidos en:

- Ser un sistema apropiado y eficiente a la demanda existente
- Con una disponibilidad máxima
- Criterios de calidad altos
- 15 minutos máximos de respuesta (8 minutos de promedio)

En definitiva, el objetivo principal es la mejora de la salud para el paciente individual.

Las autoridades provinciales son responsables de autorizar la utilización del servicio de ambulancia, así como la distribución y disponibilidad.

Es importante destacar que la utilización del transporte en ambulancia sólo puede llevarse a cabo a través de la **CPA** (Centrale Post Ambulancevervoer): cuya principal misión es :

- *“Ser la responsable de alertar a todos los asistenciales que son necesarios después del aviso del accidente/catástrofe.*
- *La comunicación a todos los asistenciales se realiza en gran parte a través de los centros de coordinación, central o **MKA** (Meldkamer Ambulancedienst) que están operativos en el CPA, realiza la coordinación de los trayectos y decide el “acceso” de la asistencia en la emergencia extrahospitalaria “*

La solicitud de asistencia por ambulancia a la CPA, puede efectuarse a través del circuito médico (médico de familia, comadrona, especialidad del hospital) o bien directamente el ciudadano y/o el paciente de forma autónoma a través del número nacional 112. El CPA también decide que tipo de ambulancia es necesaria para cada tipo de demanda asistencial.

El RAV es responsable de proporcionar Atención Médica Pre-hospitalaria, Asistencia en Ambulancia y Transporte. Con esta organización, los servicios de ambulancia y la MKA trabajan juntos. El RAV puede ser una organización pública o privada. Holanda dispondrá de 25 RAV o regiones cuando se aplique la nueva ley. En el inicio del 2006 ya se habían complementado 18 regiones.

Actualmente existen 80 servicios de ambulancia, con una disponibilidad de 650 ambulancias 24 horas al día, 7 días a la semana, para proporcionar asistencia prehospitalaria a los pacientes. Estos vehículos están dispersados por todo el territorio nacional, el 95% de los ciudadanos pueden recibir una asistencia médica prehospitalaria en 15 minutos después de la llamada al 112.

Las zonas verdes detalladas en el mapa nacional es donde están ubicadas las diferentes RAV.



El concepto de la asistencia prehospitalaria es un proceso complicado, y engloba todos los diferentes procesos desde la recepción de la alerta hasta la finalización de la asistencia: ⁽⁴⁰⁾

Actualmente existen 35 Centros de Coordinación MKA, que están compartidos con policía, bomberos y se les denomina Centros Co-localizados

El servicio de asistencia extrahospitalaria empieza con la solicitud de asistencia a la MKA (Meldkamer Ambulance Dienst).

En estos Centros de Coordinación trabajan unos 300 operadores (gran parte de ellos enfermeras). ⁽⁴¹⁾

Cada llamada es valorada por una operadora en términos de requisito de asistencia específica. Si esto es necesario, se envía una ambulancia. Los pacientes pueden ser derivados a otro servicio o se les puede dar consejo a través del teléfono. A veces se requieren múltiples servicios como equipo de trauma, policía o el servicio de bomberos. El centro de coordinación de emergencias juega un rol central en coordinación.

El personal del centro de coordinación tiene una formación básica como enfermera y además el curso oficial nacional de Operador en Emergencias y asiste anualmente de forma adicional a programas de formación. Para cada sector hay protocolos estrictos para los operadores de coordinación.

Las actividades que realizan estos Centros de Coordinación van desde la respuesta a la línea 112, dar instrucciones en el aviso a las personas que alertan, y alertar a los servicios de ayuda.

Para que el proceso de prestación de ayuda transcurra de forma óptima, la centralita mantiene por vía telefónica el contacto con la unidad asistencial y facilita los datos sobre el carácter y la extensión del incidente en el lugar concreto.

Se trabaja con GMS (Geïntegreerd Meldkamer Systeem) Sistema Central de Coordinación Integrado, es un sistema informático donde los avisos son procesados. A través de este sistema se alerta a los bomberos y ambulancias. También la policía trabaja con este sistema, los tres organismos tienen la misma información sobre el incidente.

La Central de Coordinación dispone de un programa informático con un amplio material de mapas territoriales que están acoplados al sistema de GMS.

Dentro de la Central de Coordinación existen dos procesos para la resolución de las alertas de asistencia:

- Front office: Gestiona la necesidad del tipo de servicio y el lugar de la asistencia
- Back office: Moviliza los recursos necesarios para dar asistencia adecuada, ya sea sanitaria o policía y bomberos.

El Triage está basado en:

- Catalogar las necesidades reales del paciente
- Coordinar la consulta sanitaria
- Gestión de la alerta según protocolos establecidos a nivel nacional
- Demoras en la asistencia
- Valoración de los costes: Asistencia-Ambulancia

Existe una diferencia entre transporte de emergencia y transporte ordenado. En Holanda, el transporte de emergencia se subdivide en:

- Tipo A1 urgencia (transporte de emergencia), se aplica en situaciones vitales-amenazantes, en estos casos, la ambulancia ha de estar en el lugar en unos 15 minutos después de la entrada de la llamada emergente. Se utilizan sirenas y luz giratoria.
- Tipo A2 urgencia (transporte de emergencia): se aplica en casos donde no hay situaciones vitales-amenazantes, pero la llamada es para una respuesta rápida: la ambulancia debe estar en el lugar lo antes posible, pero no más tarde de los 30 minutos después de la llamada emergente. Significa que no hay utilización de sirenas ni luz giratoria.
- Tipo B (transporte ordenado): es un tipo de transporte que está planificado, por ejemplo entre hospitales o del hospital al domicilio.

Las ambulancias atienden unos 800.000 casos anuales, de los cuales 300.000 son de tipo A1 y 150.000 son de tipo A2 emergencias. Unos 350.000 son transportes tipo B.

Alrededor de 3300 profesionales de ambulancia trabaja en el sector. De los cuales, 1400 son enfermeras, 1240 son conductores, aunque 350 trabajan como operadores 'centralistas' en 195 estaciones.

Las Enfermeras dedicadas a la emergencia están agrupadas en la Ambulance Zorg Nederland que es una asociación profesional para colaboradores en los cuidados emergentes. Esta asociación proporciona información y asesoramiento. Trabajan con perfiles profesionales y en la innovación de estructuras de formación. Consideran importante tener una mayor eficacia y eficiencia en la postura de la cadena de cuidados agudos. Mantienen contactos estrechos con profesionales expertos en los cuidados agudos, tanto a nivel nacional como internacional, y editan su propia revista (www.vewvn.nl/afdelingen.php?id=20) (42)

La Dirección Médica de la Asistencia en Ambulancia está ocupada por un licenciado en medicina, que es el responsable final de la asistencia. No está directamente implicado en el lugar donde se realiza el servicio, pero si puede ser consultado a distancia. También es responsable de controlar la competencia del personal de la ambulancia y de las operadoras basados en protocolos rigurosos.

Los niveles de calidad en la asistencia prehospitalaria están sobretodo garantizados por medio de las directrices y protocolos nacionales.

Los protocolos representan el criterio del profesional para el contenido y el proceso de la asistencia en ambulancia. En otras palabras, asistencia acorde con protocolos es la estandarización nacional de la calidad durante el proceso total.

El Centro de Coordinación Nacional Holandés Estándar para la Asistencia en Ambulancia y el Protocolo Nacional de Asistencia en Ambulancia para enfermeras y conductores comparten los mismos objetivos y funciones. La metodología y el contenido están en conformidad el uno al otro y ambos estándares están completamente integrados. En esta dirección, la calidad total del proceso de asistencia está garantizada.

El nivel de calidad necesario es fijado oficialmente.

Los criterios de calidad son:

- Directrices y Protocolos Nacionales (basados en evidencias médicas /mejor práctica)
- Basados en la Ley
- Entregado Certificado EMS ISO
- Certificación revisada por Inspección Nacional de Salud y validado cada 3 años en nuevos criterios desarrollados.

La asistencia médica en caso de incidentes mayores y catástrofes está formada por:

- Sistema Legalizado
- El Sistema de Emergencias Médicas, los Hospitales y los Equipos de Trauma son responsables de la ejecución de los cuidados.
- Directores Médicos de Catástrofes responsable de:
 - Calidad de la asistencia médica
 - Informar al Gobierno
 - Coordinación después de la asistencia

La asistencia médica en casos de catástrofes es la siguiente:

- Equipo de Trauma
- 2 Enfermeras
- 2 Conductores
- 12 SIGMAS asistentes (nivel BLS: Soporte Vital Básico):

Protocolos según VLPA (Verantwoording Landelijk Protocol Ambulancezorg):
VLPA (Responsabilidad del Protocolo Nacional de Cuidados Emergentes)

Las Directrices y Protocolos Nacionales se integran en 2 líneas de actuación ambos forman parte de un Sistema coherente y metodológico:

- Centro de Coordinación Nacional
- Protocolo Nacional de Cuidados Emergentes

Breve Historia:

1988 Iniciativa privada; status de informar

1994 Sistema de emergencias basado en Sistema de Enfermera; requiere educación y formación en directrices y protocolos

1998 Status autonómico de la Enfermera en Ambulancia (competencia independiente) Desarrollo de directrices para Centrales de Coordinación

2003 Implementación estándar en Centrales de Coordinación

2007 7º Protocolo Nacional de Ambulancia

Los objetivos finales de esta standardización de cuidados son:

- Apoyo al personal asistencial de la ambulancia (conductor y enfermera)
- Suministrar cuidados óptimos y cualitativos al paciente.
- Verificar las actuaciones tanto médicas como de enfermería para hacer posible la eficacia.

La ejecución del Protocolo de los Cuidados de Emergencias se realiza a través de un buen registro escrito por parte de la enfermera asistencia.

Para el mantenimiento de las habilidades es necesario que la enfermera de la ambulancia esté efectuando estas actuaciones regularmente.

La aplicación de los protocolos dentro de la asistencia prehospitalaria está basada por una parte, en ofrecer desde la responsabilidad, los cuidados para el paciente y por la otra, el deber de dar asistencia del profesional.

El conocimiento y la habilidad para la aplicación de los protocolos permiten dar unos cuidados de calidad.

El LPA está basado en los diagnósticos y en la observación de los signos y síntomas del paciente, que después de identificarlos por parte de enfermería de la ambulancia, si es preciso, se realizan todos los actos médicos necesarios para la estabilización del paciente.

Por este motivo el personal de enfermería debe ser de alta cualificación profesional y con una excelente formación y experiencia.

Si en algún momento de la asistencia y aplicación de estos protocolos, el profesional de enfermería ve que la aplicación de los procedimientos que marca el protocolo puede ser perjudicial para el paciente, puede y debe salirse de ellos, siempre y cuando pueda demostrar con argumentos sólidos, que realmente no estaban indicados. En estos casos es esencial documentar no solo la forma de actuar sino también el motivo.

La asistencia está basada en el reconocimiento de los signos y síntomas que permiten formular un diagnóstico y unas acciones asistenciales. Las funciones vitales han de ser valoradas, apoyadas y si es preciso compensadas.

El protocolo básico se basa en el examen general que se realiza según la asistencia ABCDE.

Formación Profesional

Según el *RAV Gooi en Vechtstreek* (Región norte de Holanda) cada año se han de realizar reciclajes de formación para mantener las habilidades necesarias para poder ofrecer una asistencia de alta calidad.

El ROC (Regional Opleidingscoördinator): Coordinación Regional de Formación es responsable del contenido de la formación específica. Para la Realización Práctica de esta formación continuada disponen de seis instructores y monitores. Estos son enfermeros/as y conductores muy expertos en emergencias.

Papel de la enfermera

El sistema de asistencia en ambulancia en Holanda, está basado en un sistema de enfermería. Las enfermeras/os trabajan según determinaciones legales, protocolos y otras directrices.

El profesional registra en un formulario o informe asistencial todos los datos personales del paciente, además de los datos sobre la lesión, cual es el tratamiento médico y enfermero efectuado, que medicación es administrada y aporta más tarde toda esta información a un sistema administrativo, RAVIS (Regionale Ambulance Voorziening Informatie Systeem): Sistema Regional de Información de Suministro de Ambulancias.

Las tareas de la Enfermera/o de Emergencias son:

1. Tareas de Acompañamiento y Cuidado
2. Tareas de Diagnóstico, Cura y Terapia
3. Tareas de Información, Administración
4. Tareas de Información y Prevención
5. Tareas de Coordinación

Una enfermera de emergencias ha de disponer de:

- Formación de Enfermería en Emergencias por el SOSA
- Formación en Cuidados Intensivos y/o formación en Curas Coronarias y/o Anestesia y/o Urgencias
- Registrada en el BIG

El perfil profesional exigido en una enfermera de emergencias es el siguiente:

- Resistencia al estrés
- Poder tomar decisiones de forma rápida
- Habilidades en la ejecución de las diferentes técnicas asistenciales
- Flexibilidad
- Actitud correcta

Las enfermeras de la ambulancia están autorizadas para administrar tratamiento médico en el nivel de Advanced Life Support, SVA, Soporte Vital Avanzado de forma independiente.

Además de una formación básica como enfermera, las enfermeras de la ambulancia realizan de manera adicional cursos de especialización como el de Cuidados Intensivos y Cuidados en Cardiología, además de la formación nacional estándar como enfermera de ambulancia.

Para garantizar la competencia, las enfermeras de la ambulancia han de pasar de forma obligatoria cursos nacionales y regionales, es decir la formación SOSA. Tienen además que superar el llamado Profcheck una vez cada 5 años, es decir un certificado de competencia clínica.

La enfermera de emergencias ha de estar capacitada para trabajar en *GNK-verband*, es decir en colaboración con policía, bomberos, médico de cabecera, MKA, MMT, RIAGG (Institución para Cuidados de Salud Mental), SIGMA, etc.

Las funciones de la Meldkamer Ambulancezorg-Verpleegkundige: Enfermera de Central de Coordinación son las siguientes:

- El objetivo principal de la “centralista” es volcarse en las preguntas del ciudadano, independientemente del origen, para proporcionar una asistencia adecuada (durante 7 días a la semana las 24h.).
- Es responsable del proceso de indicación, asignación y coordinación de asistencia.
- Están entrenadas/os en interrogar y en dirigir la demanda de carácter urgente lo más rápido posible y ofrecer de forma efectiva asistencia emergente a la demanda
- La “operadora” es el eslabón entre el paciente y los servicios de emergencias.

Para poder realizar la formación SOSA es necesario:

- Estar como enfermera en un Servicio de Emergencias
- Tener diploma *A-verpleegkundige*:
 - Enfermería-A, enseñanza está enmarcada en la formación profesional de 3 años,
 - *MBO-V mete en aanvullende spoedeisende opleiding (zoals IC/CC)*: 4 años formación práctica en el hospital con 6 meses de formación teórica of *HBO-V*:
 - Enfermería-HBO, enseñanza enmarcada en una formación superior de 4 años.
- Tener la titulación de enfermera en nivel de calidad 4 (cuidado clínico) con una formación adicional en urgencias (como IC/CC)
- Tener la titulación de enfermera en nivel de calidad 5 (cuidados clínicos intensivos)
- Estar inscrita en el BIG-register
- Tener el Permiso de Conducción B

SOSA (Stichting Opleidingen Scholing Ambulancehulpverlening): Fundación de Formación para la Prestación de Ayuda en Ambulancia

SOSA es una fundación. Se dirige de forma autónoma al sector de emergencias. En la administración de esta fundación hay en total nueve representantes donde tienen asiento organizaciones: AZN, organizaciones profesionales BVA (Beroeps Vereniging Ambulancezorg) y otras 5 organizaciones profesionales.

La organización del SOSA lleva diariamente la responsabilidad de una buena formación; la administración holandesa es responsable. La formación del SOSA es obligatoria y forma parte de los presupuestos del RAV.

En el SOSA trabajan 70 docentes/instructores, 12 docentes de grupo, 180 examinadores y delegados, un jefe y asistente de formación y administración de examen, 2 managers de formación, un director adjunto y un director general.

Desde el año 2000 es el organismo responsable de facilitar medidas y una política moderada en apoyo operacional de las 7 organizaciones activas en asistencia a las emergencias en Holanda.

El objetivo es que los estudiantes aprendan durante esta formación a detectar y tratar de forma rápida las situaciones críticas. El punto de partida es el de tratar y analizar de forma metódica la recogida de signos y síntomas.

Se utiliza el método-ABCD (A)irway, (B)reathing, (C)irculation, (D)isability y (E)xposure mediante clases teóricas y entrenamientos prácticos autorizados para la adquisición de experiencias.

El temario de estos cursos de formación consta de 5 temas:

- Introducción general.
- Temas de carácter jurídico
- Sistemas de seguridad y salud individual
- Triage
- Trabajo metódico.

La estructura del curso es de:

- 175 horas de clase (teórica/práctica)
- 188 horas de estudio
- 10 horas de elaboración de SOTJ (Support On The Job)
- 5 horas de discusión de SOTJ (Support On the Job)
- 5 horas de exámenes:
 - Trabajo final sobre algún tema
 - Dossier de prácticas
 - Reconocimiento de casos prácticos
 - Examen de protocolos
 - Examen práctico

Cada uno de estos temas se imparte de forma teórica durante dos días semanales programados con anterioridad.

También se aborda durante el curso el tema de “producción del estrés laboral”

El material empleado en estos cursos de formación es el siguiente:

- Libro de texto de Enfermería en Emergencias
- Libro de Esquemas de Tratamiento
- *Landelijk Protocol Ambulancezorg LPA7 + Verantwoording VLPA7*: Protocolo Nacional de Cuidados Emergentes LPA7 + Responsabilidad del Protocolo Nacional de Cuidados Emergentes VLPA7
- Guía de estudio
- Trabajo escrito
- Documento de examen

Para acceder a la formación necesaria para trabajar de enfermera de la Central de Coordinación es la siguiente:

- Estar como Enfermera en una Central de Coordinación de un Servicio de Emergencias
- Tener diploma *ziekenverpleging A, ziekenverpleging B, MBO-V o HBO-V, y el certificado de Enfermera de Ambulancia.*

- Estar inscrita en el BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg)-register: banco de datos Holandés, donde se registran una serie de profesionales de la salud como: médicos, fisioterapeutas, psicólogos clínicos, psicoterapeutas, odontólogos, comadronas y enfermeras.

La estructura de la formación específica para estos profesionales se reparte en los siguientes temas:

- Conocimientos médicos
- Comunicación y habilidades de colaboración
- Legislación en la organización
- Asistencia en Centro de Coordinación
- Habilidades de comunicación en Centro de Coordinación
- Asistencia médica en accidentes y catástrofes (GHOR)
- Logística ICT (Información Comunicación y Tecnología)

La distribución del temario es la siguiente:

- 152 horas de clase
- 140 horas de estudio
- 10 horas de examen

Los conductores de la ambulancia están cualificados en dar asistencia a las enfermeras de la ambulancia. Obviamente, están formados en transporte seguro de pacientes en emergencias médicas. Los conductores reciben un curso nacional de conducción de ambulancia. También reciben de forma adicional y obligatoriamente cursos cada año, y tienen que pasar el llamado Profcheck cada 5 años, poniendo a prueba habilidades de en la conducción y en la asistencia médica que proporcionan. ⁽⁴³⁾

Las funciones que desempeñan son las siguientes:

- Conocimientos técnicos locales
- Estar domiciliado en la región donde se ofrece el servicio de guardia
- Tener el diploma de reanimación EHBO (Primeros Auxilios en Accidentes) vigente
- Buenas habilidades sociales

- Resistencia al estrés
- Poder trabajar en un nivel de calidad alto
- Trabajar en equipo

Las cualidades necesarias:

- Decisión
- Capacidad de reacción rápida
- Mostrar empatía
- Propiedades comunicativas

Como hemos podido comprobar en la descripción del sistema de emergencias holandés el papel que desempeña el profesional de enfermería es fundamental. La mayor parte de los profesionales que trabajan en este servicio son enfermeras/os. Y su capacidad de decisión asistencial y competencias clínicas están no solo, legalmente admitidas y legisladas, sino que trabajan bajo procedimientos y protocolos clínicos que avalan y respaldan sus actuaciones asistenciales. Por otra parte la obligatoriedad de la formación específica continuada les obliga a estar en constante reciclaje y con conocimientos clínicos actualizados.

Además de tener que superar cada 5 años una prueba de acreditación profesional para poder seguir ejerciendo su labor asistencial.

De todo esto se deduce que la competencia clínica de estos facultativos de la enfermería esta fuera de toda duda.

Sería interesante que en nuestro medio se implantara esta acreditación profesional que, por otra parte, obliga a todos los profesionales a estar en permanente actualización y formación de su competencia.

Si comparamos el papel asistencial de la enfermería holandesa con nuestros profesionales del sistema de emergencias en Cataluña, nos podemos dar cuenta a simple vista que la presencia de estos enfermeros es similar, es decir, desde el punto de vista cuantitativo, el mayor número de profesionales corresponde también a la enfermería.

Pero analizando en profundidad tanto las funciones asistenciales como de central de coordinación existen diferencias notables.

Mientras que en Holanda, los profesionales de la emergencia extrahospitalaria están registrados en un registro general de la profesión de emergencias, que además con una periodicidad de 5 años, les obliga a la validación de su competencia, obteniendo de esta manera una calidad asistencial muy elevada, en Cataluña, no existe ningún tipo de registro de profesionales especializados en la emergencia.

La organización que cubre la demanda de emergencias, exige un determinado nivel de formación previa y experiencia profesional en servicios de urgencias hospitalarios de un elevado nivel de complejidad.

Por otra parte la oferta de formación continuada, en esta misma organización, es muy amplia, cubriendo prácticamente todas las patologías y situaciones habituales en el ámbito de la emergencia.

Es evidente que hay diferencias entre Holanda y concretamente Cataluña, pero no es menos evidente que la enfermería catalana está bien cualificada y da una asistencia completa en situaciones de alto riesgo y gran demanda asistencial.

El grupo de trabajo cree necesario hacer propuestas a los Organismos competentes y decisorios para que exista, como en Holanda, un registro de las enfermeras/os que se dedican a esta especialidad, así como una acreditación competencial cada cierto período de tiempo, lo que obligaría a todos los profesionales que trabajan en este sector, a estar de manera permanente, formándose y actualizando conocimientos.

La labor docente que desarrollan estos profesionales está fomentada por parte de los Organismos que se encargan de las emergencias y cada vez hay mayor número de profesionales de nuestro medio que participa activamente en la coordinación, gestión y docencia de los cursos de formación continuada de los Departamentos de Formación.

4.- MARCO PRÁCTICO

4.1.- Hipótesis.-

La definición del perfil competencial de la enfermera extrahospitalaria influye en la calidad asistencial de dichos profesionales y en el reconocimiento social y profesional de una especialidad con identidad asistencial y científica propia.

4.2.- Metodología.-

1. Estudio descriptivo de las competencias desarrolladas por la enfermería extrahospitalaria en el Servicio de Emergencia Extrahospitalaria
2. Recogida de la opinión de los profesionales de enfermería que trabajan en el sector de las urgencias hospitalarias y de las emergencias extrahospitalarias, respecto a las competencias que se están desarrollando en estos momentos, su grado de dominio e importancia de cada una de ellas.
3. Conocimiento de la opinión que tienen sobre el trabajo realizado por los profesionales de enfermería extrahospitalaria, otros miembros colaboradores de los sistemas de emergencias, como son concretamente, los agentes de la Guardia Urbana de Barcelona.
4. Comparativa del trabajo desarrollado por la enfermería de emergencias en otros países europeos (Holanda) respecto a Cataluña.

4.3.- Variables.-

1. Variables independientes:
 - a. Perfil competencial del profesional de enfermería extrahospitalaria
2. Variables dependientes:
 - a. Calidad asistencial
 - b. Reconocimiento profesional y social
3. Variables Intervinientes:
 - a. Personales:
 - i. Edad
 - ii. Genero
 - b. Formativas:
 - i. Nivel de estudios
 - ii. Formación continuada
 - c. Sociolaborales:
 - i. Antigüedad en el servicio
 - ii. Tipo de contrato
 - d. Institucionales:
 - i. Hospital
 - ii. Servicio de Emergencias Extrahospitalarias

4.4.- Instrumentos

Para la recogida de información de los diferentes colectivos encuestados se han elaborado distintos cuestionarios adaptados a la información que el grupo de trabajo necesitaba conocer.

El cuestionario elaborado, que fue validado por un grupo de Jueces, esta basado en el trabajo de Juvé ME ⁽¹⁹⁾ y colaboradores del trabajo de investigación recogido en el Marco Teórico y conceptual para la definición y evaluación de las competencias de enfermería del profesional hospitalario.

1. Definición de competencias de enfermería aplicables a la asistencia extrahospitalaria
2. Cuestionario de competencias para conocer el grado de dominio e importancia que los profesionales dan a cada una de las competencias definidas. Y las diferencias de estos dos mismos parámetros que existen entre los profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario y extrahospitalario.
3. Cuestionario sobre el reconocimiento profesional y laboral de la enfermería de emergencias con respecto a otros intervinientes en la emergencia, como son los agentes de la Guardia Urbana de Barcelona. En este caso la muestra ha sido seleccionada por el grupo de trabajo, entre los agentes que trabajan directamente en colaboración con el Servicio de Emergencias Sanitarias, y por lo tanto, conocen perfectamente el trabajo que desarrollan.

Estos cuestionarios se repartieron a las supervisoras de los Servicios de Urgencia de los Hospitales seleccionados.

El cuestionario consta de una carta de presentación, donde se da a conocer a la enfermera la finalidad del mismo, garantizando la confidencialidad y anonimato de los datos recogidos y pidiendo la máxima sinceridad a la hora de contestar a las preguntas.

El cuestionario está formado por:

- 1.- Datos personales y profesionales
- 2.- Datos de Formación Continuada
- 3.- Grado de conocimiento de las Competencias de la Enfermería Extrahospitalaria
- 4.- Nivel de dominio e importancia de las diferentes Competencias de la Enfermería de Emergencias Extrahospitalaria.
- 5.- Opinión personal sobre la validación de estas Competencias.
- 6.- Valoración de las relaciones interprofesionales /Guardia Urbana de Barcelona)

4.5.- Población y muestra.-

La población diana del estudio la forman los profesionales de enfermería de los Servicios de Urgencia de los Hospitales seleccionados y los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencias Extrahospitalaria.

- a. Los Hospitales seleccionados son los siguientes:
 - i. H. de Mar
 - ii. H. de la Santa Cruz y San Pablo
 - iii. Hospital de la Esperanza
 - iv. Hospital de Sant Jaume de Calella
 - v. Hospital de Sant Joan de Deu de Martorell
- b. Los profesionales del SEM
- c. Agentes de la Guardia Urbana de Barcelona, destinados a las unidades de accidentes de tráfico.

La muestra calculada total fue de 138 profesionales entre los profesionales del ámbito hospitalario y extrahospitalario.

Para cumplimentar el cuestionario se dio un margen de tiempo de 2 semanas, siendo la supervisora la encargada de repartir el cuestionario a la finalización del turno de trabajo

Se solicitó a un grupo de expertos la validación de los ítems de la encuesta confeccionada para llegar finalmente a la descripción de las competencias propias de la enfermería en emergencias y la formación específica y necesaria.

