



Título	La evolución de los recursos de soporte vital avanzado con enfermería (SVAe) en los diferentes Sistemas de emergencias de las comunidades autónomas en España.
Autoría	David Martín Cajigos ¹ ; Mónica García Montes ²
Autores:	<i>1. Enfermero del Servicio de Urgencias de la Osi Bidasoa y del SVAe de Zarautz, Ambulancias Guipuzkoa 2. Enfermera del Servicio de Urgencias de la Osi Debarrena y SVA de Tolosa, Ambulancias Guipuzkoa.</i> Declaración de conflictos de intereses: <i>Mónica García Montes, pertenece al Comité Editorial de la CiberRevista; el artículo ha sido evaluado según las normas de la editorial por el Comité Científico, que es independiente, sin conocer la autoría, por lo que la persona referida, no ha participado en el proceso de revisión, siendo aceptado según las normas de edición; de acuerdo a las normas éticas de la editorial, la autora no ha participado en el proceso editorial del presente manuscrito, siendo tratada como una autora independiente.</i>
Contacto	David Martín Cajigos (pch_david@hotmail.com); Mónica García Montes (monikaeibar82@gmail.com)
Palabras clave	"Soporte Vital Avanzado", "Servicios Médicos de Urgencia", "Cuidados de Enfermería", "Administración de los Servicios de Salud", "Mejora de la Calidad", "Autonomía Profesional", "Rol de la Enfermera", "Prescripción de Medicamentos", "Protocolos clínicos", "Lenguaje enfermero", "Especialización en Enfermería"

Resumen

El Soporte Vital Avanzado con Enfermería, se ha consolidado como un recurso esencial en la atención extrahospitalaria crítica en España. Su implementación, sin embargo, es heterogénea, con diferencias marcadas en regulación, operatividad y distribución de recursos entre comunidades autónomas. Este estudio analiza las fortalezas, debilidades y áreas de mejora del SVAe con el objetivo de orientar su desarrollo y homogeneización.

El estudio pretende conocer el estado actual, evolución y características operativas del SVAe en las comunidades autónomas españolas, valorando las diferencias en distribución geográfica, criterios de activación, registros asistenciales, autonomía en la administración de medicación y otras áreas de mejora.

Para ello, se ha realizado un estudio transversal con enfoque mixto. En la fase cuantitativa, se seleccionaron 53 referencias tras un proceso de lectura crítica. En la fase cualitativa, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 57 profesionales de 13 comunidades autónomas, incluyendo 44 enfermeras, 12 Técnicos de emergencias sanitarias (TES) y 1 médico. Los datos se analizaron en base a objetivos específicos, integrando tanto resultados numéricos como cualitativos.

El análisis revela variabilidad en la denominación del recurso, criterios de activación, distribución geográfica, autonomía en la administración de medicación y registros asistenciales del SVAe. Se identificaron un total de 90 unidades de SVAe en España, con una media de 7 recursos por comunidad, Cataluña liderando con 28 unidades. Un 77 % de las comunidades requiere prescripción médica para la administración de medicamentos, y solo un 23 % permite autonomía enfermera basada en protocolos. Un 46% de las comunidades emplea lenguaje enfermero de la Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería: NANDA Internacional, Clasificación de resultados de enfermería, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NANDA, NIC, NOC) en sus registros asistenciales de enfermería y un 46% ha digitalizado parcialmente estos registros. El 61% carece de criterios específicos de activación. Además, el 54% de las comunidades concentra sus recursos SVAe en una distribución mixta. Las áreas de mejora incluyen la digitalización de registros, aumento de la dotación, telemedicina, estandarización de protocolos y la creación de una especialidad de Enfermería en Urgencias y Emergencias.