La encuesta para valorar el reconocimiento profesional se pasó a los Centros Hospitalarios de la Ciudad de Barcelona, que son referencia para el traslado a urgencias de los pacientes atendidos por las unidades de enfermería extrahospitalaria y las dotaciones de patrullas de accidentes de la Guardia Urbana.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

INDICE

1.- Introducción general	77
2.- Caracterización de la muestra	78
2.1 Variables personales	78
2.2 Variables formativas	78
2.3 Variables sociolaborales	79
3.- Conocimiento de la Enfermería Extrahospitalaria y Competencias	83
3.1 Variable del conocimiento de trabajo de la Enfermería Extrahospitalaria	83
4.- Relación entre el nivel de dominio e importancia de las Competencias de la Enfermería Extrahospitalaria	85
4.1 Variable de la Competencia “Cuidar”	85
4.2 Variable de la Competencia “Prevención de Complicaciones”	86
4.3 Variable de la Competencia “Aplicación de Protocolos”	87
4.4 Variable de la Competencia “Garantizar la seguridad del paciente en su proceso”	88
4.5 Variable de la competencia “Mantenimiento de las Competencias Profesionales”	89
4.6. Variable de la Competencia “Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante”	90
4.7 Modalidad de Validación.....	91
4.8 Relación de la comparativa del total de las Variables.....	93
5.- Análisis del conocimiento de la Enfermería Extrahospitalaria y de las competencias en función de los estudios de Postgrado	95
5.1 Variable del Conocimiento del trabajo de la Enfermería Extrahospitalaria	95
5.2 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Cuidar”	96
5.3 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Prevención de Complicaciones”	97
5.4 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Aplicación de Protocolos”	98
5.5 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Garantizar la seguridad del paciente en su proceso”	99
5.6 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Mantenimiento de las competencias profesionales”.....	100
5.7 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante”.....	101
5.8 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Cuidar”... ..	102
5.9 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Prevención de Complicaciones”	103

5.10 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Aplicación de Protocolos”	104
5.11 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Garantizar la seguridad del paciente en su proceso”	105
5.12 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Mantenimiento de las competencias profesionales”	106
5.13 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante”	107
6.- Análisis del conocimiento de la Enfermería Extrahospitalaria y de las competencias en función de haber trabajado en Extrahospitalaria.....	108
6.1 Variable del Conocimiento del trabajo de la Enfermería Extrahospitalaria	108
6.2 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Cuidar”	110
6.3 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Prevención de Complicaciones”	111
6.4 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Aplicación de Protocolos”	112
6.5 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Garantizar la seguridad del paciente en su proceso”	113
6.6 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Mantenimiento de las competencias profesionales”	114
6.7 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante”	115
6.8 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Cuidar” ...	116
6.9 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Prevención de Complicaciones”	117
6.10 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Aplicación de Protocolos”	118
6.11 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Garantizar la seguridad del paciente en su proceso”	119
6.12 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Mantenimiento de las competencias profesionales”	120
6.13 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante”	121
7.- Análisis del conocimiento de la Enfermería Extrahospitalaria y de las competencias en función de querer trabajar en extrahospitalaria.....	122
7.1 Variable del Conocimiento del trabajo de la Enfermería Extrahospitalaria.....	122
7.2 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Cuidar”	124
7.3 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Prevención de Complicaciones”	125
7.4 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Aplicación de Protocolos”	126
7.5 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Garantizar la seguridad del paciente en su proceso”	127
7.6 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Mantenimiento de las competencias profesionales”	128

7.7 Variable del “Nivel de Dominio” de la Competencia “Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante”	129
7.8 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Cuidar” ...	130
7.9 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Prevención de Complicaciones”	131
7.10 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Aplicación de Protocolos”	132
7.11 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Garantizar la seguridad del paciente en su proceso”	133
7.12 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Mantenimiento de las competencias profesionales”	134
7.13 Variable del “Nivel de Importancia” de la Competencia “Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante”	135
8.- Análisis de la relación de ayuda y conocimiento del trabajo de la enfermería extrahospitalaria por parte de la Guardia Urbana de Barcelona.....	136
8.1 Variable de Identificación	137
8.2 Variable de Imprescindibilidad.....	138
8.3 Variable de Resolución de situaciones	139
8.4 Variable de Respuesta Asistencial	140
8.5 Variable de Intercomunicación	141
9.- Relación de Comentarios Personales en las Encuestas	142

1.- Introducción general

Para poder obtener información de los profesionales de enfermería, tanto de los Centros Hospitalarios de Barcelona y área metropolitana, como de los profesionales del Servicio de Emergencias de Cataluña, acerca de su conocimiento y su opinión sobre las competencias del enfermero/a que presta sus servicios en el medio extrahospitalario, el grupo de trabajo ha elaborado un cuestionario, que analizaremos a continuación, y del que se han repartido ejemplares entre los diferentes profesionales de estos centros.

Así mismo, también se ha preguntado a los miembros de la Policía Local de Barcelona (Guardia Urbana) que opinión tienen del trabajo de estos profesionales, dado que, en muchas ocasiones, la colaboración entre estos dos estamentos es muy cercana, estrecha y habitual.

El ámbito geográfico, como ya hemos dicho, en el que se ha aplicado la encuesta, ha sido Barcelona y el entorno de su área metropolitana.

Se han recogido un total de 138 cuestionarios, de los cuales 9 han sido cumplimentados por Guardia Urbana.

Para el análisis de la información recogida se ha utilizado el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), implicando tanto estrategias de análisis descriptivo como inferencial.

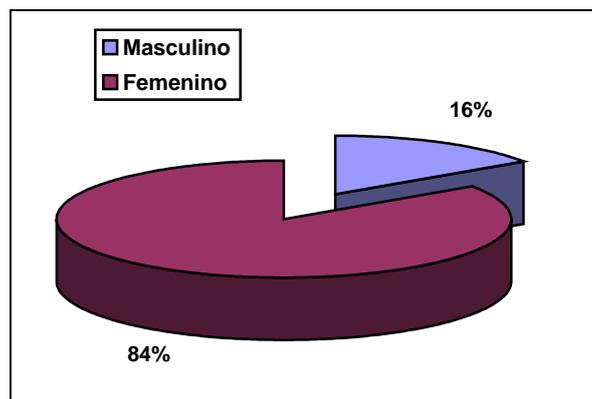
Para una mejor comprensión de los resultados se ha organizado su presentación atendiendo al orden establecido en el propio cuestionario. De ahí que en un primer momento, se atienda a la caracterización de la muestra para posteriormente centrar la atención en algunos cruces de interés para la investigación.

2.- Caracterización de la muestra

2.1 VARIABLES PERSONALES

La **edad** media del grupo de análisis es de 34,35 años, con un valor mínimo de 22 años y un máximo de 56, y una desviación de 7,452 años.

El **género** se distribuye: 15,5 % de hombres frente a 84,5% de mujeres.

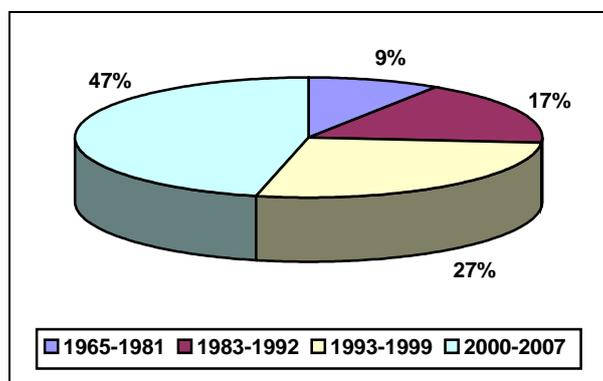


Grafica 1 género

Dominio del género femenino en más de un 80%, ya presumible en la población estudiada

2.2 VARIABLES FORMATIVAS

El año de **finalización** de la carrera:

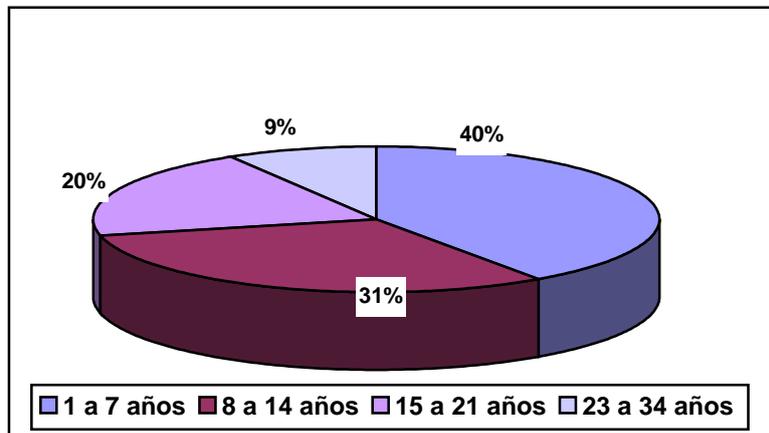


Grafica 2 año de finalización de la carrera

Observamos que $\frac{3}{4}$ partes de los profesionales ha finalizado sus estudios en los últimos 15 años

2.3 VARIABLES SOCIOLABORALES

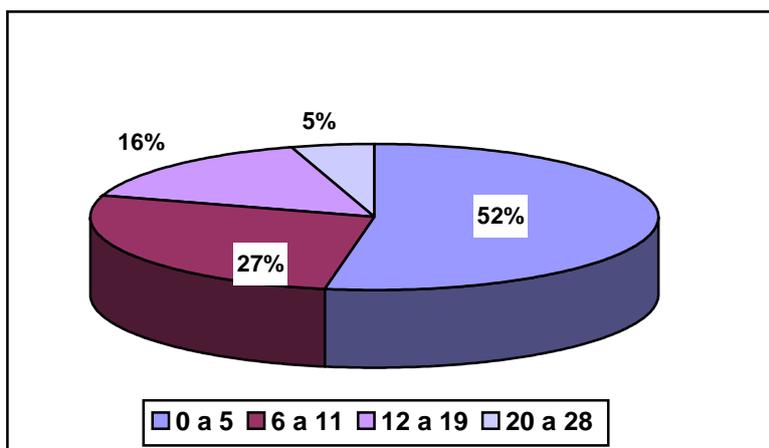
Años de **ejercicio profesional**:



Gráfica 3 ejercicio profesional

Destaca que más de un 70% de la población encuestada, lleva poco tiempo en el ejercicio de la profesión

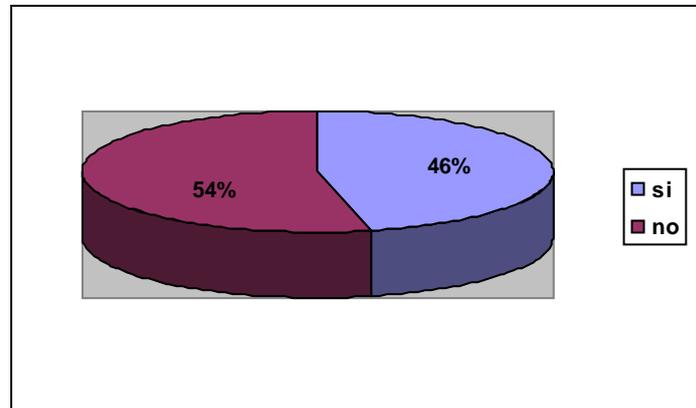
Años trabajados en el servicio de urgencias o emergencias



Gráfica 4 años trabajados en urgencias

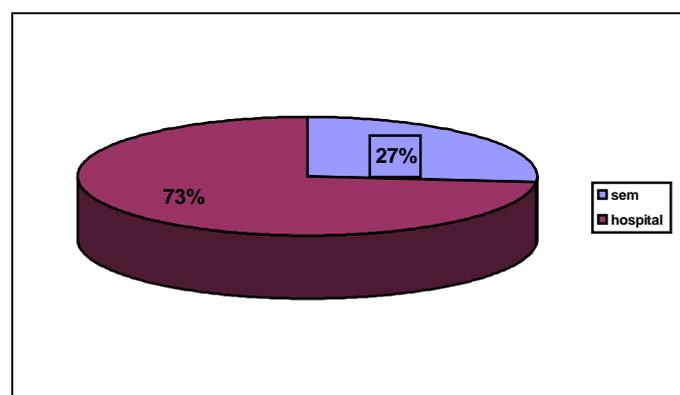
Observamos que más de un 40% de los profesionales trabajan en urgencias entre 6 y 19 años de promedio

La realización del **postgrado** específico en Atención Prehospitalaria Urgente:



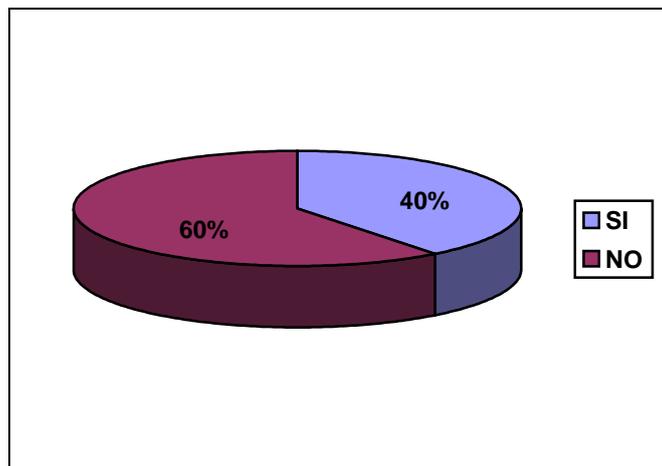
Grafica 5 postgrado de extrahospitalaria

La **identificación del lugar de trabajo**, diferenciando si el personal ya está trabajando en emergencias o si por el contrario proviene de un centro hospitalario:



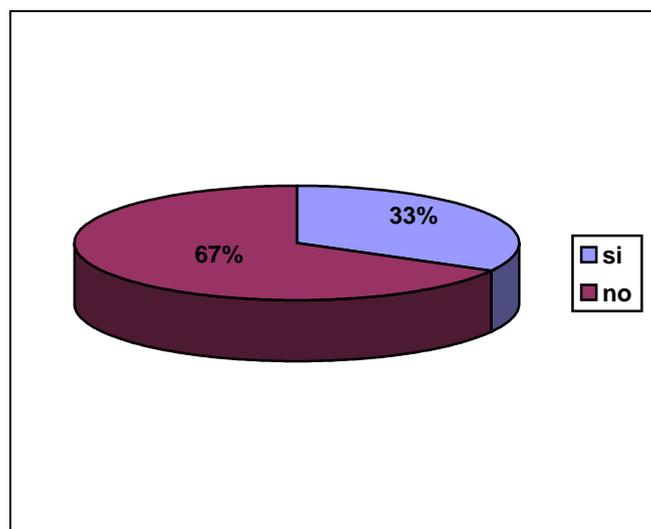
Grafica 6 lugar de trabajo

Diferenciamos el personal que ha **trabajado alguna vez en emergencias** extrahospitalarias, del que nunca lo ha hecho, obteniendo un resultado de 40% si; 60% no



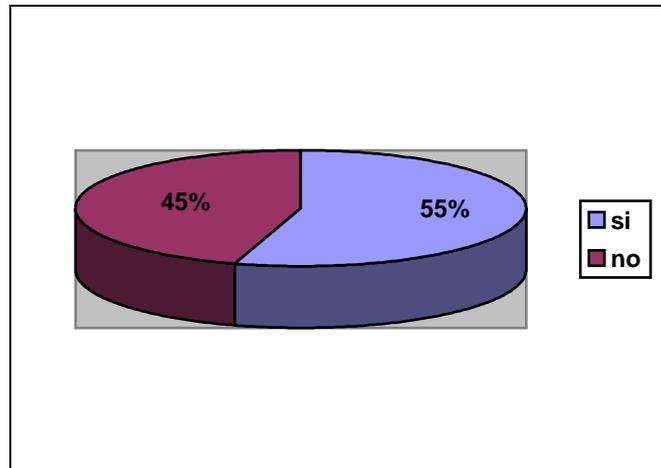
Grafica 7 trabajo en emergencias

Nos interesó mucho averiguar si los profesionales **compaginaban su trabajo** habitual con las emergencias extrahospitalarias, o viceversa.



Grafica 8 Compaginación de trabajo

También quisimos saber si los profesionales que no estaban trabajando o compaginando ambos tipos de servicio, realmente estaban interesados en prestar servicio en el ámbito extrahospitalario.



Gráfica 9 Interés en extrahospitalaria

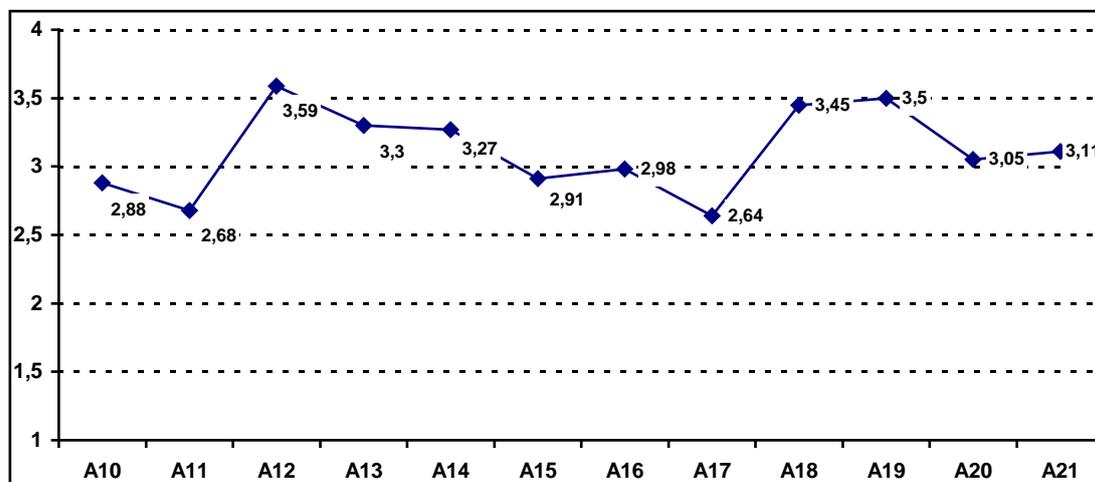
Sorprende el interés que demuestran los profesionales del ámbito hospitalario por trabajar en la emergencia extrahospitalaria.

3.- Conocimiento de la enfermería de extrahospitalaria y competencias

3.1 VARIABLE DEL CONOCIMIENTO DEL TRABAJO DE LA ENFERMERIA EXTRAHOSPITALARIA

A continuación nos interesa conocer que grado de **conocimiento** acerca de las competencias del profesional que trabaja en extrahospitalaria que tienen los diferentes profesionales

CONOCIMIENTO DEL TRABAJO DE ENFERMERIA EXTRAHOSPITALARIA	Media	Desv.
A10 Crees que la enfermería lleva identificación adecuada y conocida	2,88	
A11 El informe asistencial es adecuado para reflejar tu trabajo	2,68	
A12 Esta capacitada para reconocer e interpretar los signos cambiantes de salud/mala salud de las personas	3,59	
A13 Es adecuada la asistencia que proporciona la enfermería extrahospitalaria al paciente respecto a su patología	3,30	
A14 Proporciona al paciente los cuidados suficientes y satisface necesidades de salud	3,27	
A15 Responde a la necesidad de la población demandante	2,91	
A16 esta suficientemente preparada para asumir la toma de decisiones clínicas y ponerlas en practica	2,98	
A17 Conoces las competencias de la enfermería extrahospitalaria	2,64	
A18 Crees que es necesario describirlas	3,45	
A19 Crees que mejoraría la calidad asistencial con la competencias definidas y aprobadas	3,50	
A20 Conoces el trabajo de la enfermería extrahospitalaria	3,05	
A21 Conoces el papel de la enfermera en emergencias extrahospitalarias	3,11	



Gráfica 10 Conocimiento del trabajo de la enfermería extrahospitalaria

Globalmente, coincide el colectivo profesional en entender que la enfermera esta mas que capacitada para interpretar y por lo tanto actuar ante las situaciones de riesgo y que necesariamente requieren de una intervención adecuada.

Por otro lado destaca la necesidad de adecuar el informe asistencial, que se esta utilizando en la actualidad, para que quede de manera más clara y fehaciente cual ha sido el trabajo desarrollado por el profesional.

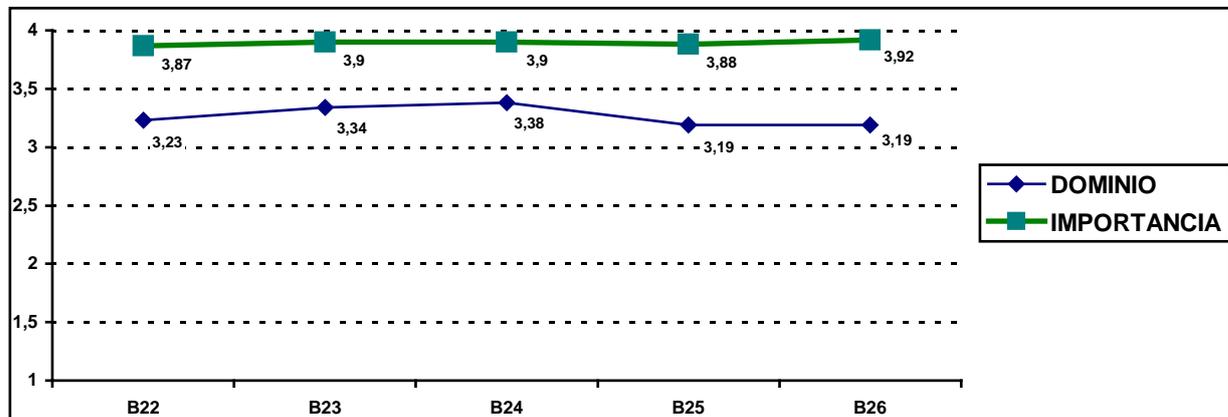
También destaca sorprendentemente la necesidad de concretar las competencias de la enfermera de emergencias, que por lo que se desvela en la encuesta, no son conocidas.

4.- Relación entre el nivel de dominio y de importancia de las competencias

4.1-VARIABLE DE LA COMPETENCIA DE CUIDAR

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración de la competencia “Cuidar” en nivel de dominio y de importancia:

COMPETENCIA “CUIDAR”	DOMINIO Media (Desv.)	IMPORTANCIA Media (Desv.)
B22 - Establecer relación con el paciente con empatía y confianza	3,23 (0,66)	3,87
B23 - Ha de ser capaz de orientar la actuación en función de los síntomas	3,34	3,90
B24 - Actuar de manera ética	3,38	3,90
B25 - Informar al paciente de forma clara dando soporte emocional	3,19	3,88
B26 - Preservar la intimidad y confidencialidad del paciente	3,19	3,92



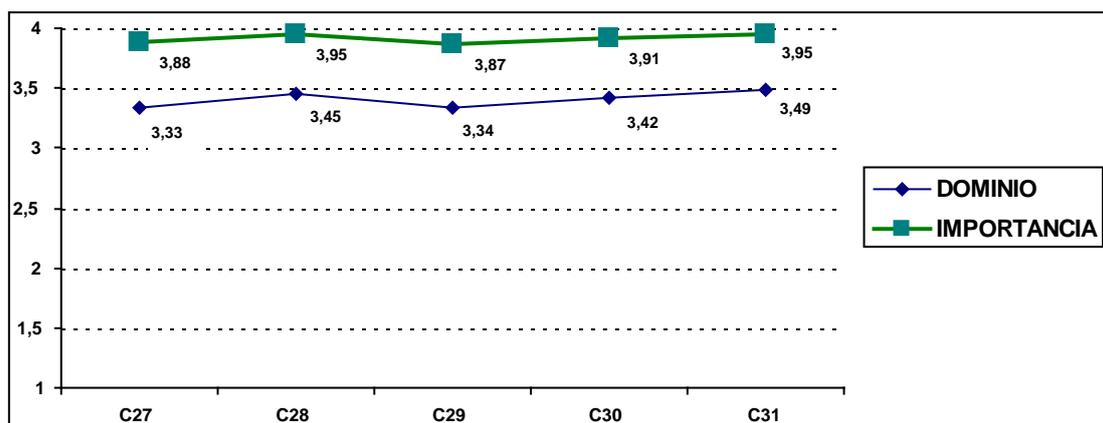
Gráfica 11 análisis de la competencia cuidar

Destaca la importancia que tienen estos ítems de la competencia “cuidar”, con el reconocimiento de su dominio por debajo de lo que los profesionales consideran que debe ser.

4.2- VARIABLE DE LA COMPETENCIA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración de la competencia “Prevención de complicaciones” en nivel de dominio y de importancia

COMPETENCIA “PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES”	DOMINIO Media (Desv.)	IMPORTANCIA Media (Desv.)
C27 Identificar de forma precoz signos y síntomas de agravamiento del paciente	3,33	3,88
C28 Conocer las técnicas y procedimientos de atención al paciente crítico	3,45	3,95
C29 Identificar y prevenir posibles complicaciones	3,34	3,87
C30 Actuar en consecuencia en las complicaciones que se presenten	3,42	3,91
C31 Saber priorizar actuaciones ante situaciones de emergencia	3,49	3,95

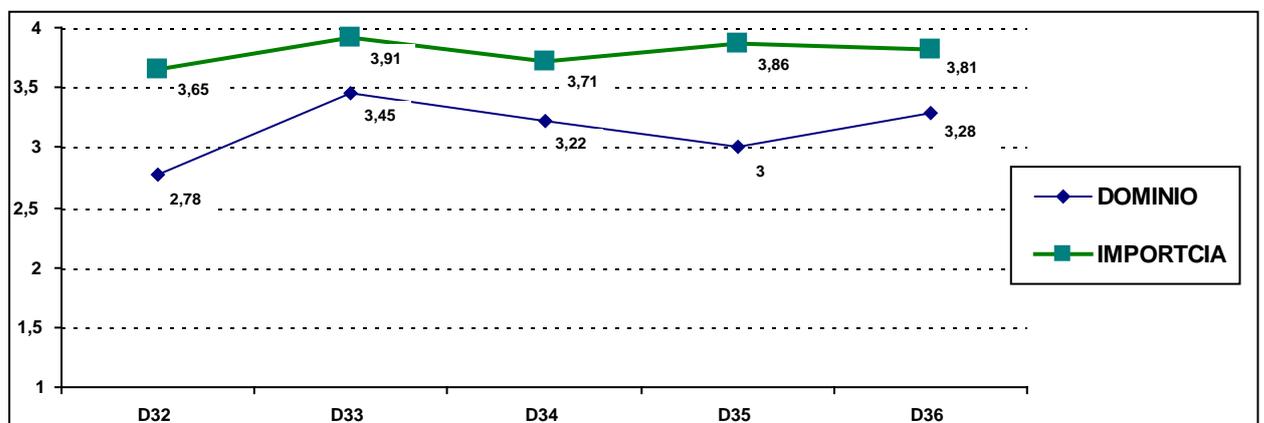


Gráfica 12 análisis de la competencia prevención de complicaciones

4.3-VARIABLE DE LA COMPETENCIA APLICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración de la competencia “Aplicar procedimientos y protocolos”

COMPETENCIA “APLICAR PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS”	DOMINIO Media (Desv.)	IMPORTANCIA Media (Desv.)
D32 Información del proceso patológico al paciente y familia	2,78	3,65
D33 Conocer el uso del material específico de emergencias	3,45	3,91
D34 Verificar la información dada al paciente	3,22	3,71
D35 Registro de las acciones realizadas en el informe asistencial	3,00	3,86
D36 Tiene que coordinar e integrarse en el equipo multidisciplinar	3,28	3,81



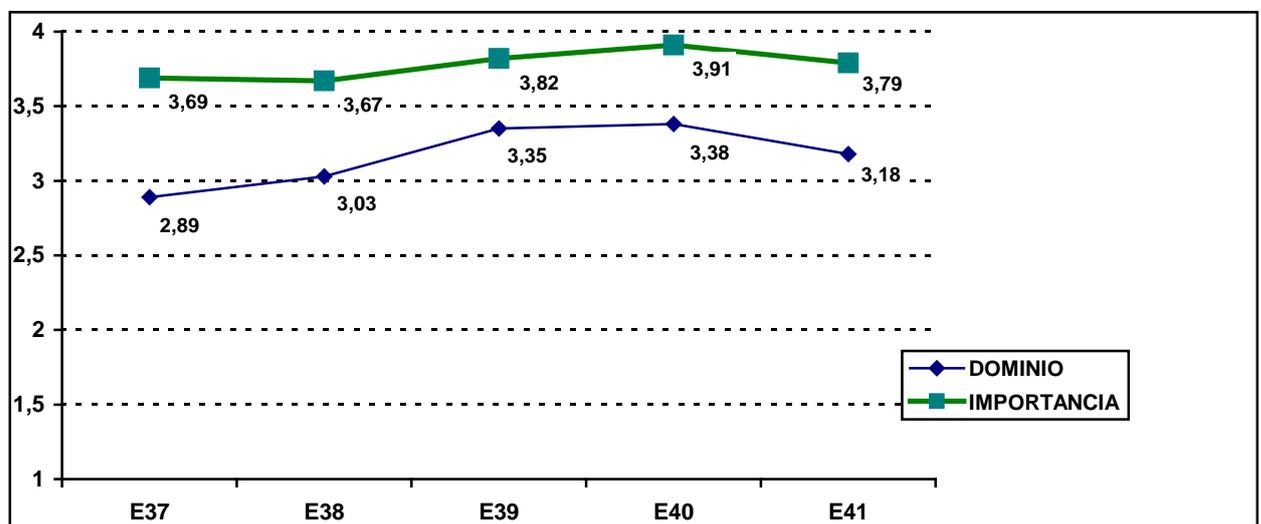
Gráfica 13 análisis de la competencia aplicar procedimientos y protocolos

Destaca en la gráfica el poco dominio de la información tanto al paciente como a la familia, en contraste con la alta puntuación de su importancia. Concluimos que el personal de enfermería no está acostumbrado a informar del proceso patológico a las familias y pacientes. Es destacable también la elevada puntuación en los ítems referentes al manejo de las técnicas y aparataje propio de la emergencia.

4.4- VARIABLE DE LA COMPETENCIA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU PROCESO

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración de la competencia “Garantizar la seguridad del paciente en su proceso”

COMPETENCIA “GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU PROCESO”	DOMINIO Media (Desv.)	IMPORTANCIA Media (Desv.)
E37 Abordar adecuadamente las respuestas emocionales del paciente	2,89	3,69
E38 Especial cuidado con pacientes de difícil comprensión/comunicación	3,03	3,67
E39 Evaluar periódicamente el estado del paciente	3,35	3,82
E40 Correcta aplicación de la priorización ante múltiples pacientes	3,38	3,91
E41. Evaluar estado del paciente y argumentar acciones terapéuticas	3,18	3,79



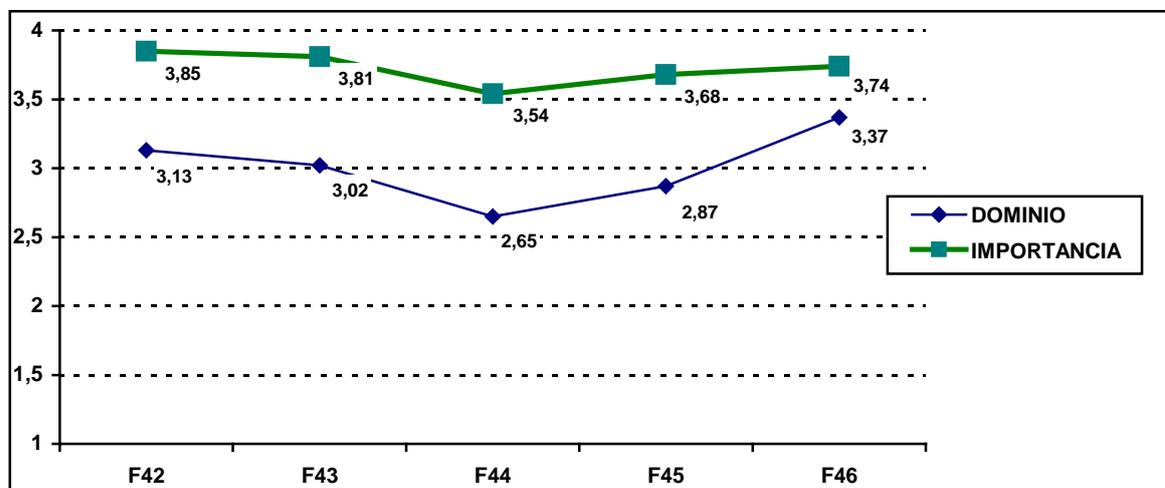
Gráfica 14 análisis de la competencia garantizar la seguridad del paciente en su proceso

Destaca que los valores más bajos de dominio son los relacionados con los aspectos más emocionales y en cambio los que determinan las destrezas en la aplicación de los procedimientos son los valores más altos.

4.5- VARIABLE DE LA COMPETENCIA MANTENIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración de la competencia “Mantenimiento de las competencias profesionales”

COMPETENCIA “MANTENIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES”	DOMINIO Media (Desv.)	IMPORTANCIA Media (Desv.)
F42 Evaluar los propios conocimientos, aptitudes y habilidades	3,13	3,85
F43 Utilizar los recursos existentes para el aprendizaje	3,02	3,81
F44 Desarrollar trabajos de investigación	2,65	3,54
F45 Evaluar críticamente los métodos de trabajo	2,87	3,68
F46 Actitud abierta a la formación continuada	3,37	3,74



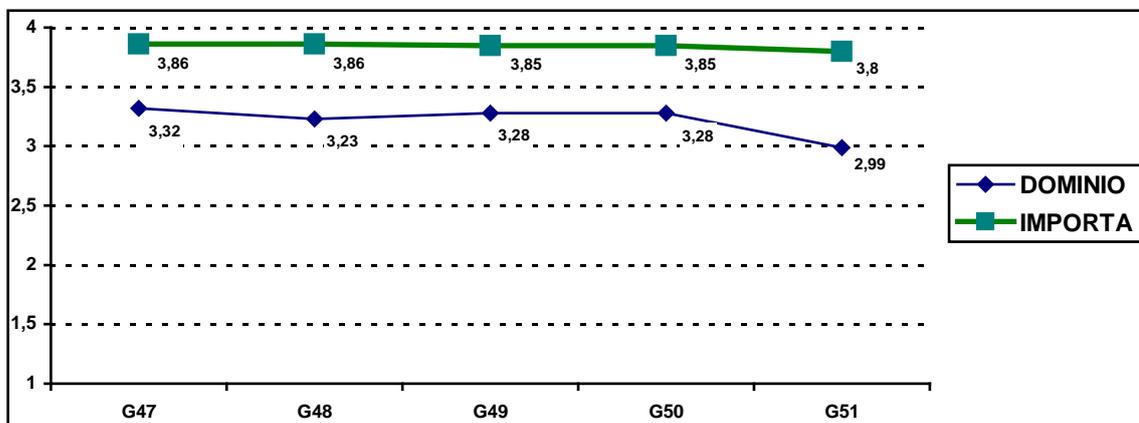
Gráfica 15 análisis de la competencia mantenimiento de las competencias profesionales

Destaca en esta gráfica la poca dedicación de los profesionales al ámbito de la investigación aunque crean que tiene una importancia vital a la hora de definir las competencias, se demuestra un elevado interés por la importancia que tiene para el desarrollo de su trabajo la formación continuada.

4.5- VARIABLE DE LA COMPETENCIA “TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE”

En la tabla y gráfica siguientes se especifica la valoración de la competencia “Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante”

COMPETENCIA “TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE”	DOMINIO Media (Desv.)	IMPORTANCIA Media (Desv.)
G47 Integrarse en el equipo de trabajo	3,32	3,86
G48 Reconocer las propias limitaciones	3,23	3,86
G49 Saber delegar tareas al personal subalterno	3,28	3,85
G50 Coordinar la distribución de tareas y asumir responsabilidades	3,28	3,85
G51 Fomentar la docencia	2,99	3,80

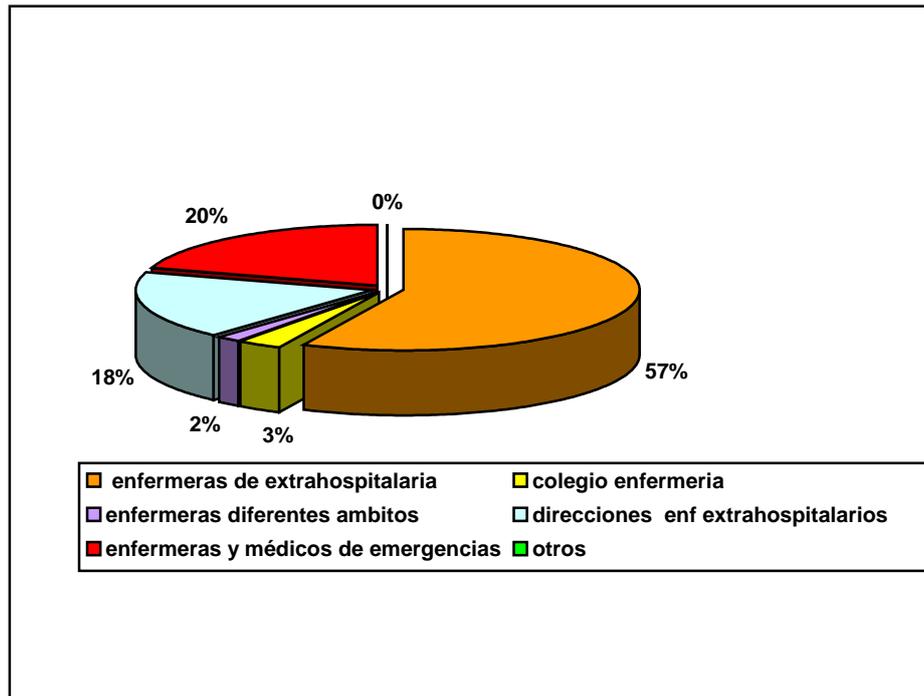


Gráfica 16 análisis de la competencia trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante

En esta competencia destaca el poco dominio de la docencia, frente a la importancia que tiene para los profesionales.

4.6 MODALIDAD DE VALIDACION

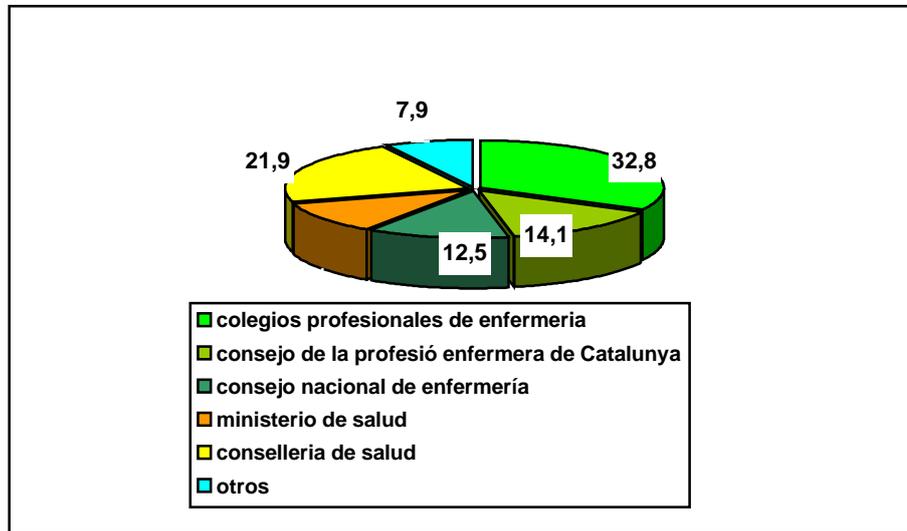
A la pregunta de quien crees que debe definir las competencias de la enfermería de emergencias:



Gráfica 17 Distribución de quien ha de definir las competencias

Destaca en esta gráfica que mas del 50% de los encuestados, creen que son los propios profesionales de enfermería del medio extrahospitalario quienes deberían definir todas y cada una de las competencias de su trabajo. Seguidos de los que creen que también deberían colaborar otros estamentos como los médicos, y por último los que creen que deben ser las direcciones de enfermería de los Servicios de Emergencia Extrahospitalarios los que deberían plantearlos.

Que Organismo o Institución debe de **validar** estas competencias:



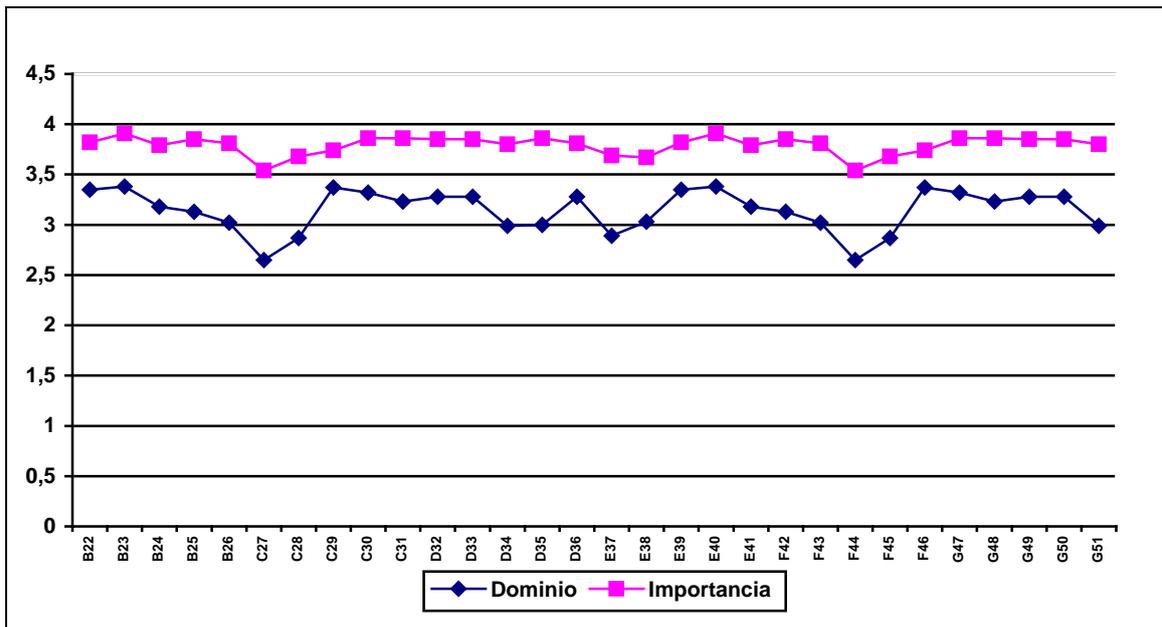
Gráfica 18 Distribución de los organismos a validar las competencias

Es interesante observar que el 32,8% creen que deben ser los Colegios de Enfermería los que validen sus propias competencias y solo un 14,1% se inclina por el Consell de la Profesió Infermera a Catalunya (CPIC). Conviene aclarar que funciones tiene este Consell, que fue constituido a petición expresa de la Consellera de Salut, Honorable Marina Geli, el 5 de octubre de 2006, para crear un foro de debate y diálogo sobre el papel de las enfermeras y cuyo papel fundamental es dotar a la enfermería de un órgano de consulta y de participación activa que garantice el diálogo y la comunicación mutua con la Administración Sanitaria y los profesionales de enfermería, mediante sus representantes, los Colegios profesionales, Asociaciones científicas, Fuerzas Sociales, etc....

4.7- RELACION DE LA COMPARATIVA DEL TOTAL DE LAS VARIABLES

A continuación realizamos **comparativa** de todas las competencias entre dominio e importancia.

COMPETENCIAS DE ENFERMERIA EN EXTRAHOSPITALARIA	Domini o	Importa ncia
B22 Establecer relación con el paciente con empatía y confianza	3,23	3,87
B23 Ha de ser capaz de orientar la actuación en función de los síntomas	3,34	3,90
B24 Actuar de manera ética	3,38	3,90
B25 Informar al paciente de forma clara dando soporte emocional	3,19	3,88
B26 Preservar la intimidad y confidencialidad del paciente	3,19	3,92
C27 Identificar de forma precoz signos y síntomas de agravamiento del paciente	3,33	3,88
C28 Conocer las técnicas y procedimientos de atención al paciente. crítico	3,45	3,95
C29 Identificar y prevenir posibles complicaciones	3,34	3,87
C30 Actuar en consecuencia en las complicaciones que se presenten	3,42	3,91
C31 Saber priorizar actuaciones ante situaciones de emergencia	3,49	3,95
D32 Información del proceso patológico al paciente y familia	2,78	3,65
D33 Conocer el uso del material específico de emergencias	3,45	3,91
D34 Verificar la información dada al paciente	3,22	3,71
D35 Registro de las acciones realizadas en el informe asistencial	3,00	3,86
D36 Tiene que coordinar e integrarse en el equipo multidisciplinar	3,28	3,81
E37 Abordar adecuadamente las respuestas emocionales del paciente	2,89	3,69
E38 Especial cuidado con pacientes de difícil comprensión/comunicación	3,03	3,67
E39 Evaluar periódicamente el estado del paciente	3,35	3,82
E40 Correcta aplicación de la priorización ante múltiples pacientes	3,38	3,91
E41. Evaluar estado del paciente y argumentar acciones terapéuticas	3,18	3,79
F42 Evaluar los propios conocimientos, aptitudes y habilidades	3,13	3,85
F43 utilizar los recursos existentes para el aprendizaje	3,02	3,81
F44 Desarrollar trabajos de investigación	2,65	3,54
F45 Evaluar críticamente los métodos de trabajo	2,87	3,68
F46 Actitud abierta a la formación continuada	3,37	3,74
G47 Integrarse en el equipo de trabajo	3,32	3,86
G48 Reconocer las propias limitaciones	3,23	3,86
G49 Saber delegar tareas al personal subalterno	3,28	3,85
G50 Coordinar la distribución de tareas y asumir responsabilidades	3,28	3,85
G51 Fomentar la docencia	2,99	3,80



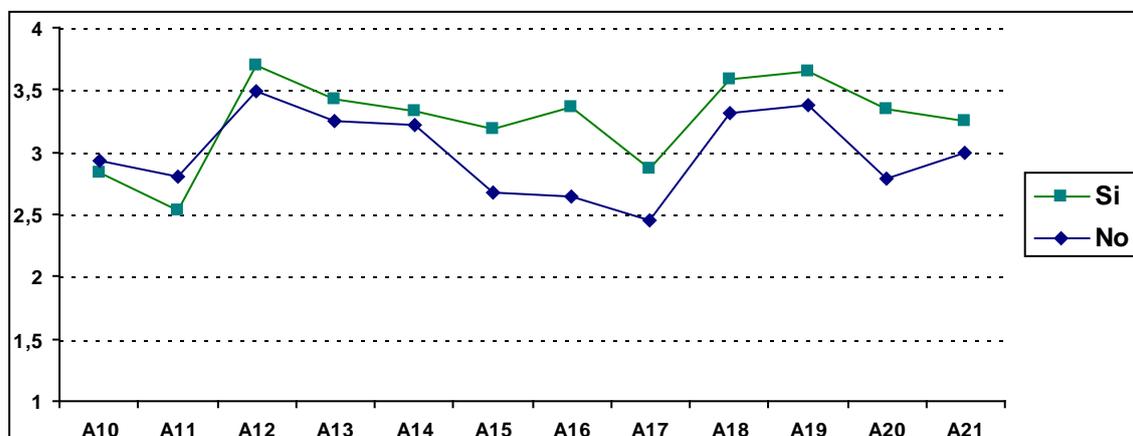
Gráfica 19 Perfil del dominio e importancia de las todas las competencias

5...ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERIA EXTRAHOSPITALARIA Y LAS COMPETENCIAS EN FUNCION DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO

5.1-VARIABLE DEL CONOCIMIENTO DEL TRABAJO DE LA ENFERMERIA EXTRAHOSPITALARIA

Nos interesó saber que nivel de conocimientos acerca del conocimiento que tenían los profesionales que ya habían realizado del postgrado de emergencias en relación a los que no lo habían realizado.

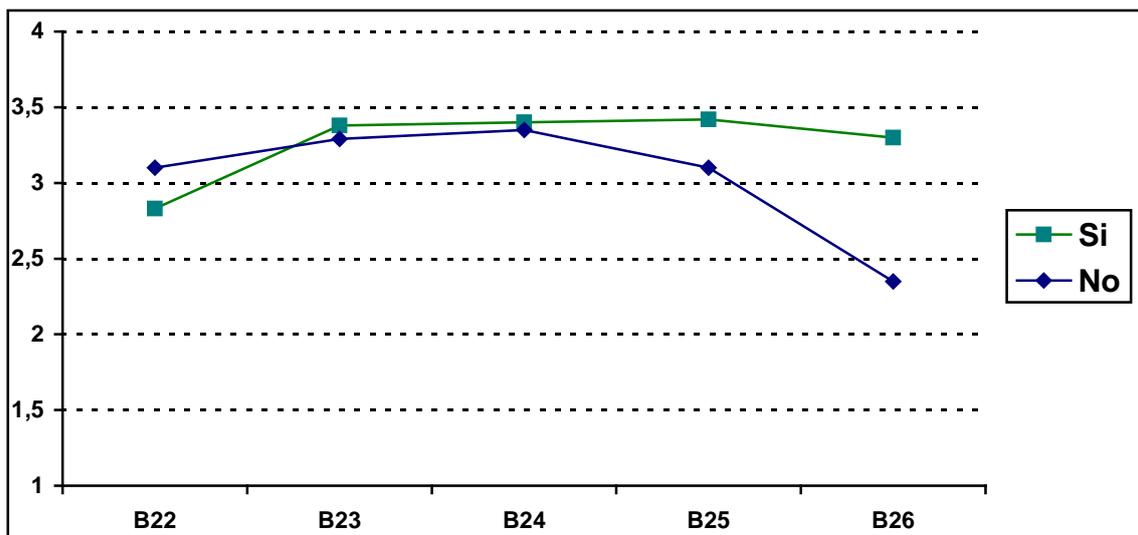
CONOCIMIENTO COMPETENCIAS	Si	No	Sign
A10 Crees que la enfermería lleva identificación adecuada y conocida	2,83	2,93	
A11 El informe asistencial es adecuado para reflejar tu trabajo	2,53	2,81	0,021
A12 Esta capacitada para reconocer e interpretar los signos cambiantes de salud/mala salud de las personas	3,70	3,49	0,025
A13 Es adecuada la asistencia que proporciona la enfermería extrahospitalaria al paciente respecto a su patología	3,43	3,25	0,041
A14 Proporciona al paciente los cuidados suficientes y satisface necesidades de salud	3,33	3,22	
A15 Responde a la necesidad de la población demandante	3,18	2,67	0,001
A16 Esta suficientemente preparada para asumir la toma de decisiones clínicas y ponerlas en practica	3,36	2,65	0,000
A17 Conoces las competencias de la enfermería extrahospitalaria	2,87	2,45	0,001
A18 Crees que es necesario describirlas	3,58	3,32	0,016
A19 Crees que mejoraría la calidad asistencial con la competencias definidas y aprobadas	3,65	3,37	0,005
A20 Conoces el trabajo de la enfermería extrahospitalaria	3,35	2,78	0,000
A21 Conoces el papel de la enfermera en emergencias extrahospitalarias	3,25	2,99	0,000



Gráfica 20 Perfil del conocimiento de las competencias entre los que han efectuado el postgrado y no

5.2-VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE CUIDAR

COMPETENCIA "CUIDAR" NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
B22 Establecer relación con el paciente con empatía y confianza	3,38	3,10	0,016
B23 Ha de ser capaz de orientar la actuación en función de los síntomas	3,40	3,29	
B24 Actuar de manera ética	3,42	3,35	
B25 Informar al paciente de forma clara dando soporte emocional	3,30	3,10	
B26 Preservar la intimidad y confidencialidad del paciente	3,02	2,35	0,016

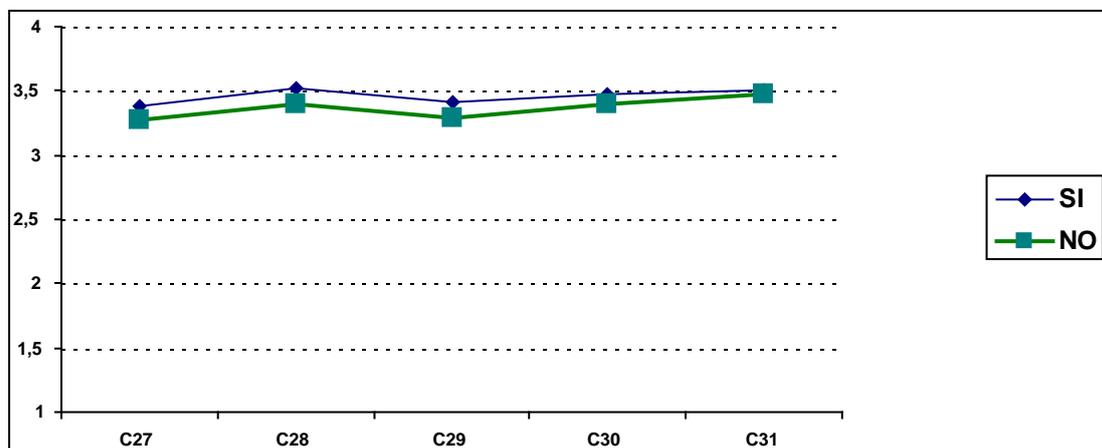


Gráfica 21 Perfil del dominio de la competencia cuidar entre los que han efectuado el postgrado y no

El personal que no ha realizado el postgrado refiere dominar menos poder establecer relación con el paciente y preservar la intimidad de este en el ámbito de la prehospitalaria.

5.3- VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

COMPETENCIA “PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES” NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
C27 Identificar de forma precoz signos y síntomas de agravamiento del paciente	3,38	3,28	
C28 Conocer las técnicas y procedimientos de atención al paciente. crítico	3,52	3,39	
C29 Identificar y prevenir posibles complicaciones	3,42	3,29	
C30 Actuar en consecuencia en las complicaciones que se presenten	3,47	3,39	
C31 Saber priorizar actuaciones ante situaciones de emergencia	3,50	3,48	

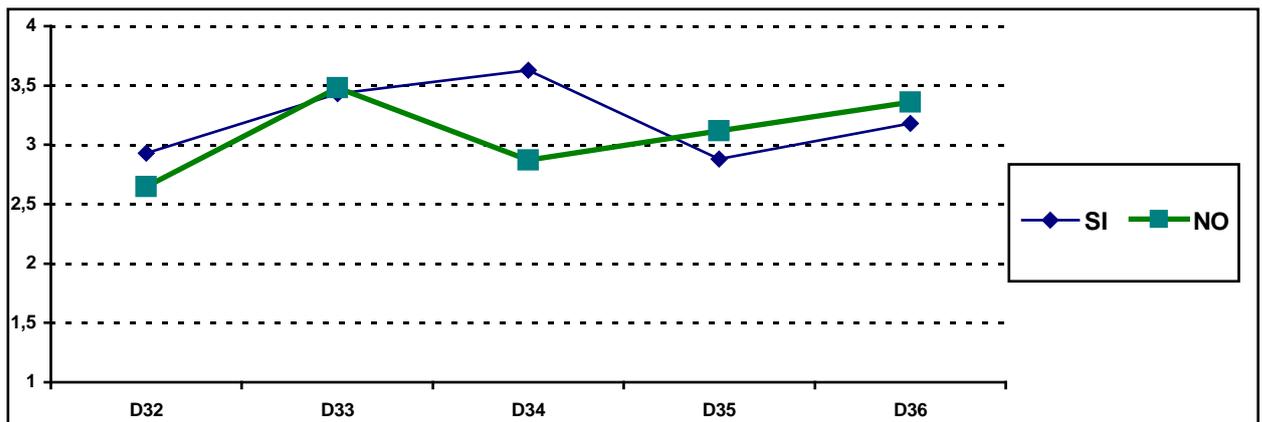


Gráfica 22 Perfil del dominio de la competencia prevención de complicaciones entre los que han efectuado el postgrado y los que no

En la competencia de Prevención de Complicaciones, coinciden en el nivel de dominio los dos grupos de profesionales independientemente si han realizado o no el postgrado.

5.4- VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE APLICAR PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS

COMPETENCIA “APLICAR PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS” NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
D32 Información del proceso patológico al paciente y familia	2,93	2,65	0,019
D33 Conocer el uso del material específico de emergencias	3,43	3,48	
D34 Verificar la información dada al paciente	3,63	2,87	
D35 Registro de las acciones realizadas en el informe asistencial	2,88	3,12	0,048
D36 Tiene que coordinar e integrarse en el equipo multidisciplinar	3,18	3,36	

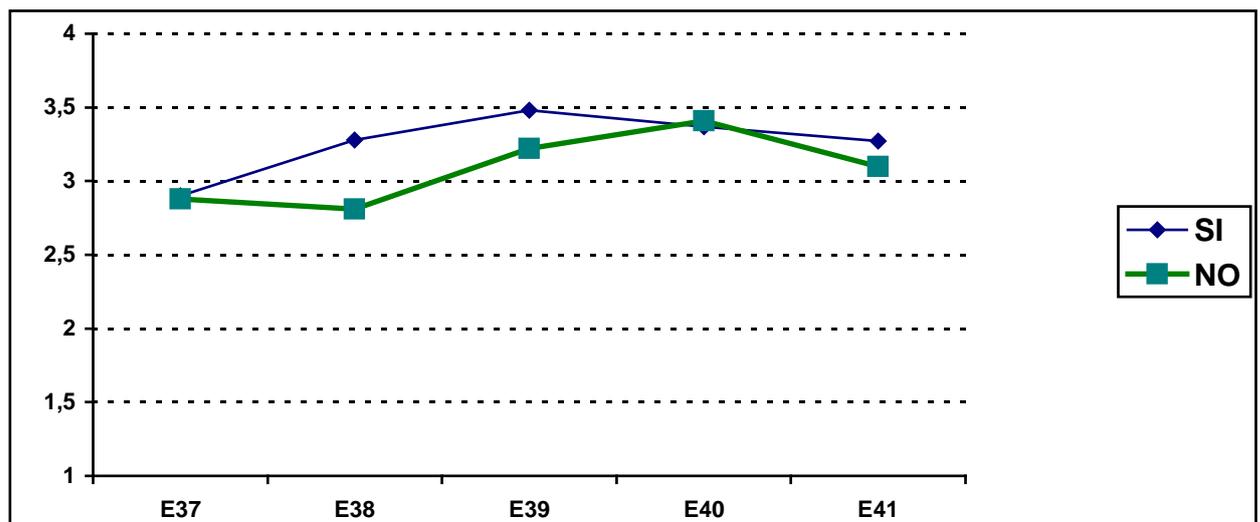


Gráfica 23 Perfil del dominio de la competencia aplicar procedimientos y protocolos entre los que han efectuado el postgrado y los que no

En general el nivel de dominio de proporcionar información del proceso patológico al paciente y familia está en un nivel inferior, pero es más significativo en el profesional que no ha realizado el postgrado. Por otro lado el profesional que no ha realizado el postgrado cree dominar mejor el registro de las acciones realizadas al paciente en prehospitalaria a pesar de desconocer como se registran las acciones en la prehospitalaria.

5.5- VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU PROCESO

COMPETENCIA “GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU PROCESO” NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
E37 Abordar adecuadamente las respuestas emocionales del paciente	2,90	2,88	
E38 Especial cuidado con pacientes de difícil comprensión/comunicación	3,28	2,81	0,000
E39 Evaluar periódicamente el estado del paciente	3,48	3,22	0,009
E40 Correcta aplicación de la priorización ante múltiples pacientes	3,37	3,41	
E41 Evaluar estado del paciente y argumentar acciones terapéuticas	3,27	3,10	

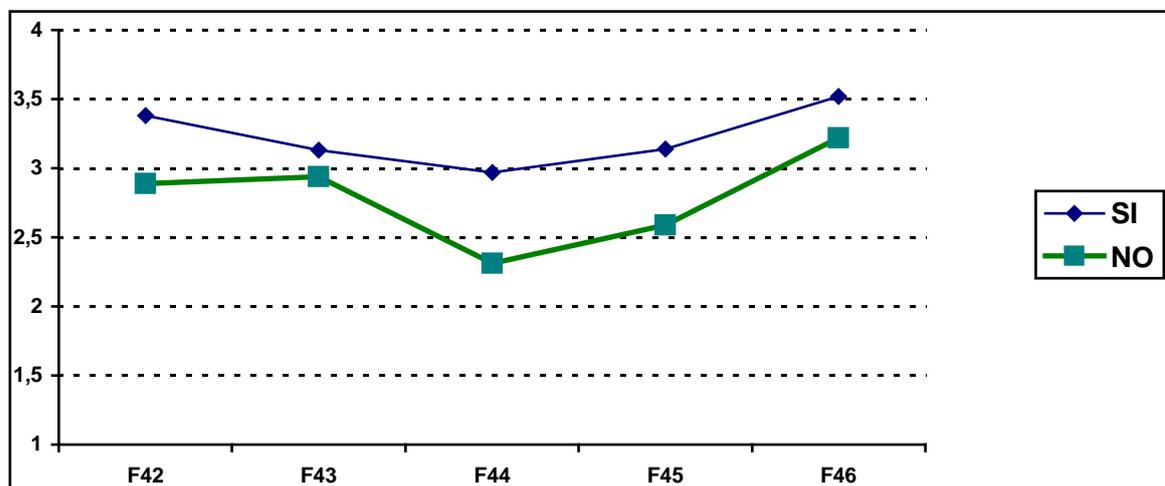


Gráfica 24 Perfil del dominio de la competencia de garantizar la seguridad del paciente en su proceso entre los que han efectuado el postgrado y los que no

Se observa una diferencia significativa en el dominio de la subcompetencia de tener especial cuidado con pacientes de difícil comprensión/comunicación. En el profesional que no ha realizado el postgrado manifiesta un dominio inferior de esta subcompetencia. Por otro lado el personal que ha realizado el postgrado refiere tener más dominio en la evaluación periódica del estado del paciente.