Los resultados reflejan importantes desigualdades en la implementación del SVAe, que entendemos pueden afectar a su eficiencia y equidad que nos motivan a proponer las siguientes líneas de acción que fortalecerían el rol del SVAe como recurso clave en la atención extrahospitalaria en España. Se recomienda:

- 1.- Homogeneizar criterios de activación y denominación del recurso para reducir disparidades regionales.
- 2.- Expandir los recursos del SVAE teniendo en cuenta las necesidades reales y específicas de distribución geográfica de cada territorio, centrando la atención en el valor que ofrecen a través de cuidados avanzados y en los beneficios que generan para la comunidad. Ampliar preferiblemente la dotación a 3 profesionales (2 TES + 1 enfermera).
- 3.- Fortalecer la autonomía enfermera en la administración de medicamentos mediante protocolos específicos generados en cada servicio.
- 4.- Generalizar la implementación de telemedicina y la digitalización de registros asistenciales, con acceso a la historia clínica y con integración del lenguaje enfermero (NANDA, NIC, NOC).
- 5.- Incorporar un itinerario formativo permanente para la actualización de las competencias y habilidades para la prestación del servicio en la unidad SVAe.
- 6.- Promover la creación de la especialidad en Enfermería de Urgencias y Emergencias, facilitando una formación avanzada y homogénea.
- 7.- La necesidad de mayor soporte gubernamental para asegurar la continuidad y expansión del recurso.

Title	The evolution of advanced life support resources with nursing (ALS) in the different emergency systems of the autonomous communities in Spain.
Key Words	"Advanced Life Support", "Emergency Medical Services", "Nursing Care", "Health Services Administration", "Quality Improvement", "Professional Autonomy", "Role of the Nurse", "Prescription of Medicines", "Clinical Protocols", "Nursing Language", "Specialization in Nursing"

Summary

Advanced Life Support with Nursing, has established itself as an essential resource in critical out-of-hospital care in Spain. Its implementation, however, is heterogeneous, with marked differences in regulation, operation and distribution of resources between autonomous communities. This study analyzes the strengths, weaknesses and areas for improvement of Advanced Life Support with Nursing with the aim of guiding its development and homogenization.

The study aims to know the current status, evolution and operational characteristics of the Advanced Life Support with Nursing in the Spanish autonomous communities, assessing the differences in geographical distribution, activation criteria, care records, autonomy in the administration of medication and other areas for improvement.

To this end, a cross-sectional study with a mixed approach has been carried out. In the quantitative phase, 53 references were selected after a critical reading process. In the qualitative phase, semi-structured interviews were conducted with 57 professionals from 13 autonomous communities, including 44 nurses, 12 Health emergency technician (TES) and 1 doctor. The data were analyzed based on specific objectives, integrating both numerical and qualitative results.

The analysis reveals variability in the name of the resource, activation criteria, geographical distribution, autonomy in the administration of medication and care records of the ALS. A total of 90 units of Advanced Life Support with Nursing, were identified in Spain, with an average of 7 resources per community, with Catalonia leading with 28 units. 77% of communities require a medical prescription for the administration of medications, and only 23% allow nurse autonomy based on protocols. 46% of the communities use nursing language de la North American, Nursing Diagnosis Association (Nursing Diagnosis, Outcomes and Interventions – NNN), in their nursing care records and 46% have partially digitized these records. 61% lack specific activation criteria. In addition, 54% of the communities concentrate their Advanced Life Support with Nursing, resources in a mixed distribution. Areas for improvement include digitizing records, increasing staffing, telemedicine, standardizing protocols, and creating an Emergency Nursing specialty.

The results reflect important inequalities in the implementation of the Advanced Life Support with Nursing, which we understand may affect its efficiency and equity, which motivate us to propose the following lines of action that would strengthen the role of the Advanced Life Support with Nursing as a key resource in out-of-hospital care in Spain. We recommend:

- 1.- Homogenize criteria for activation and naming of the resource to reduce regional disparities.
- 2.- Expand the resources of Advanced Life Support with Nursing, considering the real and specific needs of geographical distribution of each territory, focusing attention on the value they offer through advanced care and the benefits they generate for the community. Preferably increase the staff to 3 professionals (2 emergency technicians + 1 nurse).
- 3.- Strengthen nursing autonomy in the administration of medications through specific protocols generated in each service.
- 4.- Generalize the implementation of telemedicine and the digitization of care records, with access to the medical record and with the integration of nursing language (NNN).
- 5.- Incorporate a permanent training itinerary for the updating of the competencies and skills for the provision of the service in the Advanced Life Support with Nursing unit.
- 6.- Promote the creation of the specialty in Emergency and Emergency Nursing, facilitating advanced and homogeneous training.
- 7.- The need for greater government support to ensure the continuity and expansion of the resource.