5.6- VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE MANTENIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

COMPETENCIA “MANTENIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES” NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
F42 Evaluar los propios conocimientos, aptitudes y habilidades	3,38	2,89	0,000
F43 utilizar los recursos existentes para el aprendizaje	3,13	2,94	
F44 Desarrollar trabajos de investigación	2,97	2,31	0,000
F45 Evaluar críticamente los métodos de trabajo	3,14	2,59	0,000
F46 Actitud abierta a la formación continuada	3,52	3,22	0,014

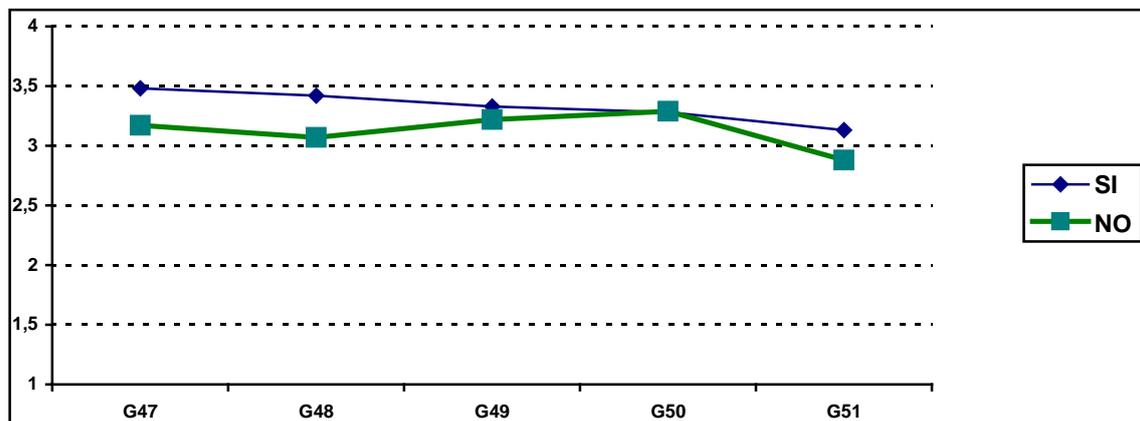


Gráfica 25 Perfil del dominio de la competencia de mantenimiento de las competencias profesionales entre los que han efectuado el postgrado y los que no

Vemos reflejado en esta gráfica una diferencia significativa a nivel del dominio del mantenimiento de las competencias profesionales resaltando la subcompetencia desarrollo de trabajos investigación.

5.7- VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE

COMPETENCIA “TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE” NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
G47 Integrarse en el equipo de trabajo	3,48	3,17	0,001
G48 Reconocer las propias limitaciones	3,42	3,07	0,001
G49 Saber delegar tareas al personal subalterno	3,33	3,22	
G50 Coordinar la distribución de tareas y asumir responsabilidades	3,28	3,29	
G51 Fomentar la docencia	3,13	2,88	

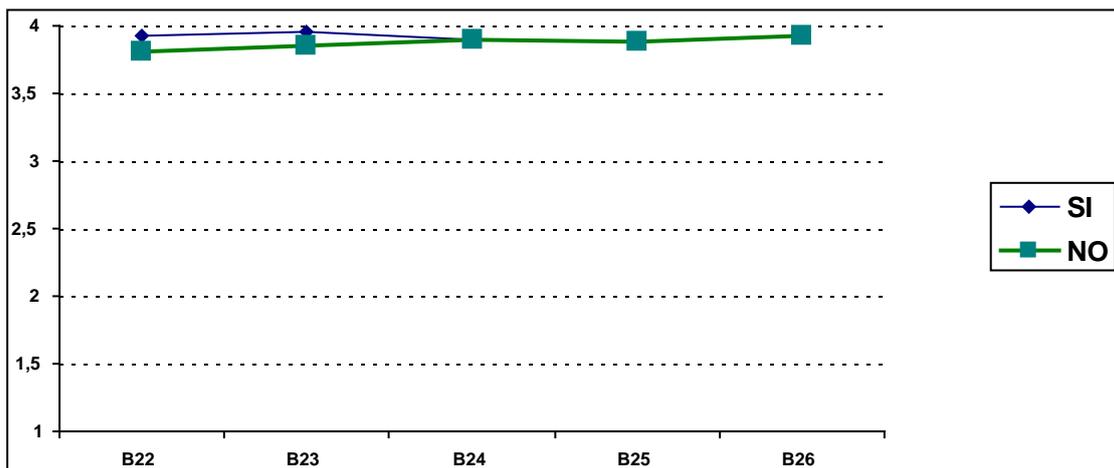


Gráfica 26 Perfil del dominio de la competencia de trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante entre los que han efectuado el postgrado y los que no

Observamos que los profesionales que no han realizado el postgrado dominan menos el trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante, aunque coinciden en la importancia de la distribución de tareas i en asumir responsabilidades

5.8-VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE CUIDAR

COMPETENCIA "CUIDAR" NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
B22 Establecer relación con el paciente con empatía y confianza	3,93	3,81	
B23 Ha de ser capaz de orientar la actuación en función de los síntomas	3,95	3,86	
B24 Actuar de manera ética	3,90	3,90	
B25 Informar al paciente de forma clara dando soporte emocional	3,88	3,88	
B26 Preservar la intimidad y confidencialidad del paciente	3,92	3,93	

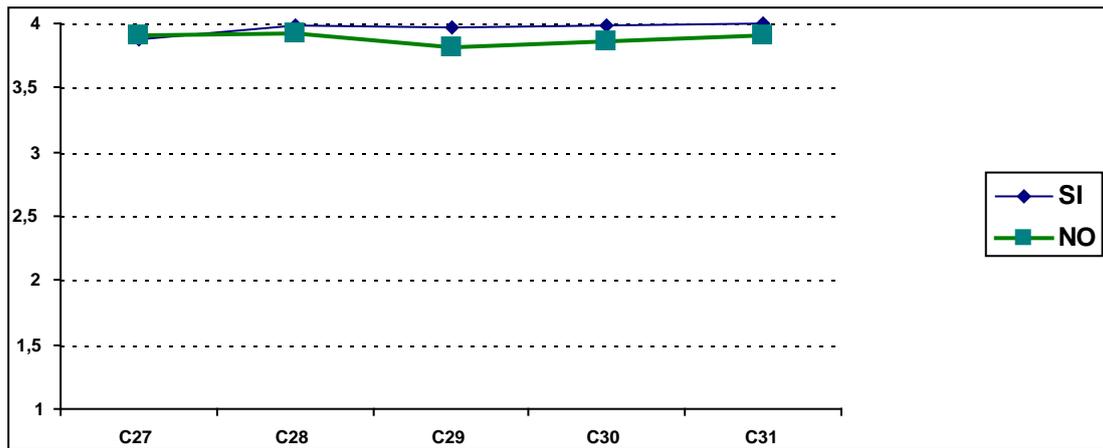


Gráfica 27 Perfil de la importancia de la competencia cuidar entre los que han efectuado el postgrado y los que no

A nivel de importancia en la competencia cuidar no se refleja ninguna diferencia significativa entre los profesionales que han realizado el postgrado y los que no.

5.9-VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

COMPETENCIA “PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES” NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
C27 Identificar de forma precoz signos y síntomas de agravamiento del paciente	3,87	3,90	
C28 Conocer las técnicas y procedimientos de atención al paciente. crítico	3,98	3,93	
C29 Identificar y prevenir posibles complicaciones	3,97	3,81	0,006
C30 Actuar en consecuencia en las complicaciones que se presenten	3,98	3,86	0,009
C31 Saber priorizar actuaciones ante situaciones de emergencia	4,00	3,90	0,046

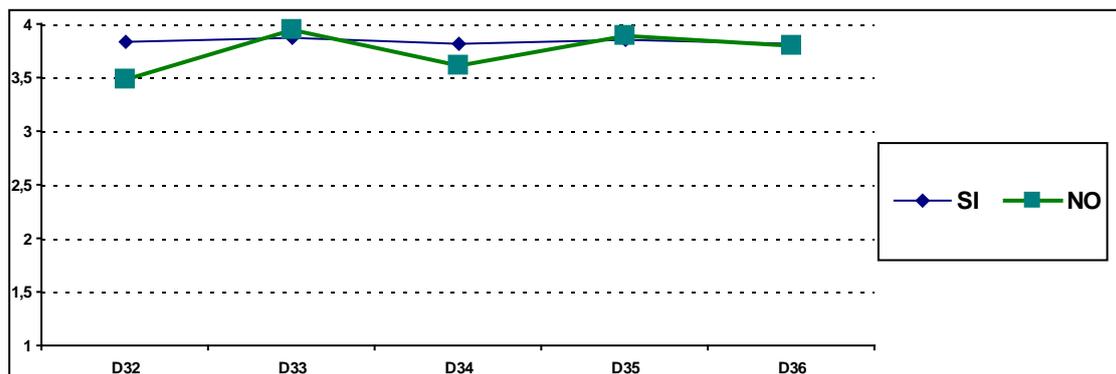


Gráfica 28 Perfil de la importancia de la competencia prevención de complicaciones entre los que han efectuado el postgrado y los que no

Los dos grupos de profesionales consideran que las subcompetencias descritas son de gran importancia a la hora de definir la competencia de prevención de complicaciones.

5.10-VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE APLICAR PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS

COMPETENCIA “APLICAR PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS” NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
D32 Información del proceso patológico al paciente y familia	3,83	3,49	0,003
D33 Conocer el uso del material específico de emergencias	3,87	3,94	
D34 Verificar la información dada al paciente	3,82	3,62	0,030
D35 Registro de las acciones realizadas en el informe asistencial	3,85	3,88	
D36 Tiene que coordinar e integrarse en el equipo multidisciplinar	3,82	3,80	

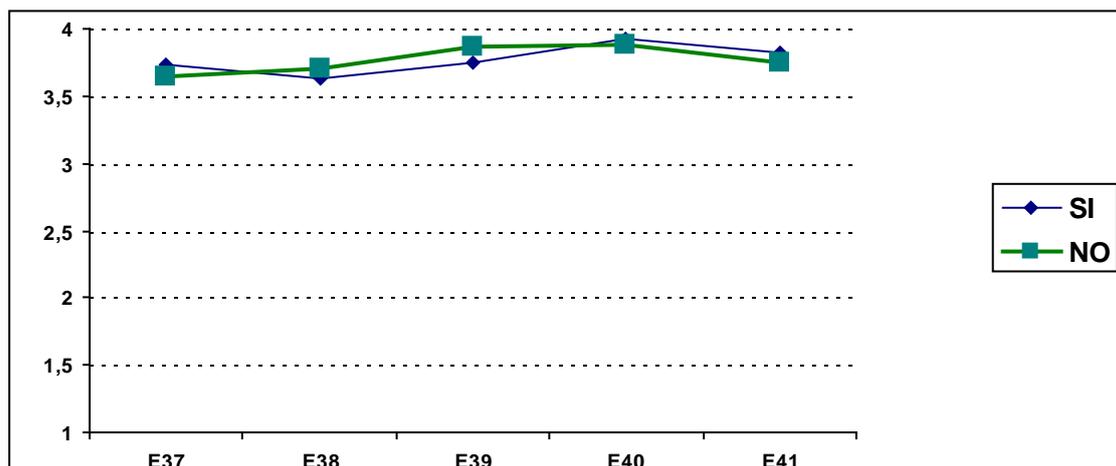


Gráfica 29 Perfil de la importancia de la competencia aplicar procedimientos y protocolos entre los que han efectuado el postgrado y los que no

En los dos grupos de profesionales se aprecia el nivel de importancia en la competencia de aplicar procedimientos y protocolos.

5.11-VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU PROCESO

COMPETENCIA “GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU PROCESO” NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
E37 Abordar adecuadamente las respuestas emocionales del paciente	3,73	3,65	
E38 Especial cuidado con pacientes de difícil comprensión/comunicación	3,63	3,70	
E39 Evaluar periódicamente el estado del paciente	3,75	3,87	
E40 Correcta aplicación de la priorización ante múltiples pacientes	3,93	3,88	
E41 Evaluar estado del paciente y argumentar acciones terapéuticas	3,83	3,75	

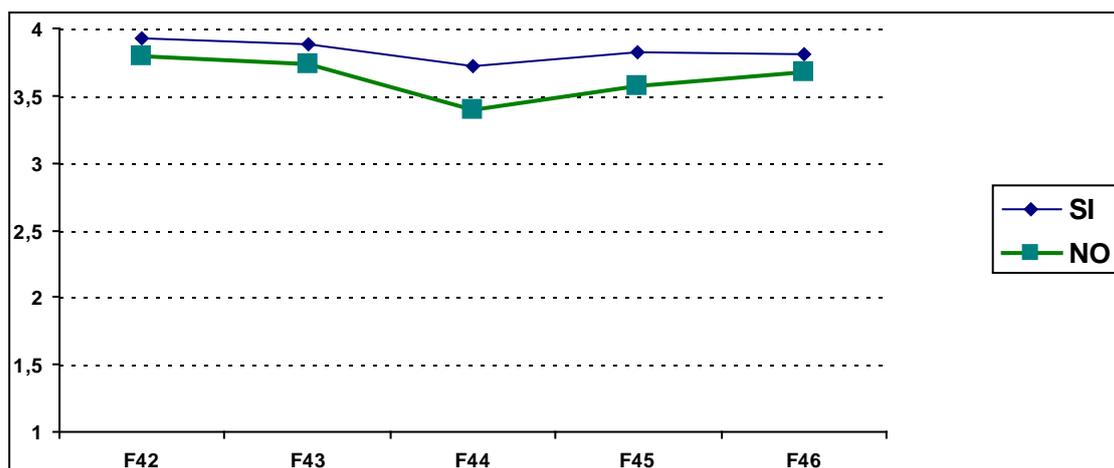


Gráfica 30 Perfil de la importancia de la competencia garantizar la seguridad del paciente en su proceso entre los que han efectuado el postgrado y los que no

No se aprecian diferencias significativas a nivel de importancia que se le otorga a la competencia de garantizar la seguridad del paciente en los dos grupos de profesionales.

5.12 VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE
 MANTENIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

COMPETENCIA “MANTENIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES” NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
F42 Evaluar los propios conocimientos, aptitudes y habilidades	3,92	3,80	
F43 utilizar los recursos existentes para el aprendizaje	3,88	3,74	
F44 Desarrollar trabajos de investigación	3,72	3,39	0,003
F45 Evaluar críticamente los métodos de trabajo	3,82	3,57	0,005
F46 Actitud abierta a la formación continuada	3,81	3,68	

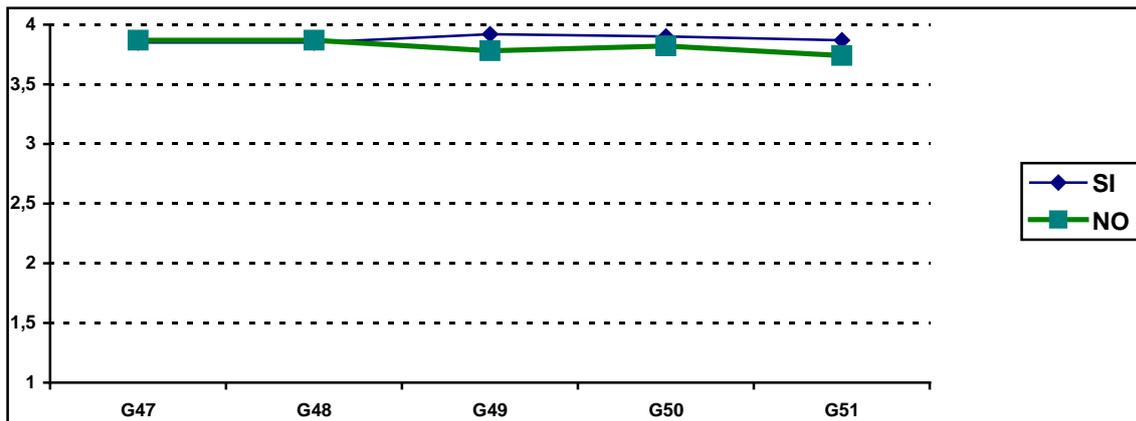


Gráfica 31 Perfil de la importancia de la competencia del mantenimiento de las competencias profesionales entre los que han efectuado el postgrado y los que no

Vemos reflejado en la gráfica un gran nivel de importancia que dan los dos grupos profesionales en relación al mantenimiento de las competencias, siendo significativas las subcompetencias de desarrollar trabajos de investigación y la de evaluar críticamente los métodos de trabajo siendo menos importantes para los profesionales que no realizan el postgrado.

5.13 VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE

COMPETENCIA “TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE” NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
G47 Integrarse en el equipo de trabajo	3,85	3,87	
G48 Reconocer las propias limitaciones	3,85	3,87	
G49 Saber delegar tareas al personal subalterno	3,92	3,78	
G50 Coordinar la distribución de tareas y asumir responsabilidades	3,90	3,82	
G51 Fomentar la docencia	3,87	3,74	



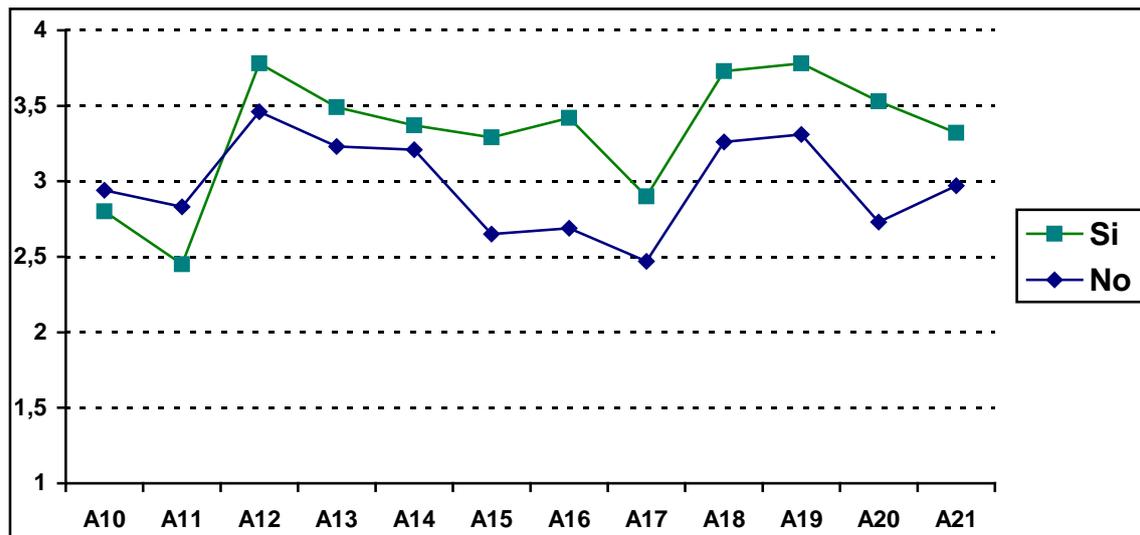
Gráfica 32 Perfil de la importancia de la competencia trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante entre los que han efectuado el postgrado y los que no

No se observan diferencias significativas a nivel de importancia en la competencia de trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante.

6...ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERIA EXTRAHOSPITALARIA Y DE LAS COMPETENCIAS EN FUNCION DE HABER TRABAJADO EN EXTRAHOSPITALARIA

6.1-VARIABLE DEL CONOCIMIENTO DEL TRABAJO DE LA ENFERMERIA EXTRAHOSPITALARIA

CONOCIMIENTO DEL TRABAJO DE LA ENFERMERIA EN EXTRAHOSPITALARIA	Si	No	Sign.
A10 Crees que la enfermería lleva identificación adecuada y conocida	2,80	2,94	
A11 El informe asistencial es adecuado para reflejar tu trabajo	2,45	2,83	0,002
A12 Esta capacitada para reconocer e interpretar los signos cambiantes de salud/mala salud de las personas	3,78	3,46	0,001
A13 Es adecuada la asistencia que proporciona la enfermería extrahospitalaria al paciente respecto a su patología	3,49	3,23	0,005
A14 Proporciona al paciente los cuidados suficientes y satisface necesidades de salud	3,37	3,21	
A15 Responde a la necesidad de la población demandante	3,29	2,65	0,000
A16 Esta suficientemente preparada para asumir la toma de decisiones clínicas y ponerlas en practica	3,42	2,69	0,000
A17 Conoces las competencias de la enfermería extrahospitalaria	2,90	2,47	0,001
A18 Crees que es necesario describirlas	3,73	3,26	0,000
A19 Crees que mejoraría la calidad asistencial con la competencias definidas y aprobadas	3,78	3,31	0,000
A20 Conoces el trabajo de la enfermería extrahospitalaria	3,53	2,73	0,000
A21 Conoces el papel de la enfermera en emergencias extrahospitalarias	3,32	2,97	0,000

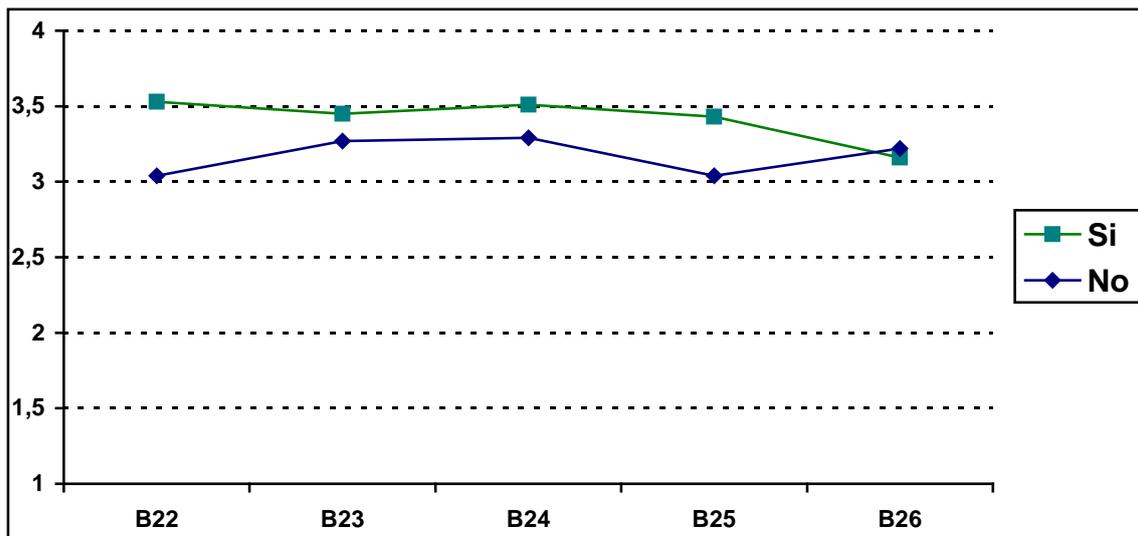


Gráfica 33 Perfil de conocimiento del trabajo de la enfermería extrahospitalaria entre los que han trabajado en prehospitalaria y los que no

Dentro del conocimiento de las competencias vemos que hay una diferencia significativa en muchas de las subcompetencias entre profesionales que han trabajado en prehospitalaria y los que no.

6.2-VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE CUIDAR

COMPETENCIA "CUIDAR" NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
B22 Establecer relación con el paciente con empatía y confianza	3,53	3,04	0,000
B23 Ha de ser capaz de orientar la actuación en función de los síntomas	3,45	3,27	
B24 Actuar de manera ética	3,51	3,29	0,033
B25 Informar al paciente de forma clara dando soporte emocional	3,43	3,04	0,004
B26 Preservar la intimidad y confidencialidad del paciente	3,16	3,22	

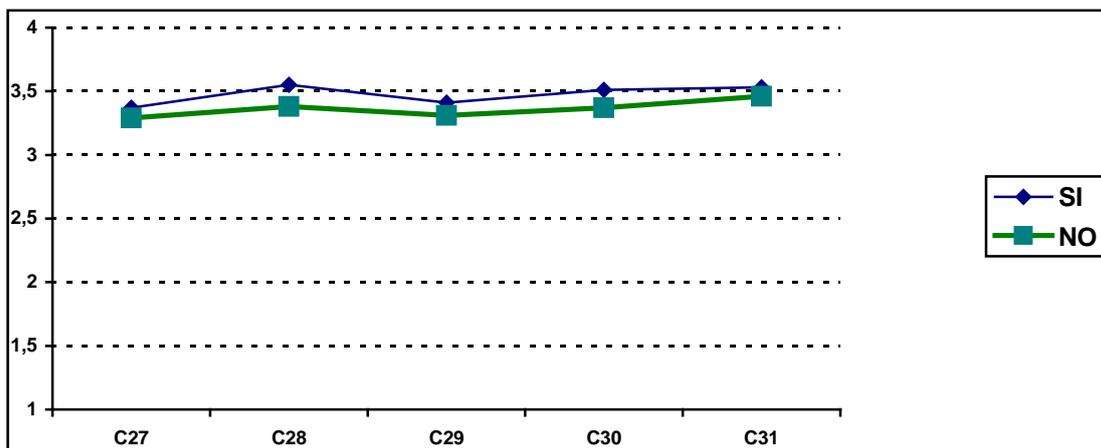


Gráfica 34 Perfil del dominio de la competencia cuidar entre los que han trabajado en prehospitalaria y los que no

Sobre el dominio en la competencia cuidar destaca que existe una mayor interrelación con el paciente a la hora de informar, dar soporte emocional y actuar de forma ética a en profesionales que han trabajado en prehospitalaria.

6.3- VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

COMPETENCIA “PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES” NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
C27 Identificar de forma precoz signos y síntomas de agravamiento del paciente	3,37	3,29	
C28 Conocer las técnicas y procedimientos de atención al paciente. crítico	3,55	3,38	
C29 Identificar y prevenir posibles complicaciones	3,41	3,31	
C30 Actuar en consecuencia en las complicaciones que se presenten	3,51	3,37	
C31 Saber priorizar actuaciones ante situaciones de emergencia	3,53	3,46	

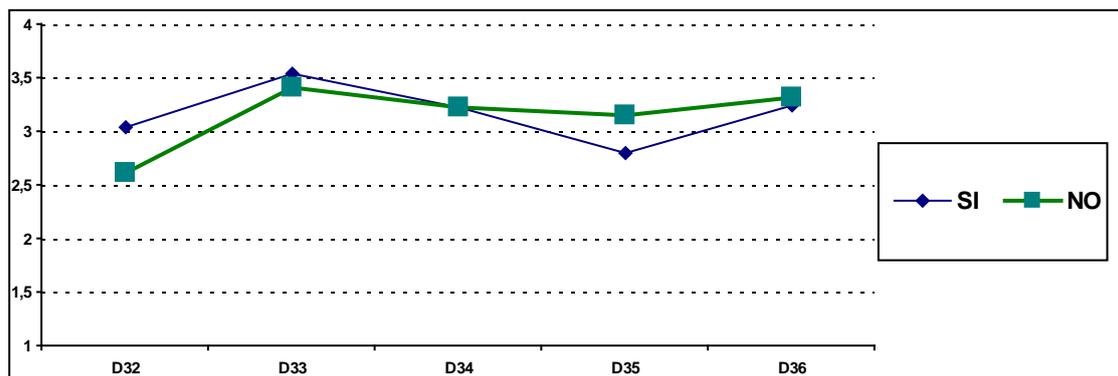


Gráfica 35 Perfil del dominio de la competencia prevención de complicaciones entre los que han trabajado en prehospitalaria y los que no

En el dominio de la competencia de prevención de complicaciones no hay evidencias significativas entre los dos grupos de profesionales.

6.4- VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE APLICAR PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS

COMPETENCIA “APLICAR PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS” NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
D32 Información del proceso patológico al paciente y familia	3,04	2,62	0,000
D33 Conocer el uso del material específico de emergencias	3,53	3,41	
D34 Verificar la información dada al paciente	3,22	3,23	
D35 Registro de las acciones realizadas en el informe asistencial	2,80	3,14	0,005
D36 Tiene que coordinar e integrarse en el equipo multidisciplinar	3,24	3,31	

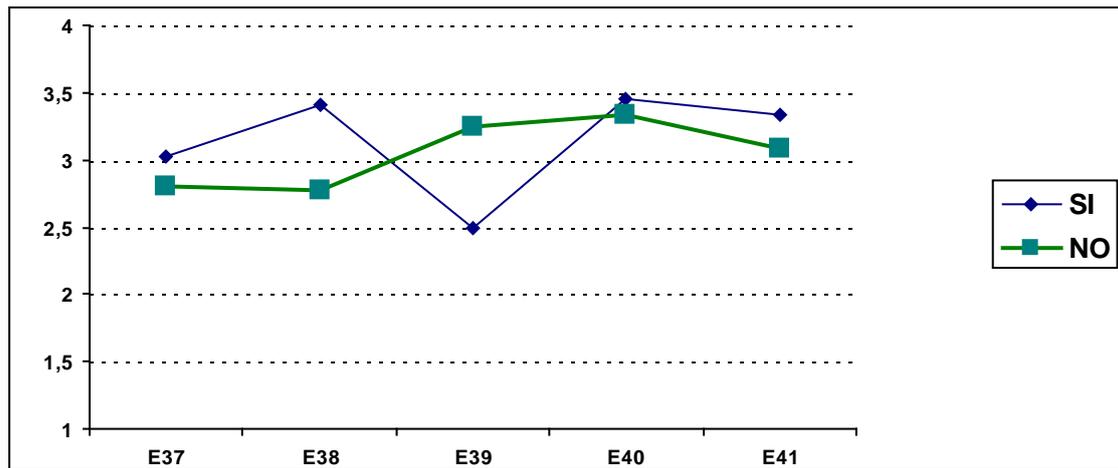


Gráfica 36 Perfil del dominio de la competencia aplicar procedimientos y protocolos entre los que han trabajado en prehospitalaria y los que no

Es significativo en el dominio sobre la competencia aplicar procedimientos y protocolos, que los profesionales que trabajan en la prehospitalaria asumen más el rol de informar al paciente y la familia del proceso patológico; por otro lado los profesionales que no han trabajado en prehospitalaria creen dominar más el registro de las acciones realizadas en el informe asistencial.

6.5- VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU PROCESO

COMPETENCIA “GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU PROCESO” NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
E37 Abordar adecuadamente las respuestas emocionales del paciente	3,02	2,81	
E38 Especial cuidado con pacientes de difícil comprensión/comunicación	3,41	2,78	0,000
E39 Evaluar periódicamente el estado del paciente	2,49	3,24	0,018
E40 Correcta aplicación de la priorización ante múltiples pacientes	3,45	3,33	
E41. Evaluar estado del paciente y argumentar acciones terapéuticas	3,33	3,08	0,026

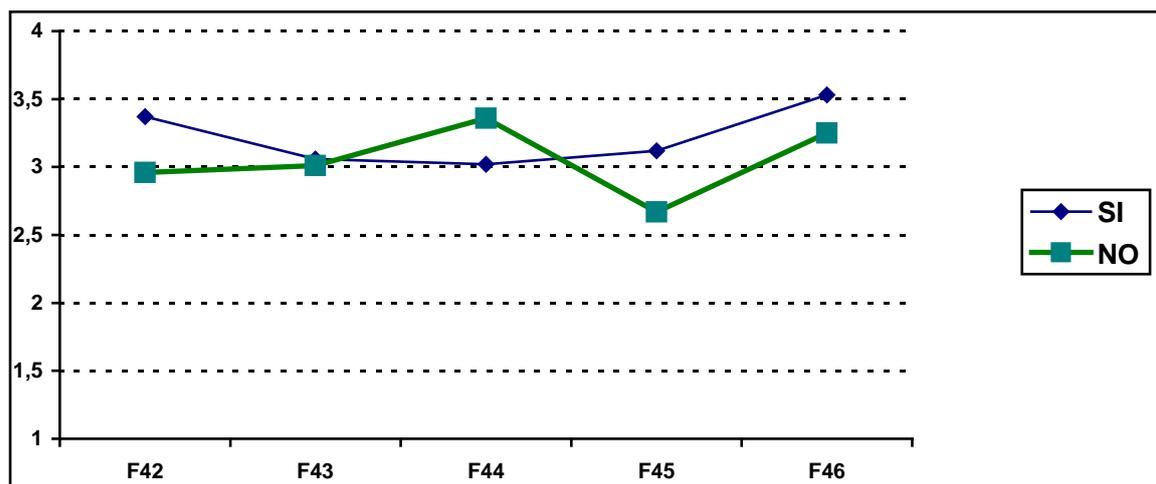


Gráfica 37 Perfil del dominio de la competencia garantizar la seguridad del paciente en su proceso entre los que han trabajado en prehospitalaria y los que no

Existen diferencias significativas sobre el dominio de la competencia garantizar la seguridad del paciente en su proceso entre los dos grupos de profesionales, siendo de mayor valoración por los profesionales que trabajan en prehospitalaria la evaluación del estado del paciente y las medidas terapéuticas que se realizan al igual que el tener un especial cuidado con pacientes de difícil comprensión/comunicación.

6.6- VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE MANTENIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

COMPETENCIA “MANTENIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES” NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
F42 Evaluar los propios conocimientos, aptitudes y habilidades	3,37	2,96	0,000
F43 utilizar los recursos existentes para el aprendizaje	3,06	3,01	
F44 Desarrollar trabajos de investigación	3,02	3,36	0,000
F45 Evaluar críticamente los métodos de trabajo	3,12	2,67	0,002
F46 Actitud abierta a la formación continuada	3,53	3,25	0,022

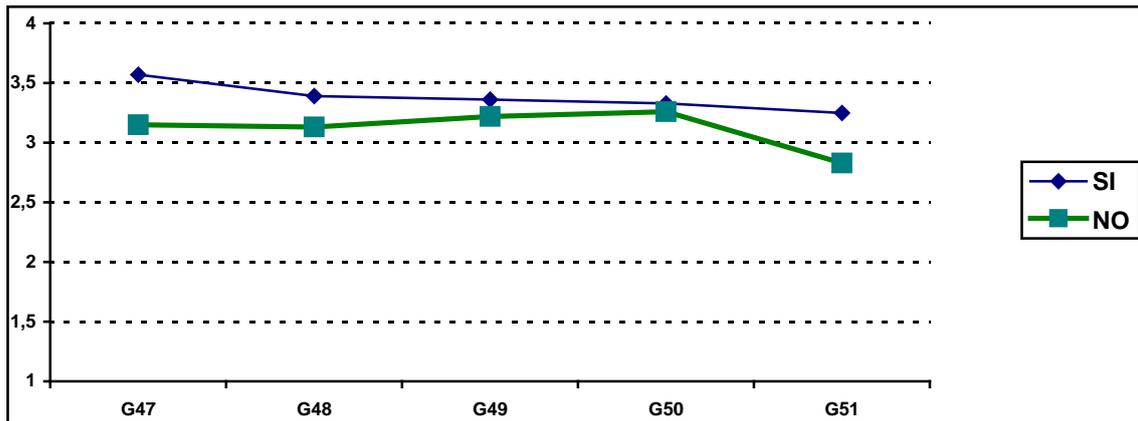


Gráfica 38 Perfil del dominio de la competencia mantenimiento de las competencias profesionales entre los que han trabajado en prehospitalaria y los que no

Importante la diferencia significativa en casi todas las subcompetencias del dominio sobre el mantenimiento de las competencias profesionales destacando que los profesionales que trabajan en prehospitalaria tienen una actitud abierta a la formación continuada y los profesionales que no trabajan en prehospitalaria los que valoran más el desarrollo de trabajos de investigación.

6.7- VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE

COMPETENCIA “TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE” NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
G47 Integrarse en el equipo de trabajo	3,57	3,15	0,000
G48 Reconocer las propias limitaciones	3,39	3,13	0,017
G49 Saber delegar tareas al personal subalterno	3,36	3,22	
G50 Coordinar la distribución de tareas y asumir responsabilidades	3,33	3,26	
G51 Fomentar la docencia	3,25	2,83	0,002

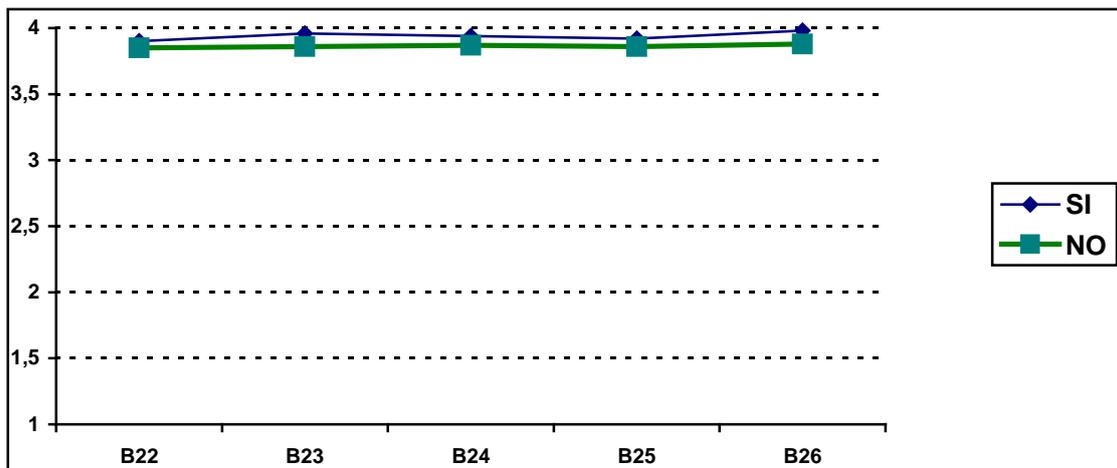


Gráfica 39 Perfil del dominio de la competencia trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante entre los que han trabajado en prehospitalaria y los que no

Vemos que los profesionales que trabajan en la prehospitalaria tienen un mayor dominio en la competencia de trabajar en equipo y adaptarse a situaciones cambiantes.

6.8-VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE CUIDAR

COMPETENCIA “CUIDAR” NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
B22 Establecer relación con el paciente con empatía y confianza	3,90	3,85	
B23 Ha de ser capaz de orientar la actuación en función de los síntomas	3,96	3,86	
B24 Actuar de manera ética	3,94	3,87	
B25 Informar al paciente de forma clara dando soporte emocional	3,92	3,86	
B26 Preservar la intimidad y confidencialidad del paciente	3,98	3,88	0,047

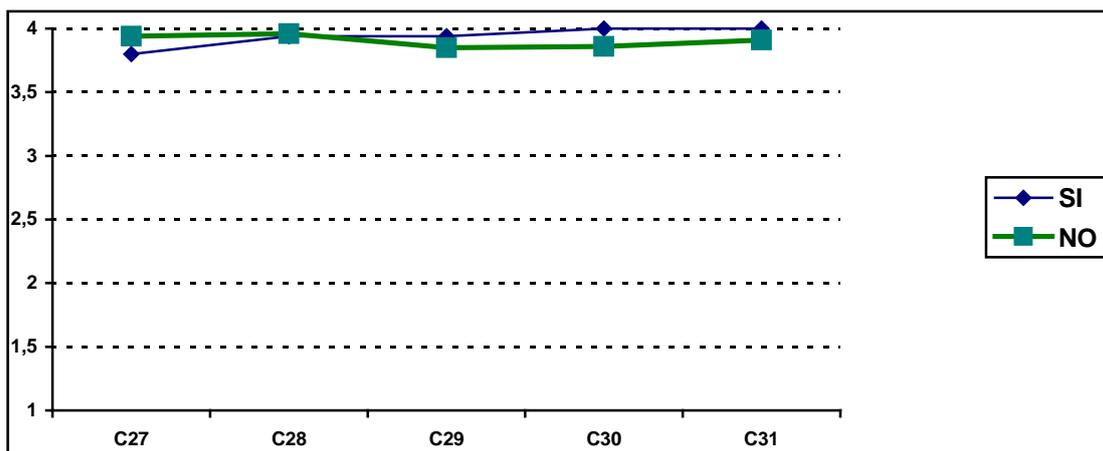


Gráfica 40 Perfil de la importancia de la competencia cuidar entre los que han trabajado en prehospitalaria y los que no

La importancia sobre la competencia cuidar es realmente muy valorado por ambos profesionales, la encontramos cerca del valor de máxima puntuación.

6.9-VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

COMPETENCIA “PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES” NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
C27 Identificar de forma precoz signos y síntomas de agravamiento del paciente	3,80	3,94	0,022
C28 Conocer las técnicas y procedimientos de atención al paciente. crítico	3,94	3,96	
C29 Identificar y prevenir posibles complicaciones	3,94	3,85	
C30 Actuar en consecuencia en las complicaciones que se presenten	4,00	3,86	0,005
C31 Saber priorizar actuaciones ante situaciones de emergencia	4,00	3,91	

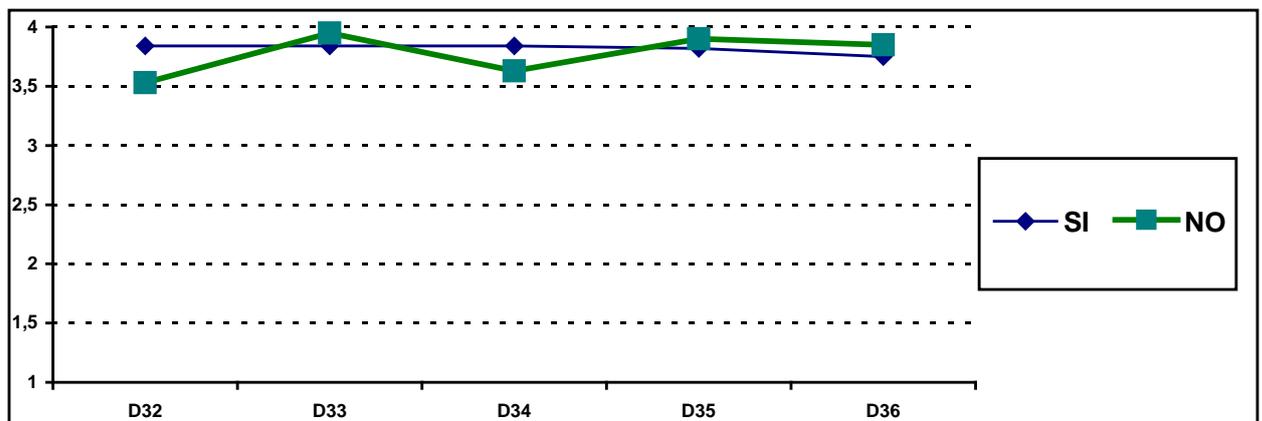


Gráfica 41 Perfil de la importancia de la competencia prevención de complicaciones entre los que han trabajado en prehospitalaria y los que no

Actuar en consecuencia en las complicaciones que se presentan resulta de mayor importancia para los profesionales de prehospitalaria e identificar de forma precoz signos y síntomas de agravamiento del paciente es de mayor importancia para aquellos profesionales que no han trabajado en prehospitalaria pero cabe resaltar que para ambos la competencia de prevención de complicaciones es altamente importante.

6.10-VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE APLICAR PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS

COMPETENCIA “APLICAR PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS” NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
D32 Información del proceso patológico al paciente y familia	3,84	3,53	0,007
D33 Conocer el uso del material específico de emergencias	3,84	3,95	0,044
D34 Verificar la información dada al paciente	3,84	3,63	0,024
D35 Registro de las acciones realizadas en el informe asistencial	3,82	3,90	
D36 Tiene que coordinar e integrarse en el equipo multidisciplinar	3,75	3,85	

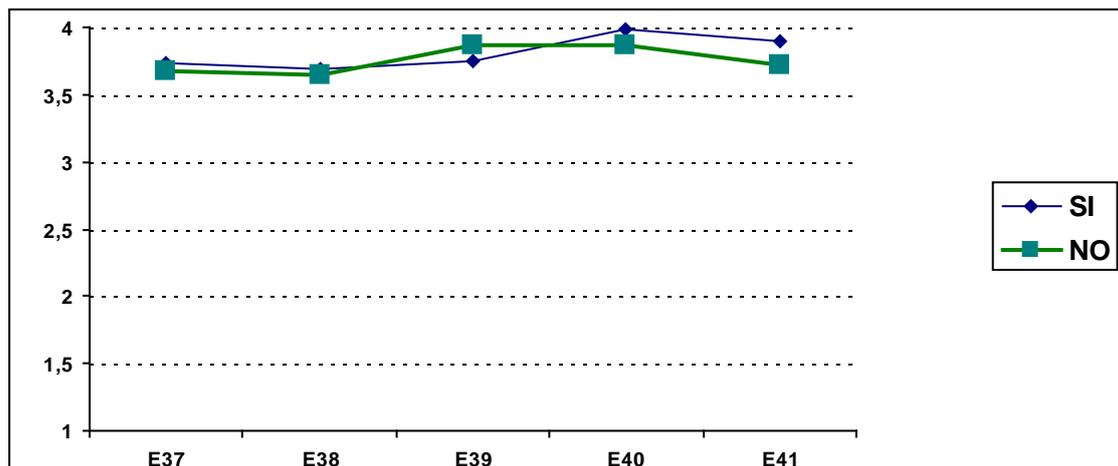


Gráfica 42 Perfil de la importancia de la competencia aplicar procedimientos y protocolos entre los que han trabajado en prehospitalaria y los que no

Se refleja una diferencia significativa en la importancia de la competencia de aplicar procedimientos y protocolos entre ambos grupos, destacamos que profesionales que han trabajado en prehospitalaria el hecho de informar del proceso patológico al paciente y familia y verificar la información al paciente es de mayor importancia para ellos. El conocimiento del uso del material específico de emergencias es de menor importancia para los profesionales que trabajan en prehospitalaria.

6.11-VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU PROCESO

COMPETENCIA “GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU PROCESO” NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
E37 Abordar adecuadamente las respuestas emocionales del paciente	3,73	3,67	
E38 Especial cuidado con pacientes de difícil comprensión/comunicación	3,69	3,65	
E39 Evaluar periódicamente el estado del paciente	3,75	3,86	
E40 Correcta aplicación de la priorización ante múltiples pacientes	3,98	3,86	0,020
E41. Evaluar estado del paciente y argumentar acciones terapéuticas	3,90	3,72	0,016

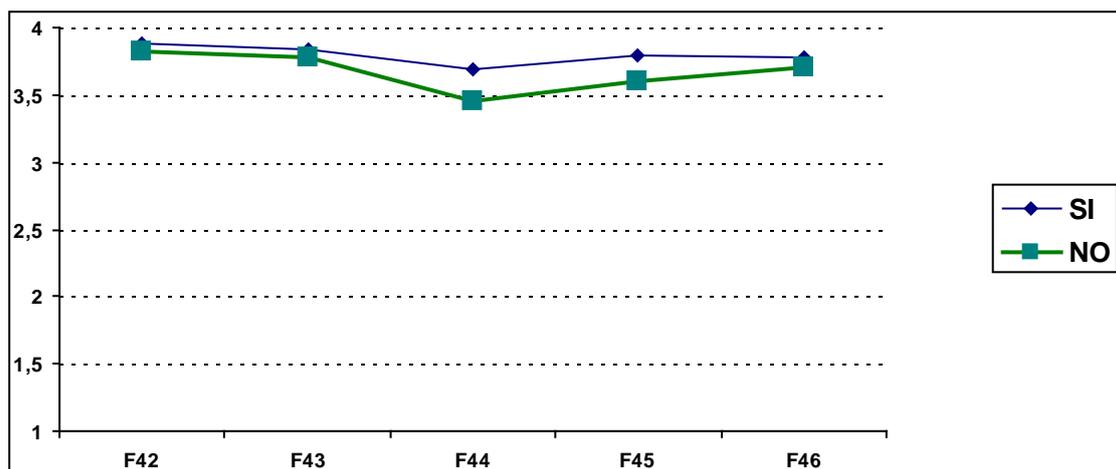


Gráfica 43 Perfil de la importancia de la competencia garantizar la seguridad del paciente en su proceso entre los que han trabajado en prehospitalaria y los que no

Resalta la importancia dada por los profesionales que trabajan en prehospitalaria en la evaluación del estado del paciente y argumentar las acciones terapéuticas que realiza, al igual que el saber priorizar ante múltiples pacientes.

6.12 VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE MATENIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

COMPETENCIA “MANTENIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES” NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
F42 Evaluar los propios conocimientos, aptitudes y habilidades	3,88	3,83	
F43 utilizar los recursos existentes para el aprendizaje	3,84	3,78	
F44 Desarrollar trabajos de investigación	3,69	3,45	0,038
F45 Evaluar críticamente los métodos de trabajo	3,80	3,60	0,029
F46 Actitud abierta a la formación continuada	3,78	3,71	

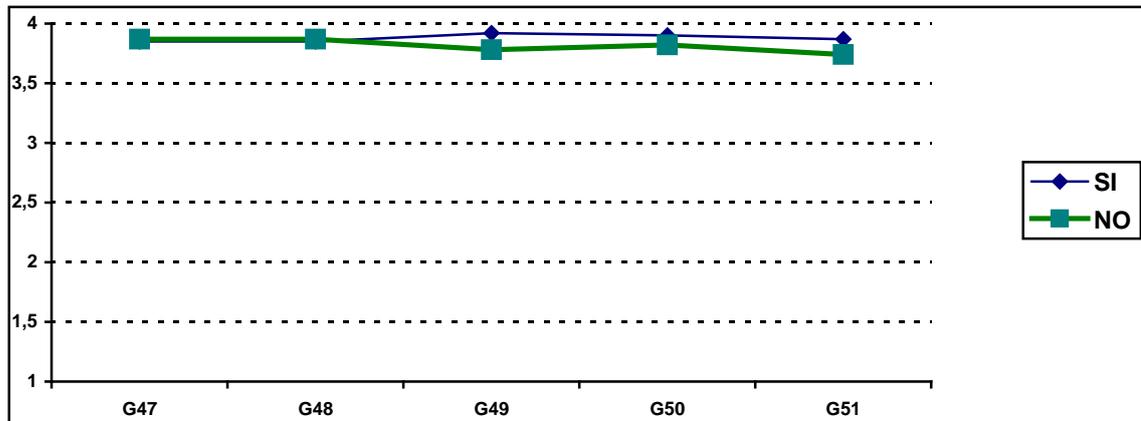


Gráfica 44 Perfil de la importancia de la competencia mantenimiento de las competencias profesionales entre los que han trabajado en prehospitalaria y los que no

En global y visualizando la gráfica podemos realizar la lectura de que la importancia dada a la competencia del mantenimiento de las competencias profesionales es bastante valorada por ambos grupos de profesionales.

6.13 VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE

COMPETENCIA “TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE” NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
G47 Integrarse en el equipo de trabajo	3,85	3,87	
G48 Reconocer las propias limitaciones	3,85	3,87	
G49 Saber delegar tareas al personal subalterno	3,92	3,78	
G50 Coordinar la distribución de tareas y asumir responsabilidades	3,90	3,82	
G51 Fomentar la docencia	3,87	3,74	



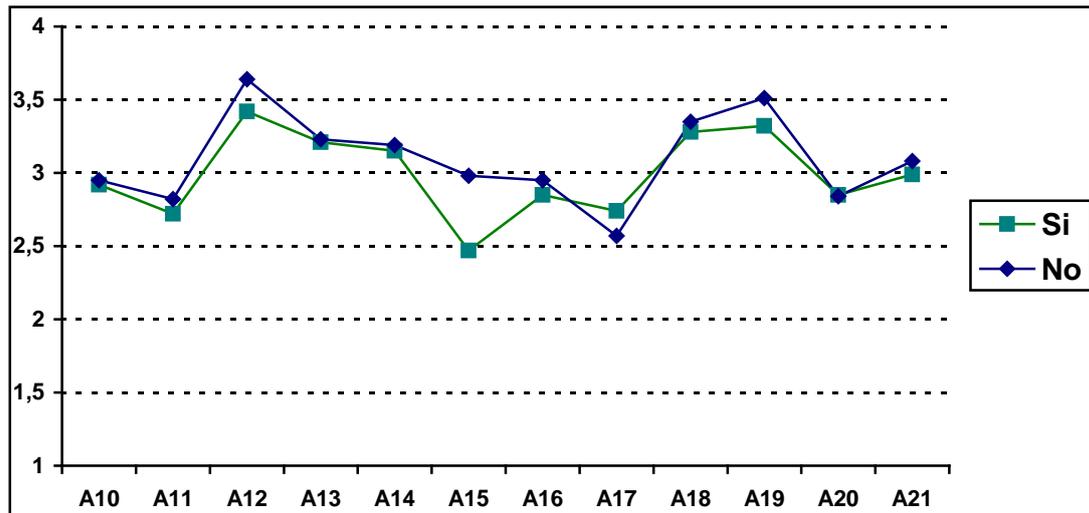
Gráfica 45 Perfil de la importancia de la competencia trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante entre los que han trabajado en prehospitalaria y los que no

Alta importancia a la competencia de trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante, ambos grupos la han valorado casi al máximo rango sin haber diferencias significativas entre ellos.

7...ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERIA EXTRAHOSPITALARIA Y DE LAS COMPETENCIAS EN FUNCION DE QUERER TRABAJAR EN EXTRAHOSPITALARIA

7.1-VARIABLE DEL CONOCIMIENTO DEL TRABAJO DE LA ENFERMERIA EXTRAHOSPITALARIA

CONOCIMIENTO COMPETENCIAS	Si	No	Sign.
A10 Crees que la enfermería lleva identificación adecuada y conocida	2,92	2,95	
A11 El informe asistencial es adecuado para reflejar tu trabajo	2,72	2,82	
A12 Esta capacitada para reconocer e interpretar los signos cambiantes de salud/mala salud de las personas	3,42	3,64	0,045
A13 Es adecuada la asistencia que proporciona la enfermería extrahospitalaria al paciente respecto a su patología	3,21	3,23	
A14 Proporciona al paciente los cuidados suficientes y satisface necesidades de salud	3,15	3,19	
A15 Responde a la necesidad de la población demandante	2,47	2,98	0,006
A16 esta suficientemente preparada para asumir la toma de decisiones clínicas y ponerlas en practica	2,85	2,95	
A17 Conoces las competencias de la enfermería extrahospitalaria	2,74	2,57	
A18 Crees que es necesario describirlas	3,28	3,35	
A19 Crees que mejoraría la calidad asistencial con la competencias definidas y aprobadas	3,32	3,51	
A20 Conoces el trabajo de la enfermería extrahospitalaria	2,85	2,84	
A21 Conoces el papel de la enfermera en emergencias extrahospitalarias	2,99	3,08	

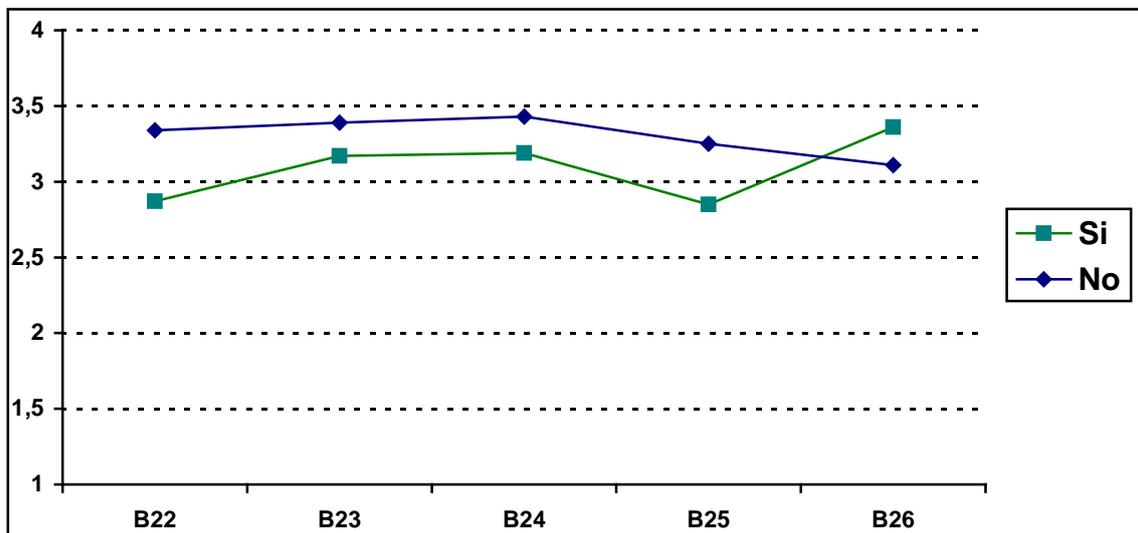


Gráfica 46 Perfil del conocimiento de las competencias en extrahospitalaria entre los que les gustaría trabajar en el SEM y los que no

En el conocimiento de las competencias hay diferencias significativas entre los dos grupos. Los profesionales que no les gustaría trabajar en el SEM refieren mayor conocimiento sobre la subcompetencia de estar capacitada para reconocer e interpretar los signos cambiantes de salud/mala salud de las personas al igual que tiene mayor conocimiento en la respuesta a la población demandante.

7.2-VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE CUIDAR

COMPETENCIA "CUIDAR" NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
B22 Establecer relación con el paciente con empatía y confianza	2,87	3,34	0,000
B23 Ha de ser capaz de orientar la actuación en función de los síntomas	3,17	3,39	
B24 Actuar de manera ética	3,19	3,43	0,027
B25 Informar al paciente de forma clara dando soporte emocional	2,85	3,25	0,010
B26 Preservar la intimidad y confidencialidad del paciente	3,36	3,11	

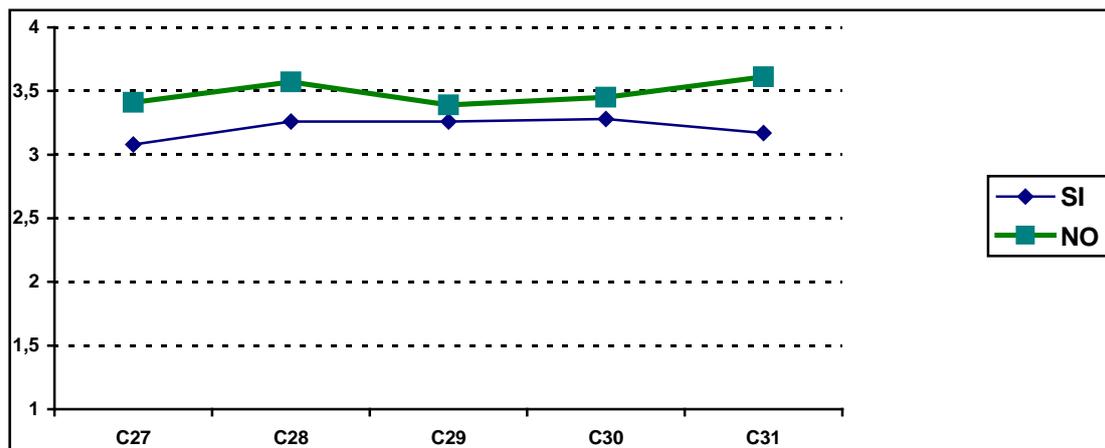


Gráfica 47 Perfil del dominio de la competencia cuidar entre los que les gustaría trabajar en el SEM y los que no

Cabe resaltar que los profesionales que no trabajarían en el SEM tienen un mayor dominio en la relación con el paciente y su cuidado.

7.3- VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

COMPETENCIA “PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES” NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
C27 Identificar de forma precoz signos y síntomas de agravamiento del paciente	3,08	3,41	0,008
C28 Conocer las técnicas y procedimientos de atención al paciente. crítico	3,26	3,57	0,011
C29 Identificar y prevenir posibles complicaciones	3,26	3,39	
C30 Actuar en consecuencia en las complicaciones que se presenten	3,28	3,45	
C31 Saber priorizar actuaciones ante situaciones de emergencia	3,17	3,61	0,001

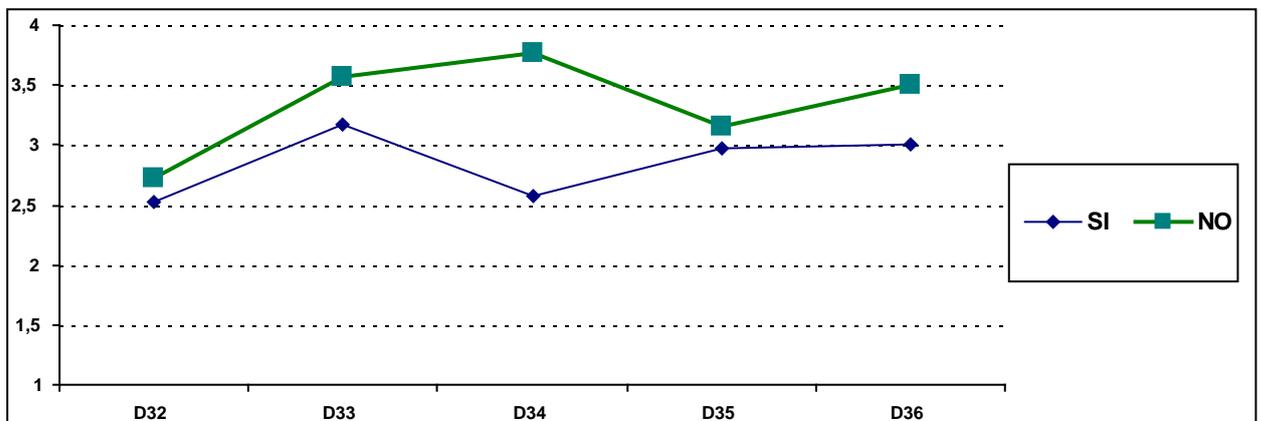


Gráfica 48 Perfil del dominio de la competencia prevención de complicaciones entre los que les gustaría trabajar en el SEM y los que no

Se refleja en la gráfica diferencias significativas entre ambos grupos en el dominio de casi todas las subcompetencias de la competencia prevenir complicaciones, siendo el profesional que no le gustaría trabajar en el SEM el que mayor dominio tiene.

7.4- VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE APLICAR PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS

COMPETENCIA “ APLICAR PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS” NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
D32 Información del proceso patológico al paciente y familia	2,53	2,73	
D33 Conocer el uso del material específico de emergencias	3,17	3,57	0,002
D34 Verificar la información dada al paciente	2,58	3,77	0,055
D35 Registro de las acciones realizadas en el informe asistencial	2,98	3,16	
D36 Tiene que coordinar e integrarse en el equipo multidisciplinar	3,00	3,50	0,000

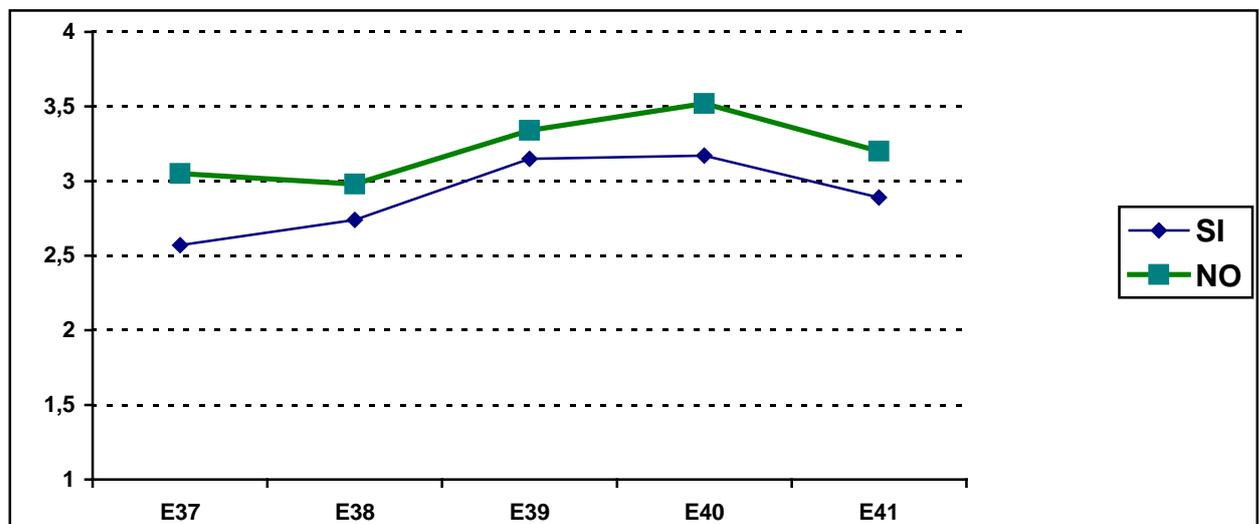


Gráfica 49 Perfil del dominio de la competencia aplicar conocimientos y protocolos entre los que les gustaría trabajar en el SEM y los que no

Mayor dominio y con diferencia significativa en la competencia de aplicar procedimientos y protocolos por parte de aquellos profesionales que no trabajarían en el SEM.

7.5- VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU PROCESO

COMPETENCIA “GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENT EN SU PROCESO” NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
E37 Abordar adecuadamente las respuestas emocionales del paciente	2,57	3,05	0,001
E38 Especial cuidado con pacientes de difícil comprensión/comunicación	2,74	2,98	
E39 Evaluar periódicamente el estado del paciente	3,15	3,34	
E40 Correcta aplicación de la priorización ante múltiples pacientes	3,17	3,52	0,001
E41. Evaluar estado del paciente y argumentar acciones terapéuticas	2,89	3,20	0,011

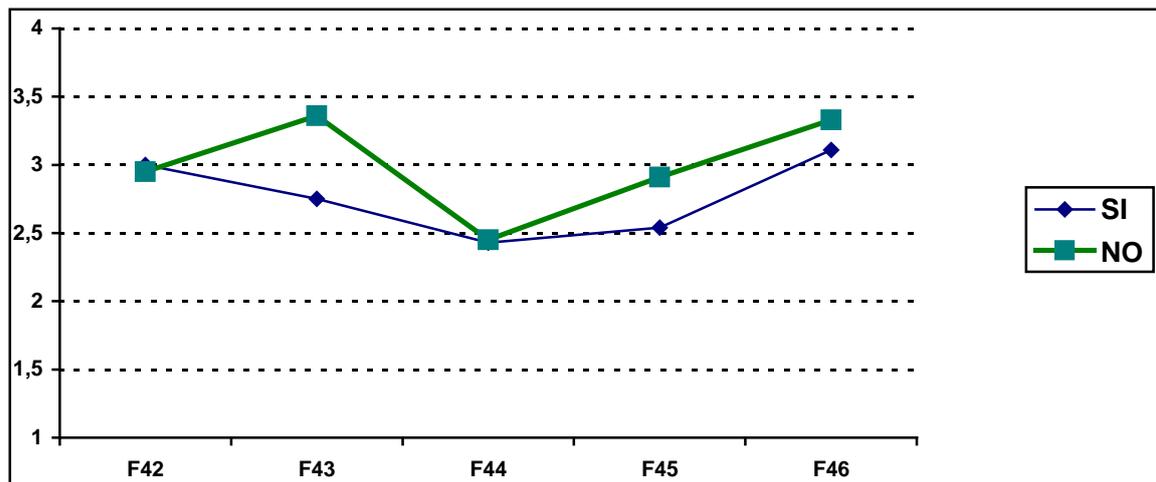


Gráfica 50 Perfil del dominio de la competencia garantizar la seguridad del paciente en su proceso entre los que les gustaría trabajar en el SEM y los que no

Dentro de la competencia garantizar la seguridad del paciente en su proceso, hay diferencias significativas sobre el dominio de las subcompetencias entre los dos grupos de profesionales, destacando aquellos profesionales que no les gustaría trabajar en el SEM.

7.6- VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE MANTENIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

COMPETENCIA “MANTENIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES” NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
F42 Evaluar los propios conocimientos, aptitudes y habilidades	3,00	2,95	
F43 utilizar los recursos existentes para el aprendizaje	2,75	3,36	0,000
F44 Desarrollar trabajos de investigación	2,43	2,45	
F45 Evaluar críticamente los métodos de trabajo	2,54	2,91	0,021
F46 Actitud abierta a la formación continuada	3,11	3,33	

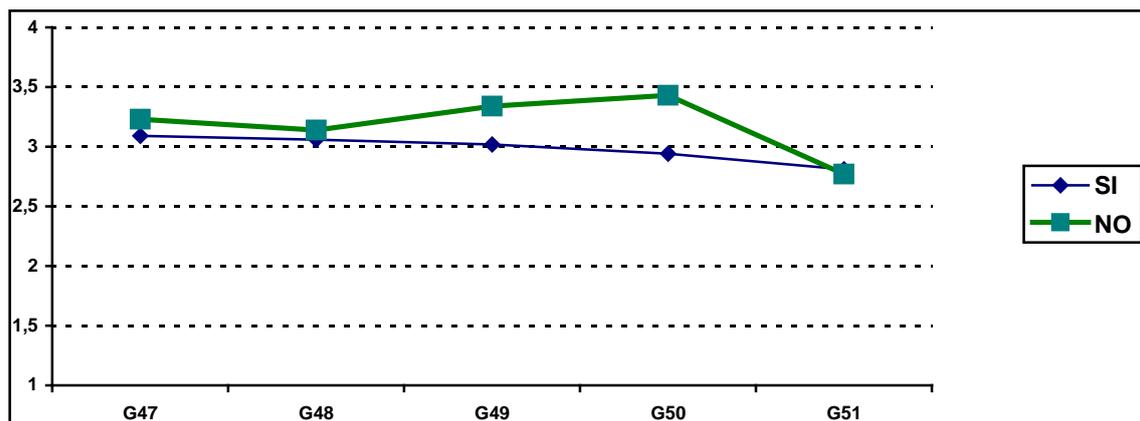


Gráfica 51 Perfil del dominio de la competencia de mantenimiento de las competencias profesionales entre los que les gustaría trabajar en el SEM y los que no

En el dominio sobre la competencia del mantenimiento de las competencias existe una tendencia a valores inferiores, destacando más el grupo de profesionales que trabajarían en el SEM habiendo diferencias significativas en algunas competencias entre ambos grupos.

7.7- VARIABLE DEL NIVEL DE **DOMINIO** EN LA COMPETENCIA DE TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE

COMPETENCIA “TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE” NIVEL DE DOMINIO	SI	NO	Sign.
G47 Integrarse en el equipo de trabajo	3,09	3,23	
G48 Reconocer las propias limitaciones	3,06	3,14	
G49 Saber delegar tareas al personal subalterno	3,02	3,34	0,011
G50 Coordinar la distribución de tareas y asumir responsabilidades	2,94	3,43	0,000
G51 Fomentar la docencia	2,81	2,77	

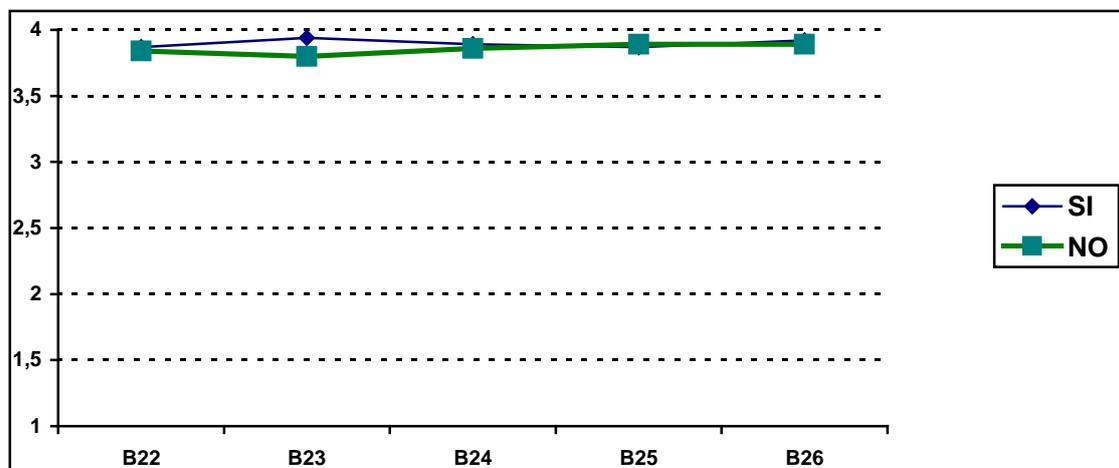


Gráfica 52 Perfil del dominio de la competencia de trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante entre los que les gustaría trabajar en el SEM y los que no

Existen pocas diferencias significativas de dominio en la competencia de trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante entre los dos grupos

7.8-VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE CUIDAR

COMPETENCIA "CUIDAR" NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
B22 Establecer relación con el paciente con empatía y confianza	3,87	3,84	
B23 Ha de ser capaz de orientar la actuación en función de los síntomas	3,94	3,80	0,028
B24 Actuar de manera ética	3,89	3,86	
B25 Informar al paciente de forma clara dando soporte emocional	3,87	3,89	
B26 Preservar la intimidad y confidencialidad del paciente	3,92	3,89	

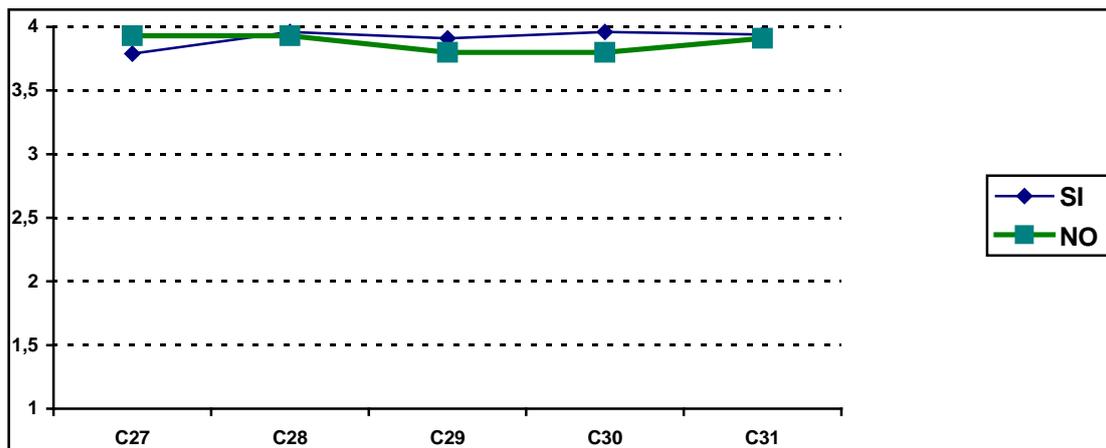


Gráfica 53 Perfil de la importancia de la competencia cuidar entre los que les gustaría trabajar en el SEM y los que no

No resalta gran diferencia entre ambos grupos sobre la valoración de la importancia dada a la competencia cuidar pero es evidente la gran valoración que dan los dos grupos a esta.

7.9-VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

COMPETENCIA “PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES” NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
C27 Identificar de forma precoz signos y síntomas de agravamiento del paciente	3,79	3,93	
C28 Conocer las técnicas y procedimientos de atención al paciente. crítico	3,96	3,93	
C29 Identificar y prevenir posibles complicaciones	3,91	3,80	
C30 Actuar en consecuencia en las complicaciones que se presenten	3,96	3,80	0,010
C31 Saber priorizar actuaciones ante situaciones de emergencia	3,94	3,91	

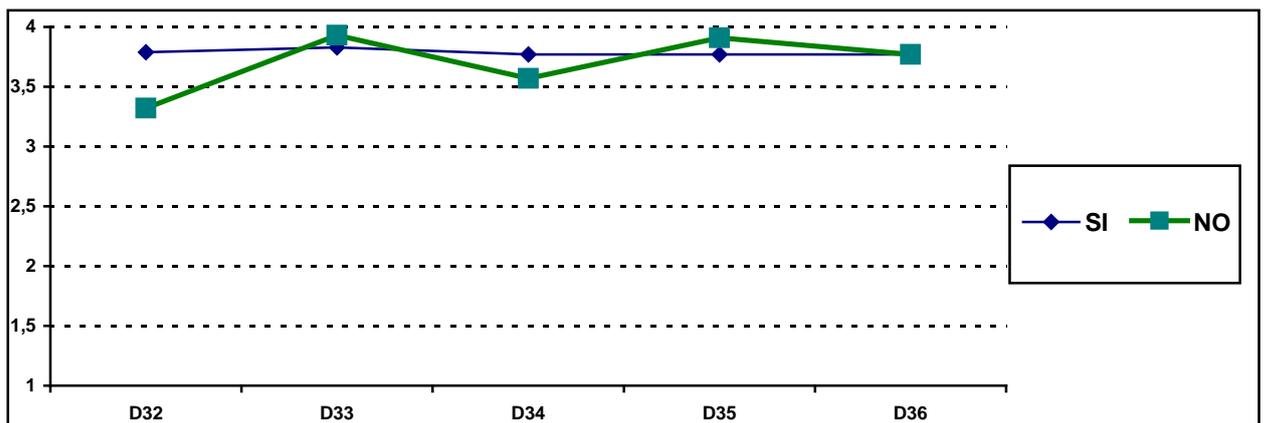


Gráfica 54 Perfil de la importancia de la competencia prevención de complicaciones entre los que les gustaría trabajar en el SEM y los que no

Está muy igualada la importancia de la competencia de prevención de complicaciones y además se puede observar la valoración tan alta llegando casi al máximo de los dos grupos de profesionales.

7.10-VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE APLICAR PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS

COMPETENCIA “APLICAR PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS” NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
D32 Información del proceso patológico al paciente y familia	3,79	3,32	0,001
D33 Conocer el uso del material específico de emergencias	3,83	3,93	
D34 Verificar la información dada al paciente	3,77	3,57	
D35 Registro de las acciones realizadas en el informe asistencial	3,77	3,91	
D36 Tiene que coordinar e integrarse en el equipo multidisciplinar	3,77	3,77	

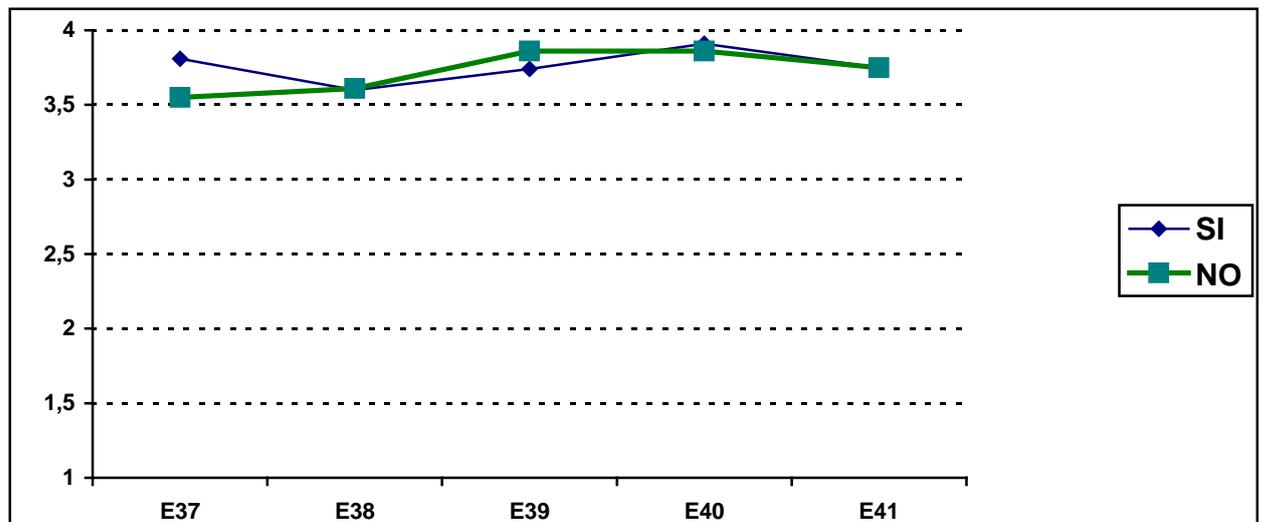


Gráfica 55 Perfil de la importancia de la competencia aplicar procedimientos y protocolos entre los que les gustaría trabajar en el SEM y los que no

Se aprecia poca diferencia significativa entre los dos grupos, en la competencia de aplicar procedimientos y protocolos ambos grupos le da una gran importancia.

7.11-VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU PROCESO

COMPETENCIA “GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SU PROCESO” NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
E37 Abordar adecuadamente las respuestas emocionales del paciente	3,81	3,55	0,016
E38 Especial cuidado con pacientes de difícil comprensión/comunicación	3,60	3,61	
E39 Evaluar periódicamente el estado del paciente	3,74	3,86	
E40 Correcta aplicación de la priorización ante múltiples pacientes	3,91	3,86	
E41. Evaluar estado del paciente y argumentar acciones terapéuticas	3,75	3,75	

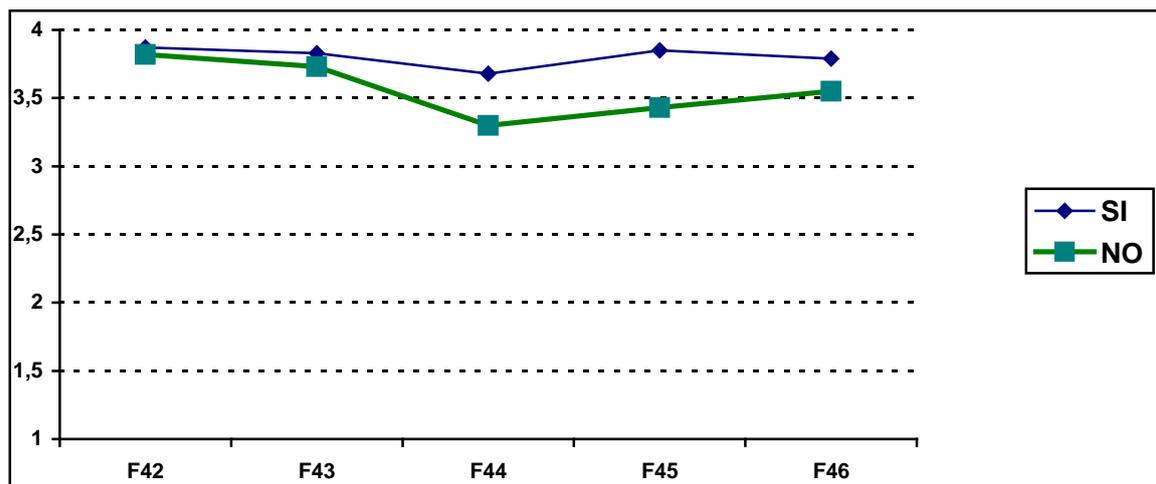


Gráfica 56 Perfil de la importancia de la competencia garantizar la seguridad del paciente en su proceso entre los que les gustaría trabajar en el SEM y los que no

En la competencia referente a garantizar la seguridad del paciente en su proceso, sólo aparece una diferencia significativa en la valoración de la importancia sobre la subcompetencia del abordaje adecuado a las respuestas emocionales del paciente que es mayor en aquellos profesionales que les gustaría trabajar en el SEM.

7.12 VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE MATENIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

COMPETENCIA "MANTENIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES" NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
F42 Evaluar los propios conocimientos, aptitudes y habilidades	3,87	3,82	
F43 utilizar los recursos existentes para el aprendizaje	3,83	3,73	
F44 Desarrollar trabajos de investigación	3,68	3,30	0,003
F45 Evaluar críticamente los métodos de trabajo	3,85	3,43	0,000
F46 Actitud abierta a la formación continuada	3,79	3,55	0,011

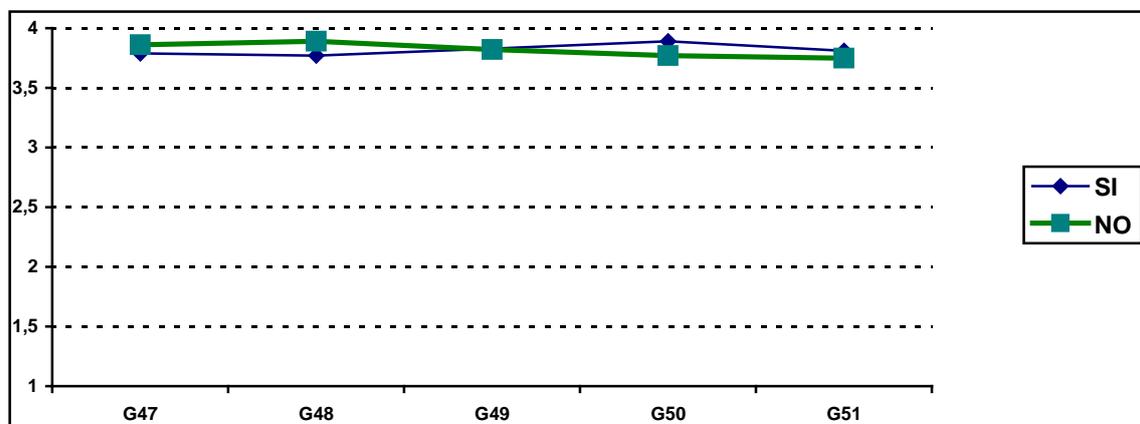


Gráfica 57 Perfil de la importancia de la competencia mantenimiento de las competencias profesionales entre los que les gustaría trabajar en el SEM y los que no

Apreciamos una diferencia significativa entre los dos grupos sobre la valoración de la importancia en la competencia del mantenimiento de las competencias de profesionales.

7.13 VARIABLE DEL NIVEL DE **IMPORTANCIA** EN LA COMPETENCIA DE TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE

COMPETENCIA “TRABAJAR EN EQUIPO Y ADAPTARSE A UN ENTORNO CAMBIANTE” NIVEL DE IMPORTANCIA	SI	NO	Sign.
G47 Integrarse en el equipo de trabajo	3,79	3,86	
G48 Reconocer las propias limitaciones	3,77	3,89	
G49 Saber delegar tareas al personal subalterno	3,83	3,82	
G50 Coordinar la distribución de tareas y asumir responsabilidades	3,89	3,77	
G51 Fomentar la docencia	3,81	3,75	

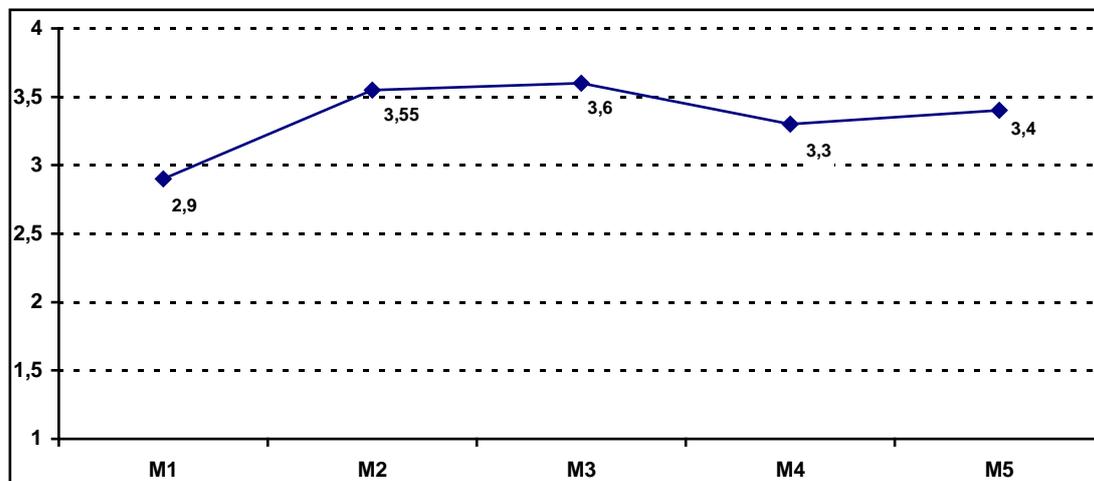


Gráfica 58 Perfil de la importancia de la competencia trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante entre los que les gustaría trabajar en el SEM y los que no

No se aprecian diferencias significativas entre los dos grupos, los dos reflejan una tendencia de máximos valores en la importancia dada a esta competencia.

8..ANÁLISIS DE LA RELACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL TRABAJO DE LA ENFERMERIA EXTRAHOSPITALARIA POR PARTE DE LA GUARDIA URBANA DE BARCELONA.

GUARDIA URBANA	Media	Desv
M1 Crees que la enfermería del SEM está suficientemente identificada	2,90	0,85
M2 Te parece que la enfermería del SEM es imprescindible	3,55	0,60
M3 Crees que la enfermería del SEM es resolutiva	3,60	0,50
M4 La enfermería del SEM responde a las necesidades asistenciales de los pacientes	3,30	0,470
M5 La comunicación entre la enfermería del SEM y la Guardia Urbana crees que es fluida	3,40	0,59



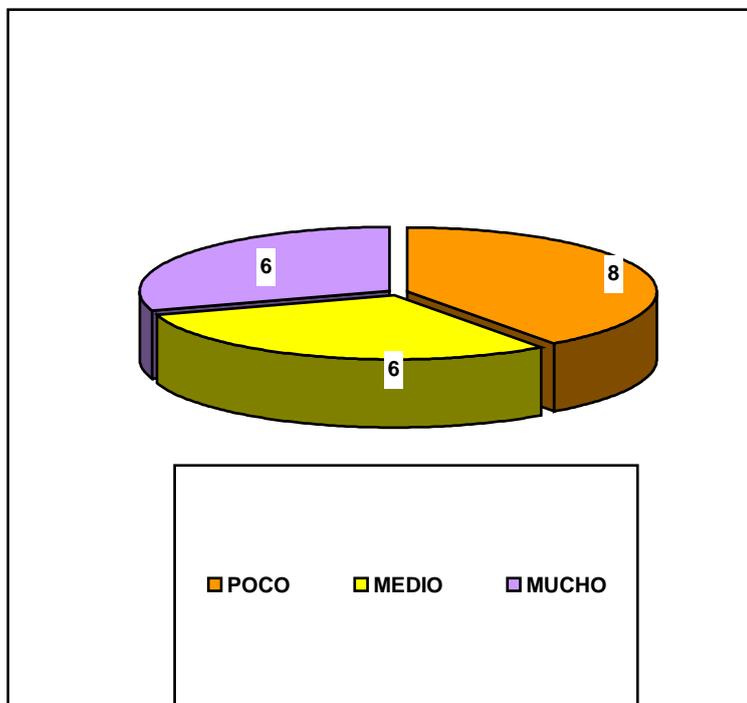
Gráfica 59 Analisis de la relación y el conocimiento del trabajo de la enfermería extrahospitalaria por parte de la Guardia Urbana de Barcelona

Se observa una valoración alta desde la guardia urbana de Barcelona, hacia el personal de enfermería del SEM

A continuación detallamos las encuestas que se pasaron a los agentes de la Guardia Urbana de Barcelona, por su colaboración estrecha con los servicios de emergencia en todos los accidentes de tráfico.

8.1 VARIABLE DE IDENTIFICACION

A la pregunta “Crees que la enfermería del SEM esta suficientemente identificada”

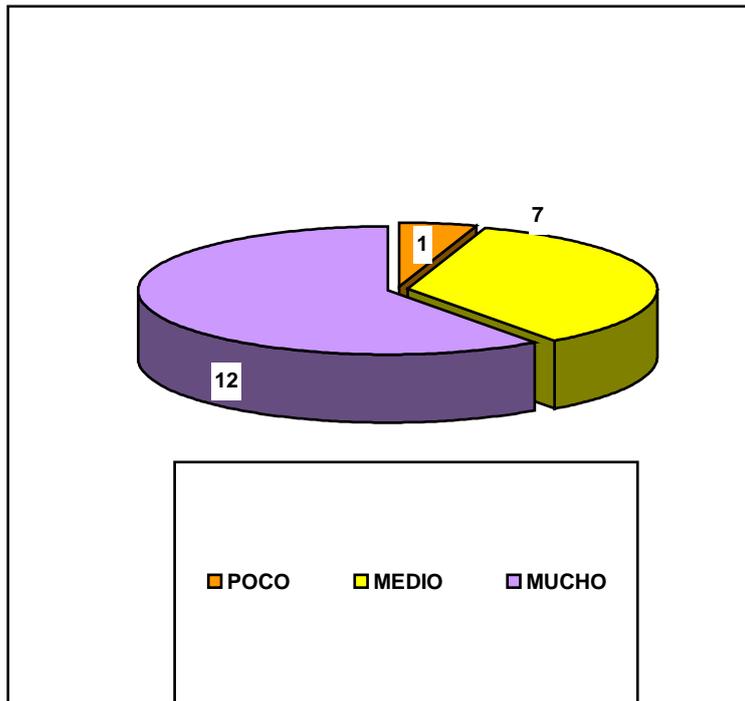


Gráfica 60 Identificación del personal de enfermería según Guardia Urbana de Barcelona

De estos resultados se deduce que para los agentes de la G.U., los profesionales de enfermería no están lo suficientemente identificados y seguramente para la mayoría de los agentes les es difícil saber la categoría laboral de los profesionales que participan con ellos.

8.2 VARIABLE IMPRESCINDIBILIDAD

A la pregunta “¿te parece que la enfermería del SEM es imprescindible?”

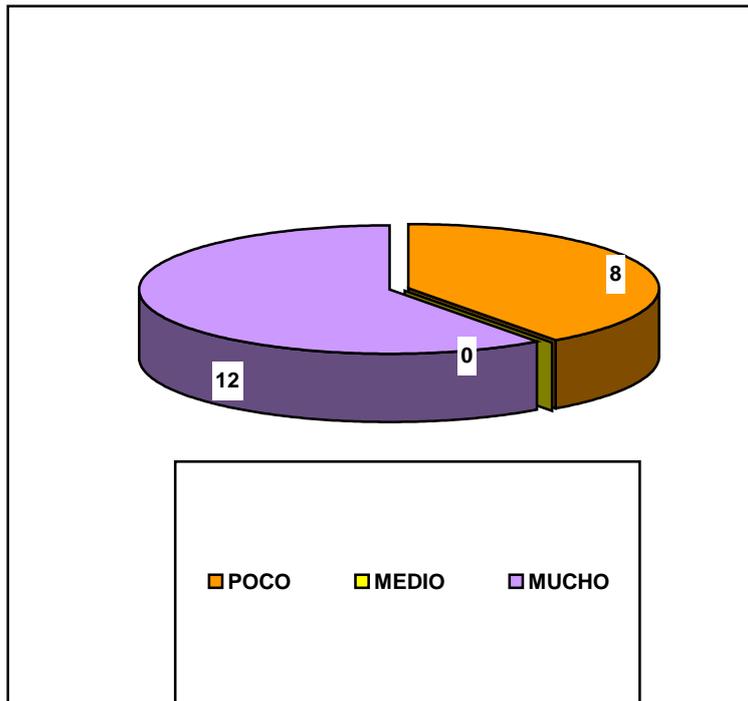


Gráfica 61 Nivel de imprescindibilidad de la enfermería en extrahospitalaria según Guardia Urbana de Barcelona

De estos resultados se deduce que para los agentes de la G.U. el trabajo desempeñado por la enfermería es imprescindible por su resolución en las situaciones de alerta en vía pública.

8.3 VARIABLE DE RESOLUCION DE SITUACIONES

En la siguiente pregunta “¿crees que la enfermería del SEM es resolutoria?”

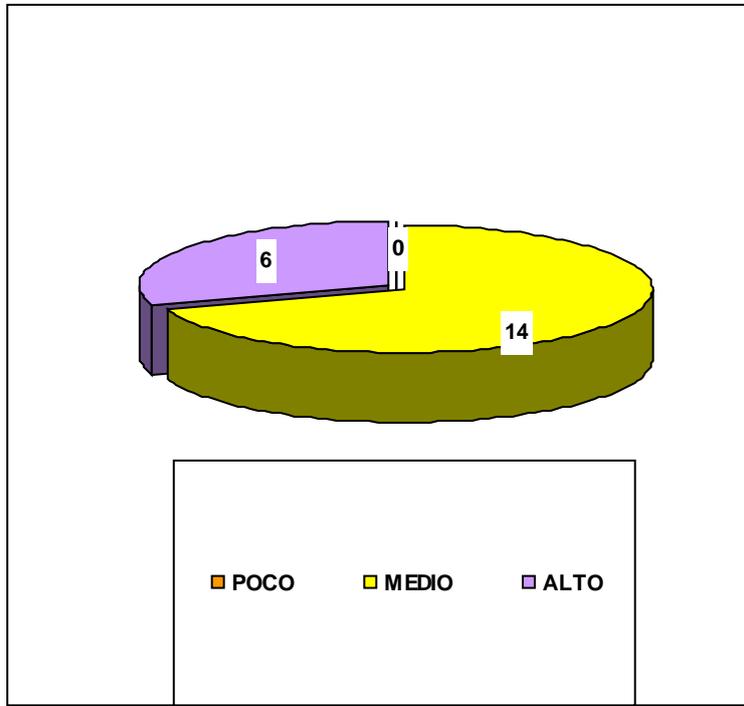


Gráfica 62 Nivel de resolución de situaciones de emergencia por parte de la enfermería de emergencia en extrahospitalaria según Guardia Urbana de Barcelona

Los resultados son evidentes, estos profesionales para la G.U. son competentes por su resolución antes las situaciones de emergencia.

8.4 VARIABLE DE RESPUESTA ASISTENCIAL

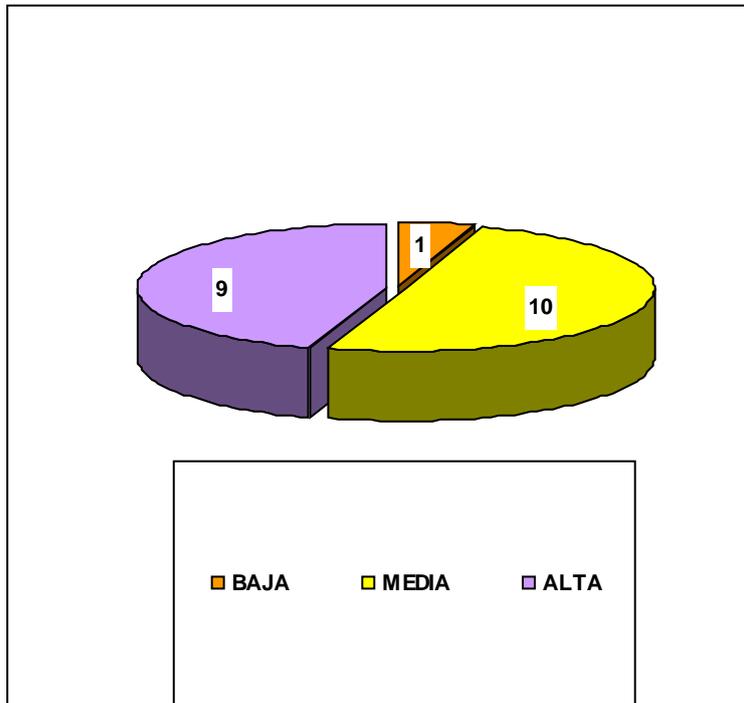
¿Crees que la enfermería del SEM responde a las necesidades asistenciales de los pacientes?



Gráfica 63 Nivel de respuesta a las necesidades asistenciales por parte de la enfermería de emergencia en extrahospitalaria según Guardia Urbana de Barcelona

8.5 VARIABLE DE INTERCOMUNICACION

La comunicación entre la enfermería del SEM y guardia urbana de Barcelona dirías que es



Gráfica 64 Nivel de comunicación entre enfermería extrahospitalaria y Guardia Urbana de Barcelona

9.. RELACIÓN DE COMENTARIOS PERSONALES

Nº ENCUESTA	COMENTARIOS PERSONALES
3	Tendría que haber mejor coordinación entre el equipo de urgencias y el personal de extrahospitalaria
5	Es importante definir las competencias para ver también las medicas y trabajar en equipo cuando haga falta y no hacer cada uno las cosas por su lado
11	Creo que describir, acotar y trabajar las competencias de la enfermería extrahospitalaria, nos ayudaría a definir un marco legal, que nos permitiría mejorar la tarea que ya estamos realizando
15	La tarea de la enfermera extrahospitalaria está bastante infravalorada tendrían que modificarse las conductas por parte de la gerencia y así optimizar las acciones de los mismos
25	La falta de una limitación clara de cuales son o han de ser la competencias de la enfermería extrahospitalaria, hace que se asuman tareas que NO son propias (con el problema legal que supone) y por tanto nos olvidamos de realizar correctamente las que si están claras que son competencias propias (Técnicas emocionales y acompañamiento)
44	Definir competencias ayuda a mejorar, valorar el tema legal para dar margen a algunas técnicas
51	Debe existir una correlación responsable entre "lo que habitualmente se nos exige hacer" y "lo que legalmente se nos permite hacer" desde los propios servicios de emergencia
62	El momento profesional que estamos viviendo los enfermeros de extrahospitalaria, nos debería hacer ser muy cuidadosos con las definiciones y tareas a desarrollar ya que será el futuro de nuestra profesión
68	Es muy importante la definición de las competencias para poder evolucionar la enfermería que todos queremos, autonomos, con liderazgo y actuación dentro de un equipo multidisciplinar
73	La enfermería de extrahospitalaria es una profesión muy importante, pero poco definida, poca gente correctamente formada y falta de regulación de las competencias poca gente correctamente formada y falta de regulación de las competencias un largo camino por recorrer
87	Sería importante reforzar la información sobre lo que es y lo que no es competencia de enfermería. Protocolizar las actuaciones y en aquellas competencias no propias (cuando no hay facultativo en el equipo y ella tiene que tomar decisiones que se salen de su ámbito) hubiera un respaldo legal claro y estructurado
90	Las competencias deben ser validadas por la máxima autoridad en salud, para que no existan problemas legales. Deben ser definidas, estructuradas y aceptadas por personal experto, cualificado y con conocimientos actualizados sobre las actuaciones habituales y aceptadas por el común del colectivo enfermero

4.7.- Análisis de resultados

De las variables personales, hemos observado que la población encuestada, es una población mayoritariamente del género femenino con un perfil de profesional que ha finalizado la diplomatura los últimos 15 años, trabajando en urgencias de media 7 años, y de los cuales en más de un 75% esta trabajando en un centro hospitalario, un poco mas de la mitad ha realizado el postgrado de emergencias y como dato destacable, mas de 60% compagina su actividad hospitalaria con la prehospitalaria.

Es una población con inquietud para no perder el contacto intrahospitalario

Entre los profesionales que han trabajado en prehospitalaria y los que no lo han hecho, vemos que hay una diferencia significativa dentro del conocimiento de las competencias.

Podemos resaltar que profesionales que nunca han trabajado en prehospitalaria creen que el informe asistencial utilizado por enfermería de prehospitalaria es adecuado para poder reflejar todo su trabajo a diferencia del personal que trabaja en prehospitalaria que cree que no es tan adecuado.

Por otro lado, el personal que trabaja en prehospitalaria se siente más capacitado a la hora de reconocer e interpretar los signos cambiantes de salud/mala salud de las personas como también saber proporcionar la adecuada asistencia que necesita el paciente respecto a su patología.

Sobre el dominio de la competencia cuidar, destaca que existe una mayor interrelación con el paciente a la hora de informar, dar soporte emocional y actuar de forma ética en profesionales que han trabajado en prehospitalaria a diferencia de los profesionales que no, seguramente relacionado por su dinámica de trabajo en centros hospitalarios en los que el profesional asume varios pacientes y no puede llegar a conseguir el grado de implicación que muchos de ellos desearían por la presión asistencial existente.

La asistencia en este medio se concreta en las actividades que van a mantener y recuperar las necesidades del individuo deterioradas por un proceso patológico. En muchas ocasiones en los hospitales a la hora de informar al paciente el papel lo asume el profesional médico, sobre todo si la información a dar es de su proceso patológico o pruebas a realizar, la enfermera adopta otro papel muy diferente al profesional de prehospitalaria, su grado de dependencia hacia otros profesionales es mayor.

El profesional de prehospitalaria tiene un contacto mucho más fuerte en el momento de la asistencia ya que es realmente cuando el paciente se encuentra en una situación muchas veces que le desborda, de descontrol, miedo y de vulnerabilidad, por tanto se crea un vínculo de confianza donde se requiere un gran soporte emocional por la situación de la urgencia y/o emergencia, el profesional de prehospitalaria informa al paciente de todo lo que se le está realizando y lo que va a suceder manteniendo así a la persona en un entorno más tranquilo. En la importancia que dan estos dos grupos de profesionales sobre esta competencia es realmente muy alta, en todas las subcompetencias sus valoraciones llegan al valor más alto.

Vemos diferencias significativas en dominio y en importancia, sobre la competencia referente a la aplicación de procedimientos y protocolos; los profesionales que trabajan en prehospitalaria asumen más el rol de informar al paciente y la familia del proceso patológico que están viviendo, que como ya hemos explicado antes estos profesionales son el primer contacto en la atención del paciente que sufre una situación de urgencia y/o emergencia.

Por otro lado, los profesionales que no han trabajado en prehospitalaria, creen dominar más el registro de las acciones realizadas en el informe asistencial que los que trabajan, siendo consecuencia seguramente por el desconocimiento de los informes asistenciales utilizados en prehospitalaria. El resultado de esta subcompetencia nos da a conocer que los profesionales de prehospitalaria no pueden reflejar todas las acciones realizadas en el informe asistencial que utilizan.

El conocer el uso del material específico de emergencias es de menor importancia para los profesionales que trabajan en prehospitalaria que los que nunca han trabajado, seguramente debido al poco contacto y práctica con este material de los profesionales que no trabajan en prehospitalaria por las escasas situaciones de emergencias que pueden encontrarse. El profesional de prehospitalaria maneja el material a diario y una de sus funciones es el revisar el material y comprobar el funcionamiento de todos los aparatos utilizados en emergencias.

En el dominio de la competencia garantizar la seguridad del paciente en su proceso, encontramos diferencias significativas entre los dos grupos de profesionales. Los profesionales que trabajan en prehospitalaria dan mayor valoración a la evaluación del estado del paciente y las medidas terapéuticas que se realizan, destaca bastante la importancia que da estos profesionales sobre esta subcompetencia.

También de mayor dominio para ellos la subcompetencia en tener un especial cuidado con pacientes de difícil comprensión/comunicación. Aunque destaca bastante i de forma paradójica que los profesionales que no han trabajado en prehospitalaria dominan mucho más que el otro grupo de profesionales la evaluación periódica del paciente, dado quizás al tiempo que permanece este profesional con el paciente que siempre es mucho mayor que el profesional que trabaja en prehospitalaria, ya que este realiza la valoración in situ, estabiliza con acciones terapéuticas y traslada al servicio de urgencias.

De mayor importancia también es, para los profesionales que trabajan en prehospitalaria saber priorizar ante múltiples víctimas, es prioritario valorar quien requiere atención inminente, saber optimizar recursos materiales y profesionales, proporcionar la mejor atención, en pocas palabras ser eficaz y eficiente.

Es importante la diferencia significativa en casi todas las subcompetencias del dominio sobre el mantenimiento de las competencias profesionales entre los dos grupos.

Queremos destacar que los profesionales que trabajan en prehospitalaria tienen mayor interés en la evaluación de sus propios conocimientos y aptitudes. Hemos de tener en cuenta, que este profesional se encuentra muchas veces frente a situaciones de urgencia y /o emergencia como responsable, actuar, priorizar y determinar acciones. Asimismo, es el quien establece el primer contacto con el paciente, por tanto, asume una gran responsabilidad, es por eso también que dan mucha importancia a evaluar críticamente los métodos de trabajo, siempre para su mejora profesional.

Se observa también que los profesionales que trabajan en prehospitalaria tienen una actitud abierta a la formación continua para su reciclaje y su aprendizaje de nuevos protocolos o técnicas.

Los profesionales que no trabajan en prehospitalaria son los que creen que tienen más dominio en el desarrollo de trabajos de investigación, aunque suelen dar menos importancia a esta subcompetencia.

Los profesionales que trabajan en prehospitalaria tienen un mayor dominio a la hora de integrarse en el equipo multidisciplinar. Creemos que esto es debido a que el número de personas que integran el equipo es un mínimo de dos, máximo cinco personas a la hora de afrontar situaciones en urgencias y /o emergencia. Por lo tanto ha de existir un vínculo entre ellos de máxima compenetración y actuar casi a veces sin tener que hablar, sabiendo cada uno cuáles son sus responsabilidades y conociendo sus limitaciones, a diferencia del personal que no trabaja en prehospitalaria.

Es importante realizar y fomentar docencia para los profesionales que trabajan en prehospitalaria, también es de mayor dominio en estos profesionales a diferencia de los profesionales que no trabajan en prehospitalaria.

Los dos grupos de profesionales, tanto los de prehospitalaria y del entorno hospitalario, dan una gran importancia a la competencia de trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante, ambos grupos la han valorado casi al máximo rango sin haber diferencias significativas entre ellos.

Centrándonos ahora en el conocimiento de las competencias entre profesionales que les gustaría trabajar en el SEM y a los que no les gustaría, podemos ver que ambos grupos tienen poco conocimiento sobre ellas, observando algunas diferencias significativas entre los dos grupos.

Los profesionales que no les gustaría trabajar en el SEM refieren mayor conocimiento sobre la subcompetencia de estar capacitada para reconocer e interpretar los signos cambiantes de salud/mala salud de las personas, al igual que refieren mayor conocimiento en la respuesta a la población demandante.

En el dominio de la competencia cuidar, se evidencian diferencias significativas entre ambos profesionales, siendo los profesionales que no quieren trabajar en el SEM los que reflejan mayor dominio en establecer relación con el paciente de manera empática, actuar de forma ética e informar al paciente de forma clara dando soporte emocional. Por otro lado, no se observaría gran diferencia entre ambos grupos en la valoración de la importancia de esta competencia. Destacando sólo, que los profesionales que les gustaría trabajar en el SEM en la subcompetencia de ser capaz de orientar su actuación en función de los síntomas, observamos una diferencia significativa en relación a la importancia que le da el grupo de profesionales que no les gustaría trabajar en el SEM.

Los profesionales que no trabajarían en el SEM reflejan un mayor dominio en la prevención de complicaciones, resaltando las subcompetencias de identificar de forma precoz signos y síntomas de agravamiento del paciente y el conocimiento de técnicas y procedimientos de atención al paciente crítico.

También se refleja en los resultados, que tienen un mayor dominio en priorizar situaciones de emergencia en comparación con aquellos profesionales que les gustaría trabajar en el SEM.

Sobre la importancia que dan los dos grupos a esta competencia podemos decir que está igualada, se acerca al máximo valor.

Mayor dominio y con diferencia significativa en la competencia de aplicar procedimientos y protocolos por parte de aquellos profesionales que no trabajarían en el SEM, refieren conocer el uso del material específico de emergencias más que los profesionales a los que les gustaría trabajar en el SEM.

Destaca también que el grupo de profesionales que no le gustaría trabajar en el SEM tienen mayor dominio a la hora de verificar la información al paciente y sobre la coordinación e integración en el equipo multidisciplinar.

En la valoración del grado de importancia de esta competencia no existe gran diferencia significativa; en la subcompetencia que hace referencia a dar información del proceso patológico al paciente y familia los profesionales que les gustaría trabajar en el SEM le da mayor importancia que el otro grupo, siendo esta la única que resalta del resto de subcompetencias.

En el dominio de la competencia de garantizar la seguridad al paciente en su proceso, hay una valoración por parte de los profesionales que les gustaría trabajar en el SEM más baja que el grupo de profesionales que no les gustaría trabajar en el SEM. Este último grupo resalta del otro grupo por la diferencia significativa en las subcompetencias, observándose por su valoración mayor dominio en el abordaje adecuado de la respuesta emocional del paciente, la priorización en múltiples víctimas y en la evaluación del estado del paciente argumentando acciones terapéuticas.

A diferencia, en la valoración de la importancia que se le da a esta competencia, destaca, que los profesionales que les gustaría trabajar en el SEM dan mayor valoración a la subcompetencia de abordar adecuadamente las respuestas emocionales de los pacientes en comparación con el grupo que no quiere trabajar en el SEM.

En el dominio sobre la competencia del mantenimiento de las competencias, existe una tendencia a dar valores bajos en las subcompetencias, destacando más en el grupo de profesionales que trabajarían en el SEM, habiendo diferencias significativas entre ambos.

Significativas son las subcompetencias de utilizar los recursos ya existentes para el aprendizaje y evaluar de forma crítica los métodos de trabajo que son de mayor dominio en los profesionales que no trabajarían en el SEM. Los profesionales que trabajarían en el SEM dan una mayor importancia y mayor valoración que el grupo de profesionales que no trabajarían en el SEM a las siguientes subcompetencias: realización de trabajos de investigación, evaluación de los métodos de trabajo y a adoptar una actitud abierta a la formación continuada.

En general existen pocas diferencias significativas de dominio en la competencia de trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante entre los dos grupos; si es de destacar de mayor importancia que el grupo de profesionales que no trabajarían en el SEM tienen un mayor dominio en delegar tareas a subalternos y el de coordinar. Destacamos de esta competencia que ambos grupos dan una valoración muy alta e igual sobre la importancia de esta

5. Conclusiones

1.- En el mantenimiento de las competencias deducimos que el profesional que no ha realizado el post-grado es el que le da menos importancia a la subcompetencia de desarrollar trabajos de investigación y evaluar críticamente los métodos de trabajo

2.- Se observa una clara diferencia en todos los grupos entre el dominio y la importancia lo que nos demuestra que hay una falta de formación a todos los niveles, tanto el profesional que ha trabajado en emergencias y el que no ha trabajado

3.- La realización del postgrado proporciona conocimiento básico sobre el papel del enfermero/a en el ámbito extrahospitalario así como el trabajo que realiza, aunque, la parte práctica, sea insuficiente para dotar al profesional de las herramientas básicas para realizar el trabajo en la emergencia

4.- También concluimos a raíz de los resultados de la encuesta, que es necesaria la difusión y la interrelación entre el ámbito extrahospitalario y el hospitalario para poder establecer una continuidad en la asistencia.

5.- En general, se observa que la enfermería manifiesta la necesidad de describir las competencias de enfermería en extrahospitalaria para proporcionar autonomía y confianza para realizar su trabajo y obtener un reconocimiento.

6.- La definición de las competencias para la enfermería extrahospitalaria que hemos establecido, basándonos en el modelo de “Proyecto COM-VA de definición y evaluación de competencias enfermeras” de E.Juve, ha sido aprobado mayoritariamente por el profesional de enfermería otorgándole una puntuación máxima en importancia tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario, sin manifestarse por parte de los profesionales que han

Respondido a la encuesta, ninguna carencia a la hora de establecer el mapa de competencias.

7.- En relación a los sistemas de emergencias de otros países (Holanda) hemos podido deducir que el nivel asistencial es parecido, pero en nuestro sistema de emergencias, hay una falta de legislación que avale y respalde la práctica asistencial de la enfermera, que por otra parte debe regirse bajo protocolos o guías de actuación consensuadas y validadas.

8.- De las encuestas a la guardia urbana de Barcelona se desprende una buena relación con la enfermería de extrahospitalaria, debido posiblemente a que desde el año 1989, la enfermería en Barcelona ha tenido un papel destacado, siendo esta, la precursora de los sistemas de emergencias.

9.- Pensamos que la enfermería extrahospitalaria está muy motivada y suficientemente formada para asumir un rol que no estaba hasta la actualidad definido dándole también una fuerza que le permite seguir formándose y evolucionando en su profesión

6.- Propuestas.-

Sería interesante encontrar una forma fácil y clara para poder establecer las competencias de la enfermería extrahospitalaria, es evidente que no es tarea sencilla, que hay muchas dificultades y que no está en manos de los propios profesionales ni siquiera de los responsables de los servicios de emergencia. Esta tarea compete a diversos estamentos, que han de estar concienciados y han de ser defensores de la importante labor asistencial que desempeña la enfermería. Encontrar espacios de diálogo y de encuentro ha de ser el objetivo común.

Entre las propuestas que pensamos deben ser el punto de partida destacamos:

1. Homogeneizar la formación específica en emergencias, siendo imprescindible para poder trabajar en el ámbito de extrahospitalaria
2. El papel de triada de la enfermera, que ya se está desarrollando a nivel hospitalario, extrapolarlo a la enfermería extrahospitalaria, estableciendo unos criterios que permitan guiar al enfermero a la hora de establecer prioridades en la atención al paciente en el ámbito de la extrahospitalaria.
3. Promover la redacción de protocolos con la visión multidisciplinar de los equipos que trabajan en las emergencias.
4. Establecer trayectorias clínicas, con equipos multidisciplinarios juntamente con del sistema hospitalario, en las cuales, se especifica el papel de cada uno de los integrantes.
5. Promover la creación de asociaciones profesionales que proporcionen información y asesoramiento a la nueva y futura enfermería extrahospitalaria.
6. Promover la utilización del lenguaje enfermero para la definición de protocolos y competencias

-
7. Proponer sesiones clínicas entre los equipos de emergencias extrahospitalaria y los profesionales de los diferentes centros que reciben a los pacientes, lo que permitiría mayor conocimiento y establecer procedimientos conjuntos
 8. Reestructurar los estudios de post-grado estableciendo una proporción mayor de prácticas estructuradas con apoyo de tutorías dirigidas
 9. Establecer entre los profesionales de los sistemas de emergencias, niveles de carrera profesional, acreditándose de manera bianual y proporcionando acreditación para la formación de nuevos profesionales y la redacción y revisión de procedimientos
 10. Promover la definición, aprobación y distribución de las competencias a todos los niveles a fin de dotar a la profesión enfermera de una identidad ya conocida pero no escrita ni difundida

7.- Líneas de investigación.-

El grupo de trabajo una vez realizada la encuesta de opinión entre los profesionales de enfermería tanto de medio hospitalario como de la emergencia extrahospitalaria y después de haber podido recoger las opiniones personales de ambos grupos, creemos que serían interesantes las siguientes líneas de investigación:

1.- Poder establecer intercambios de profesionales del ámbito hospitalario al extrahospitalario, y viceversa. El objetivo es conocer, comprender, entender y valorar las distintas realidades en que se desenvuelven, en especial los profesionales de la emergencia. Y de esta manera poder establecer un rango de funciones o competencias, adaptadas a la realidad y consensuadas por todos los grupos intervinientes.

El proyecto tendría que estar liderado por:

1.- Cosell de la Professi^ó Infermera de Catalunya

2.- Consejo Nacional de Colegios Oficiales de Enfermería de España

De esta manera al estar impulsado por los órganos de gobierno de la profesión, podrán ser validados

2.- Realizar un trabajo de campo a través de la observación directa durante el desarrollo de la actividad asistencial de la enfermera de extrahospitalaria. Elaborando un documento en el que queden plasmadas todas aquellas acciones, intervenciones, valoraciones y decisiones que se desarrollan en la atención al paciente. Pudiendo de esta manera elaborar un mapa de competencias.

3.- Crear grupos de trabajo formados por profesionales del ámbito de la emergencia para la elaboración del mapa de competencias, pudiendo hacer estudios comparativos con las competencias que ya están validadas en otros países, por ejemplo Holanda.

8.- BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Historia de la enfermería. [en línea] 9 de mayo de 2008. <http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_histor_enf.htm>
- 2.- Real Decreto 2319/60 (B. O. E. de 17/1960). Competencia profesional.
- 3.- Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. (M^º. Gob., B.O. 9 nov. 2001).
- 4.- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (M^º. Gob., B.O. 22 nov.).
- 5.- Teixidor Freixas M. Espacios de profesionalización de enfermería. *Enfermería Clínica* 1997. 7(3):126-136.
- 6.- Weller BF, Wells RJ. Diccionario de enfermería. 21 Ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1995.
- 7.- Consejo Internacional de Enfermería. [en línea] 2 de febrero de 2008 <<http://www.icn.ch/spanish.htm>>
- 8.- Riopelle L, Teixidor M. La práctica enfermera: fundamentos científicos y acercamiento humanista. Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson en los Centros de Atención Primaria del Institut Catalá de la Salut. Barcelona: Fundación La Caixa; 2002.
9. - Enfermería. [en línea] 9 de marzo de 2009 <<http://donacion.organos.ua.es/enfermeria/enfermeria.htm>>
10. - Henderson V. *The Nature of Nursing*. New York: MacMillan ; 1966.
- 11.- Weller, B. Diccionario de Ciencias de la Salud. México: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
- 12.- Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título Universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel.
- 13.- Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. [en línea] 3 de marzo de 2008 <<http://www.enfermeriadeurgencias.com/presenta.html>>
- 14.- Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, de Andalucía, EPES. [en línea] 20 de febrero de 2008 <<http://www.juntadeandalucia>>

-
- 15.- La Federación Iberoamericana de Enfermería de Urgencias y Emergencias (IBAMEUE). Febrero de 2006 en la ciudad de Lima (Perú) Federación Iberoamericana de Enfermería en Urgencias y Emergencias <http://ibameue.blogspot.com/> Visto el 15 de abril 2008
- 16.- Pont Barceló E, Teixidor i Freixa M; De la Experiencia a la innovación: La construcción de competencias. EN La Formación Enfermera: Estado de la cuestión y perspectiva internacional. Barcelona : Fundación La Caixa; 2004:41-60.
- 17.- Perspectivas: revista trimestral de educación comparada.1998. XXVIII (1): 173-189 [en línea] 2 de abril de 2008
<http://www.ibe.unesco.org/publications/ThinkersPdf/nightins.PDF>
- 18.- Schön D. . El profesional reflexivo; cómo piensan los profesionales cuando actúan. Barcelona: Paidós; 1998.
- 19.- Juve ME, Huguet M, Sanmartín M, Martí N, Cuevas B, de la Fuente C, Alvarez G. Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias de enfermería del profesional hospitalario. Nursing en español 2007. 25(4):
- 20.- Benner P. Práctica de enfermería progresiva. Barcelona: Grijalbo; 1987.
- 21.- Consell de Col·legis Oficials d'Infermeria de Catalunya. Comissió d'infermeria i les seves especialitats especificques del Consell Catalá d'especialitats en Ciències de la Salut. Grup de treball. Directori Infis. Projecte de competències de la professió d'infermeria.
- 22.- Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació. Grupo de Treball i Comissió de Medicina i Especialitats relacionades. Competències de Professions Sanitàries.
- 23.- Wotjczak A. Glosario de términos de educación médica. Educación Médica, 2003. 6(2): suplemento.
- 24a.- Tejada Fernández J. Acerca de las competencias profesionales(I). Herramientas. (56): 20-30.
- 24b.- Tejada Fernández J. Acerca de las competencias profesionales(II). Herramientas. (57): 8-14.
- 25.- Tejada J. El trabajo por competencias en el prácticum: cómo organizarlo y cómo evaluarlo. Revista Electrónica de Investigación Educativa 2005. 7 (2). [en línea] 10 de mayo de 2008<<http://redie.uabc.mx/vo7no2/contenido-tejada.html>>
-

- 26.- Blanco R, Zapico F, Torrens RM. Innovación docente y convergencia europea: formar en competencias. *Metas de enfermería* 2005; 8 (1) 60-66.
- 27.- Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final, Fase uno. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003
- 28.- Palomino Moral PA, Frías Osuna A, Grande Gascón ML, Hernandez Padilla ML, Del Pino Casado R. El espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. *Index de Enfermería (Index Enferm)* (edición digital) 2005; 48-49. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermera/48-49_articulo_50-53.php Consultado el 24 de mayo de 2007
29. Pont, E. (2001) Las competencias de la dirección. En 10^º Aniversario del Master en Administración y Gestión en cuidados en Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería de Santa Madrona de la Fundación “La Caixa”. Barcelona: Centro Cultural de la Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona
- 30.-Una aproximación a las competencias profesionales desde su especificidad. Antonio Navío Gámez Grupo CIFO Departamento de Pedagogía Aplicada Universidad Autónoma de Barcelona <http://www.formacionaempresas.com/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=33>. Visto el 10 de mayo 2008
- 31.- La evaluación de la competencia profesional. Comentario Editorial. <http://www.foroaps.org/files/edit%20mono>. Visto el 18 de marzo 2008
- 32.- Rodríguez Trujillo N. ¿Qué son las competencias? Selección efectiva de personal basada en competencias [en línea]. Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela Psico Consult . 1 de mayo de 2008. <<http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/doc/otros/selefe/i.htm>>
- 33.- Marriner-Tomey A., Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 5^a ed. Madrid: Mosby; 2003.
- 34.- Teixidor Freixa M. La Escuela Universitaria de Enfermería de Santa Madrona, de la Fundación “La Caixa”: Un proyecto formativo global. *Formación Continuada* 1996. 1(2):38-42.

-
- 35.- Miller G. (1990). The assessment of clinical skills/ competence/ performance. Academic Medicine 65: S63 - S67.
- 36.- Real Decreto 619/1998, de 17 de abril por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.
- 37.- Decreto 182/1990, de 3 de julio, por el cual se regula el transporte sanitario en el ámbito territorial de Catalunya. DOGC núm. 1326, de 3.8.1990)
- 38.- Sistema de Emergencias Médicas. [http:// intranet.sem.gencat.cat](http://intranet.sem.gencat.cat) Visto el 10 de abril 2008
- 39.- MINVWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport): Ministerio de Sanidad y Consumo Holandés.
MINVWS [pàgina a Internet]. Den Haag. Onderwerpen.Bekosting van zorg; 2007 [consultada el 12 de desembre del 2007]. Disponible a:
<http://www.minvws.nl/onderwerpen/bekosting-van-zorg/>
- 40.- Just Landed [pàgina a Internet]. España: Holanda. Salud. Sistema de Salud; 2008 [actualització 2008; consultada el 12 de desembre del 2007]. Diponible a:
<http://www.justlanded.com/espanol/Holanda/HerramientasGuia-Just-Landed/Salud/Sistema-de-Salud>
- 41.- CVZ (College voor Zorgverzekeringen): Colegio para Aseguradoras CVZ [pàgina a Internet]. Diemen. Recht op zorg. Welke zorg?. Op basis van de zorg verzekeringswet en de AWBZ heeft u recht op; 2007 [consultada el 12 de desembre del 2007]. Disponible a: <http://www.consumenten.cvz.nl/>
- 42.-_Ambulance Zorg Nederland [pàgina a Internet]. Zwolle. Ambulance Care in the Netherlands. Information for foreign visitors: text. Ambulance care: a vital link in emergency medical services; 2007 [actualització 4 de febrer del 2007; consultada el 13 de gener del 2008]. Disponible a:
<http://www.ambulancezorgnederland.nl/publiek/english.htm>
- 43.- Ambulance Zorg Nederland [pàgina a Internet]. Zwolle. Ambulance Care in the Netherlands. Presentations WCDEM 2007 14 mei 2007: Ambulance Care in the Netherlands; 2007 [actualització el 4 de febrer del 2007; consultada el 13 de gener del 2008]. Disponible a:
http://www.ambulancezorgnederland.nl/pdf/070514_presentaties_WCDem2007.pdf

9. ANEXOS

9.1 Petición de autorización al Departamento de Formación del SEM

Barcelona, 30 de noviembre de 2007

Sr. Javier Colina
DEPARTAMENTO DE FORMACION
SEM, SA

Señor:

Con motivo de estar cursando el **Master en Administración y Gestión de Servicios de Enfermería** en la Escuela Universitaria de Sta. Madrona, y como trabajo de investigación de este segundo curso académico con el título de *“Análisis de las competencias de la enfermería en la emergencia extrahospitalaria”*, cuya metodología es la realización de un estudio descriptivo de las funciones desarrolladas por la enfermería extrahospitalaria en Cataluña, recoger la opinión de estos profesionales respecto a las competencias que están desarrollando en estos momentos, y las que creen que se deberían desarrollar, y por último, valorar el reconocimiento profesional en los Centros hospitalarios y las patrullas de la Guardia Urbana de Barcelona.

Nos dirigimos a Ud. para solicitar autorización en la realización de la encuesta necesaria para la recogida de estos datos a los profesionales de enfermería del SEM.

Le adjuntamos copia del Anteproyecto de Investigación y carta de la Directora del Master y de la Escuela de Enfermería de Sta. Madrona, la Sra. Montserrat Teixidor.

En espera de sus noticias,

Atentamente:

Isabel Arriazu
Montserrat Capdevila
Isabel Figueras

9.2 Carta presentación a los jueces

Barcelona, 14 de diciembre de 2007

En el marco del Máster en “Administració i Gestió en Cures d’Infermeria de la EUI Santa Madrona” estamos realizando el estudio: **“ANÁLISIS DE LAS COMPETENCIAS DE LA ENFERMERIA EN LA EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIA”**.

Los objetivos de este estudio son:

1. Definir cuales son las funciones y competencias de enfermería en esta área concreta de la emergencia extrahospitalaria, adaptándolas a las necesidades asistenciales y a las necesidades de las personas atendidas en momentos de máxima necesidad asistenciales.
2. Valorar el nivel de calidad asistencial de los profesionales de enfermería en la emergencia extrahospitalaria.
3. Conocer el reconocimiento profesional i social de estos profesionales.

Por este motivo necesitaríamos su colaboración respondiendo a las preguntas del cuestionario que le adjuntamos. Su opinión es clave para la realización de este estudio.

La información que se recoja de todos los participantes será introducida en una base de datos para ser analizada i será tratada confidencialmente. Ninguna encuesta será identificada en la comunicación y publicación de los resultados.

En caso de cualquier duda puede dirigirse a Isabel Figueras ifigueras@sem.es

Isabel Arriazu iarriazu@sem.es.

Agradecemos su colaboración,

Isabel Arriazu

Montse Capdevila

Isabel Figueras

9.3 Cuestionario de validación de los jueces

ITEMS	UNIVOCIDAD		PERTINENCIA		IMPORTANCIA				
	SI	NO	SI	NO	1	2	3	4	5
A1	X		X				X		
A2	X		X				X		
A3	X		X				X		
A4	X		X				X		
A5	X		X					X	
A6	X		X					X	
A7	X		X						X
A8	X		X				X		
A9		X	X				X		
A10	X		X					X	
A11	X		X						X
A12	X		X						X
A13	X		X						X
A14		X	X					X	
A15	X		X						X
A16	X		X						X
A17	X		X						X
A18	X		X						X
A19	X		X						X
A20	X		X						X
A21	X		X						X
B22	X		X						X
B23	X		X						X
B24	X		X						X
B25	X		X						X
B26	X		X						X
C27	X		X						X
C28	X		X						X
C29	X		X						X
C30	X		X						X
C31	X		X						X
D32	X		X						X
D33	X		X						X
D34	X		X						X
D35	X		X						X
D36	X		X						X
E37	X		X						X
E38	X		X						X
E39	X		X						X
E40	X		X						X
E41		X	X						X
F42		X	X						X
F43		X	X						X
F44	X		X						X
F45	X		X						X
F46	X		X						X
G47	X		X						X
G48	X		X						X
G49	X		X						X
G50	X		X						X
G51	X		X						X
H52		X	X						X
H53	X		X						X
H54	X		X						X

ITEMS	UNIVOCIDAD		PERTINENCIA		IMPORTANCIA				
	SI	NO	SI	NO	1	2	3	4	5
A1	X		X				X		
A2	X		X				X		
A3	X		X			X			
A4	X		X					X	
A5	X		X		X				
A6	X		X						X
A7	X		X						X
A8	X		X				X		
A9	X		X				X		
A10	X		X				X		
A11	X		X					X	
A12	X		X					X	
A13	X		X					X	
A14	X		X					X	
A15	X		X					X	
A16	X		X						X
A17	X		X					X	
A18	X		X					X	
A19	X		X					X	
A20	X		X						X
A21	X		X					X	
B22	X		X					X	
B23	X		X					X	
B24	X		X					X	
B25	X		X					X	
B26	X		X						X
C27	X		X						X
C28	X		X						X
C29	X		X						X
C30	X		X						X
C31	X		X					X	
D32	X		X					X	
D33	X		X					X	
D34	X		X						X
D35	X		X						X
D36	X		X					X	
E37	X		X					X	
E38	X		X					X	
E39	X		X						X
E40	X		X						X
E41	X		X						X
F42	X		X					X	
F43	X		X					X	
F44	X		X				X		
F45	X		X					X	
F46	X		X						X
G47	X		X						X
G48	X		X					X	
G49	X		X					X	
G50	X		X					X	
G51	X		X				X		
H52	X		X				X		
H53	X		X				X		
H54	X		X					X	

ITEMS	UNIVOCIDAD		PERTINENCIA		IMPORTANCIA				
	SI	NO	SI	NO	1	2	3	4	5
A1	X		X						X
A2	X		X						X
A3	X		X						X
A4	X		X						X
A5	X		X						X
A6	X		X						X
A7	X		X						X
A8	X		X				X		
A9	X		X				X		
A10	X		X				X		
A11	X		X				X		
A12	X		X						X
A13		X	X						X
A14	X		X						X
A15	X		X				X		
A16	X		X					X	
A17	X		X						X
A18	X		X						X
A19	X		X						X
A20	X		X						X
A21	X		X						X
B22	X		X						X
B23	X		X						X
B24	X		X						X
B25	X		X						X
B26	X		X						X
C27	X		X						X
C28	X		X						X
C29		X	X						X
C30	X		X						X
C31		X	X						X
D32	X		X						X
D33	X		X						X
D34	X		X					X	
D35	X		X						X
D36	X		X					X	
E37	X		X					X	
E38	X		X					X	
E39	X		X						X
E40	X		X						X
E41	X		X					X	
F42		X	X					X	
F43		X	X				X		
F44	X		X					X	
F45	X		X					X	
F46	X		X					X	
G47	X		X					X	
G48	X		X						X
G49	X		X					X	
G50	X		X					X	
G51		X	X				X		
H52	X		X						X
H53	X		X						X
H54	X		X					X	

ITEMS	UNIVOCIDAD		PERTINENCIA		IMPORTANCIA				
	SI	NO	SI	NO	1	2	3	4	5
A1	X		X				X		
A2	X		X					X	
A3	X		X					X	
A4	X		X					X	
A5	X		X					X	
A6	X		X						X
A7	X		X					X	
A8	X		X					X	
A9	X		X					X	
A10	X		X						X
A11	X		X						X
A12	X		X						X
A13	X		X						X
A14	X		X						X
A15	X		X					X	
A16	X		X				X		
A17	X		X					X	
A18	X		X						X
A19	X		X						X
A20	X		X					X	
A21	X		X					X	
B22	X		X					X	
B23	X		X						X
B24	X		X					X	
B25	X		X					X	
B26	X		X						X
C27	X		X						X
C28	X		X						X
C29	X		X						X
C30	X		X						X
C31	X		X						X
D32	X		X					X	
D33	X		X						X
D34	X		X					X	
D35	X		X						X
D36	X		X						X
E37	X		X					X	
E38	X		X						X
E39	X		X						X
E40	X		X					X	
E41	X		X						X
F42	X		X					X	
F43	X		X					X	
F44	X		X						X
F45	X		X					X	
F46	X		X					X	
G47	X		X						X
G48	X		X						X
G49	X		X						X
G50	X		X						X
G51	X		X						X
H52	X		X						X
H53	X		X						X
H54	X		X						X

ANÁLISIS DE LAS COMPETENCIAS DE LA ENFERMERÍA EN EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

Arriazu, M^a; Capdevila, M; Figueras, I.

ITEMS	UNIVOCIDAD		PERTINENCIA		IMPORTANCIA				
	SI	NO	SI	NO	1	2	3	4	5
A1	X		X			X			
A2	X		X			X			
A3	X		X				X		
A4	X		X			X			
A5		X	X					X	
A6	X		X						X
A7	X		X					X	
A8	X		X				X		
A9	X		X				X		
A10		X	X			X			
A11		X	X			X			
A12	X		X				X		
A13	X		X					X	
A14	X		X				X		
A15	X		X				X		
A16	X		X					X	
A17	X		X					X	
A18	X		X			X			
A19	X		X			X			
A20	X		X				X		
A21	X		X			X			
B22		X	X			X			
B23		X	X			X			
B24		X	X					X	
B25		X	X					X	
B26		X	X					X	
C27		X	X					X	
C28		X	X						X
C29		X	X					X	
C30		X	X					X	
C31		X	X					X	
D32		X	X				X		
D33		X	X			X			
D34		X	X					X	
D35		X	X				X		
D36		X	X					X	
E37		X	X				X		
E38		X	X					X	
E39		X	X				X		
E40		X	X				X		
E41		X	X				X		
F42		X	X			X			
F43		X	X			X			
F44		X	X			X			
F45		X	X				X		
F46		X	X			X			
G47		X	X			X			
G48		X	X				X		
G49		X	X			X			
G50		X	X				X		
G51	X	X	X			X			
H52	X		X				X		
H53	X		X				X		
H54	X		X			X			

9.4 Resultados validación de los jueces

Se realizó la validación de la encuesta entregada a los profesionales de enfermería para su valoración sobre las competencias por cinco jueces, los resultados obtenidos:

- En cuanto a la parte de la encuesta referente a datos personales y profesionales se obtiene un resultado común de univocidad y pertinencia en la que los jueces la valoran como positiva, al igual que el apartado que hace referencia al grado de conocimiento sobre las competencias de enfermería y en el apartado sobre las competencias descritas y sus subcompetencias.

- En cuanto a la importancia sobre la encuesta hicimos una escala de valores numérica del uno al cinco, en el que uno era la menor valoración y siendo cinco la máxima puntuación. Destaca de menor importancia en general para todo los jueces los apartados que hacen referencia a los datos personales exceptuando las preguntas de: “tiempo trabajado en un servicio de urgencias” y “si han trabajado en extrahospitalaria” que dan un valor de mayor importancia.

- En cuanto a importancia sobre el nivel de dominio y nivel de importancia que dan los profesionales a las diferentes competencias también se obtiene por los jueces unos valores entre cuatro y cinco.

Tras la ponderación obtenida de los resultados de la validación de los cinco jueces podemos objetivamente decir que se ha realizado una encuesta con ítems acertados para el estudio sobre las competencias de los profesionales de enfermería.

9.5 Carta presentación del cuestionario

Estimado compañero:

Nos dirigimos a ti para solicitar tu colaboración para poder realizar un trabajo de investigación. En el contexto del Màster de gestión de St Madrona, estamos haciendo un trabajo para conocer y profundizar en el que es y en lo que queremos que sean las competencias de enfermería en el ámbito extrahospitalario, es por esto que necesitamos que nos contestes a la encuesta que te presentamos a continuación.

Este cuestionario está basado en el trabajo de.: *“Juvé ME y cols. Instrument COM_VA: Definició i avaluació de competències de la infermera a l'àmbit hospitalari”*.

En la parte específica de las competencias hay dos partes a contestar.

- La parte de dominio , que va en relación a como tú dominas la competencia,
- la parte de importancia, que va relacionada a si tú crees que es importante o destacada a la hora de definir la competencia.

Finalmente queremos darte las gracias por tu valiosa colaboración para seguir en nuestra investigación.

Para cualquier duda os podéis dirigir

Isabel Arriazu isabel.arriazu@sem.gencat.cat

Montse Capdevila montserrat.capdevila@sem.gencat.cat

Isabel Figueras isabel.figueras@sem.gencat.cat

9.6 Cuestionario de las competencias en extrahospitalaria

A. 0	IDENTIFICACION CENTRO DE TRABAJO	1.- SEM	
		2.- HOSPITAL	

A. 1) Sexo

1. Hombre
 1. Mujer

A. 2) Edad**A. 3) Antigüedad empresa**

Años

Meses

A. 4) Año finalización carrera**A. 5) ¿ Has realizado el Postgrado Emergencias?**

1. SI
 2. NO

A. 6) Años en el servicio de urgencias**A. 7) ¿Ha trabajado alguna vez en emergencias extrahospitalarias ?**

1. SI
 2. NO

A. 8) Compagina su trabajo habitual con las emergencias extrahospitalarias

1. SI
 2. NO

A. 9) Si no trabaja en el SEM, ¿ le gustaría trabajar en el mismo ?

1. SI
 2. NO

Encuesta basada en Juvé ME y cols. Instrument COM_VA:Definició i avaluació de competències de la infermera a l'àmbit hospitalari

Grado de conocimiento de las competencias de la enfermería extrahospitalaria		1	2	3	4
A.10	¿Conoces el papel de la enfermera en emergencias extrahospitalarias?				
A.11	¿Conoces el trabajo de la enfermería extrahospitalaria?				
A.12	La enfermera de emergencias, ¿ está capacitada para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud/mala salud de la persona ?				
A.13	¿Conoces las competencias de la enfermería extrahospitalaria ?				
A.14	¿Crees que es necesario describirlas?				
A.15	¿Crees que se mejoraría la calidad asistencial con las competencias definidas y aprobadas?				
A.16	¿Esta suficientemente preparada para asumir la toma de decisiones clínicas y ponerlas en prácticas?				
A.17	¿Crees que la enfermería de extrahospitalari lleva identificación adecuada y conocida?				
A.18	¿Crees que el informe asistencial del que dispone es el adecuado para reflejar su trabajo?				
A.19	¿ Es adecuada la asistencia que proporciona la enfermería extrahospitalaria al paciente respecto a su patología?				
A.20	¿Proporciona al paciente los cuidados suficientes y satisface sus necesidades de salud ?				
A.21	¿Responde efectivamente a las necesidades de la población demandante?				
1.- Nada 2.- Poco 3.- Bastante 4.- Mucho					

		NIVEL DE DOMINIO				NIVEL DE IMPORTANCIA			
		1	2	3	4	1	2	3	4
Competencia 1: Cuidar									
B. 22	Establecer relación con el paciente con empatía y confianza								
B. 23	¿Ha de ser capaz de orientar la actuación en función de los síntomas?								
B. 24	Actuar de manera ética								
B. 25	Informar al paciente de forma clara dando soporte emocional								
B. 26	Preservar la intimidad y confidencialidad del paciente								
Competencia 2: Prevención de complicaciones		1	2	3	4	1	2	3	4
C. 27	Identificar de forma precoz signos y síntomas de agravamiento del paciente								
C. 28	Saber priorizar las actuaciones delante de las situaciones de emergencia								
C. 29	Conocer las técnicas y procedimientos de atención al paciente crítico								
C. 30	Identificar y prevenir las posibles complicaciones								
C. 31	Actuar en consecuencia con las complicaciones que se presenten								
Competencia 3: Aplicar los procedimientos y protocolos		1	2	3	4	1	2	3	4
D. 32	Conocer el uso del material específico de emergencias								
D. 33	Información del proceso patológico al paciente y su familia								
D. 34	Verificar la comprensión de la información dada al paciente								
D. 35	Tiene que coordinar e integrarse en el equipo multidisciplinar								
D. 36	Registro de las acciones realizadas en el informe asistencial								
Competencia 4: Garantizar la seguridad del paciente en su proceso		1	2	3	4	1	2	3	4
E. 37	Abordar adecuadamente las respuestas emocionales del paciente								
E. 38	Tener especial cuidado con los pacientes de difícil comprensión/comunicación								
E. 39	Evaluar periódicamente el estado del paciente								
E. 40	Correcta aplicación del procedimiento de priorización ante múltiples pacientes								
E. 41	Evaluar el estado del paciente y argumentar las acciones terapéuticas								
Competencia 5: Mantenimiento de las competencias profesionales		1	2	3	4	1	2	3	4
F. 42	Evaluar los propios conocimientos, actitudes y habilidades								
F. 43	Utiliza los recursos existentes para el aprendizaje								
F. 44	Desarrollar trabajos de investigación								
F. 45	Evaluar críticamente los métodos de trabajo								
F. 46	Actitud abierta a la formación continuada								
Competencia 6: Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante		1	2	3	4	1	2	3	4
G. 47	Integrarse en el equipo de trabajo								
G. 48	Reconocer las propias limitaciones								
G. 49	Saber delegar tareas al personal subalterno								
G. 50	Fomentar la docencia								
G. 51	Coordinar la distribución de tareas y asumir las responsabilidades								

Encuesta basada en Juvé ME y cols. Instrument COM_VA: Definició i avaluació de competències de la infermera a l'àmbit hospitalari

H. 52	Quien crees que debería trabajar para definir las competencias de la enfermería extrahospitalaria	1.- Las enfermeras de extrahospitalaria	
		2.- Colegio de Enfermería	
		3.- Enfermeras de diferentes ámbitos	
		4.- Direcciones de Enfermería de extrahospitalaria	
		5.- Enfermeras y médicos de urgencias	
		6.- Enfermeras y médicos de extrahospitalaria	
		7.- Otros	

H. 53	Que Organismo crees que debería validar estas competencias de enfermería extrahospitalaria	1.- Los Colegios Profesionales de Enfermería	
		2.- El Consejo de la profesión Enfermera de Cataluña	
		3.- El Consejo Nacional de Enfermería	
		4.- El Ministerio de Salud	
		5.- La Conselleria de Salut de Catalunya	
		6.- Otros	

H. 54	OPINION PERSONAL:

ENCUESTA A GUARDIA URBANA DE BARCELONA

ENCUESTA PERSONAL SOBRE COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA EXTRAHOSPITALARIA
--

RELACIONES INTERPROFESIONALES		1	2	3	4
M. 1	Crees que la enfermería del SEM está lo suficientemente identificada:				
M. 2	Te parece que la enfermería del SEM es imprescindible?				
M. 3	Crees que la enfermería del SEM es resolutive en los servicios?				
M. 4	La enfermería del SEM responde a las necesidades asistenciales de los pacientes				
M. 5	La comunicación profesional entre la enfermería del SEM y guardia urbana dirías que es.....				

1.- Nada 2.- Poco 3.- Bastante 4.- Mucho
--