Introducción

El Soporte Vital Avanzado con enfermería (SVAE) se ha consolidado como un recurso esencial dentro de la red de transporte sanitario urgente (RTSU) y emergente, destacando su papel fundamental en la atención a pacientes críticos.

La legislación que regula este tipo de vehículos, como el Real Decreto (RD) 836/2012, establece marcos normativos específicos que tipifican su uso y funcionamiento como un vehículo tipo C de Soporte Vital Avanzado (SVA), con la dotación mínima de una enfermera y un técnico en emergencias sanitarias (TES). Esta regulación puede variar entre las distintas comunidades autónomas, por lo que esta diversidad legislativa presenta un modelo heterogéneo y no solo afecta la operatividad de los equipos de SVAE, sino que también podría influir en el desarrollo de competencias específicas necesarias para el ejercicio de la enfermera en situaciones de emergencia (1, 2).

Este recurso se ha visto impulsado por varios factores: la existencia de esta normativa, la evolución del modelo de las emergencias extrahospitalarias y transporte sanitario urgente, la escasez de médicos, la escasa evolución de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) y la inexistencia de la especialidad de Enfermería de Urgencias y Emergencias (2-9).

Entre las razones que contribuyen, a corto plazo, a la implementación de la figura EPA y, en todo caso, a medio plazo hacia la especialidad de Enfermería en Urgencias y Emergencias pueden ser la escasez de profesionales médicos, la mejora de las habilidades enfermeras, la reducción de los presupuestos de salud, el envejecimiento de la población, el crecimiento continuado de la demanda asistencial y la saturación de los servicios de urgencias y emergencias. Todo ello hace que la EPA se establezca como el profesional más idóneo para atender las asistencias urgentes y emergentes debido a su alta capacidad de resolución in situ, incorporando el cuidado de necesidades psicosociales del paciente y familiares y, mejorar así, el coste-efectividad del servicio (10-19).

El liderazgo enfermero se erige como un componente clave en la gestión del recurso SVAE, ya que la capacidad de tomar decisiones rápidas y efectivas puede marcar la diferencia en la atención al paciente. Además, parece que las comunidades autónomas están apostando por la implementación de este recurso, reconociendo su eficiencia al creciente incremento de la demanda ciudadana y la necesidad de abordar la problemática de la cronicidad (2). Por tanto, resulta importante conocer la información relacionada con el SVAE, que permita identificar las fortalezas y debilidades, así como lagunas de conocimientos para que las futuras investigaciones maximicen las oportunidades de mejora.

Por tanto, este estudio se propone ser pionero en explorar, mediante un enfoque mixto, el estado actual de las SVAE en las diversas comunidades autónomas identificando la evolución, las diferencias en su

funcionamiento, registros asistenciales con lenguaje enfermero, criterios de activación, autonomía en la administración de medicación y otras áreas de mejora. A través de este análisis, se pretende comprender desde una perspectiva más global al recurso y destacar áreas de mejora que puedan contribuir a optimizar la atención sanitaria en situaciones críticas, garantizando así un enfoque más homogéneo, efectivo y centrado tanto en la enfermera como en el usuario. De este modo, la relevancia de este estudio radica en su capacidad para llenar un vacío en la literatura, dada la escasa bibliografía referente al SVAE, y proporcionar un marco de referencia que impulse futuras investigaciones y la mejora continua en la práctica enfermera en emergencias.

Objetivos

Se trata de conocer el estado actual, la evolución y las particularidades en la gestión y activación de los recursos de Soporte Vital Avanzado con enfermería (SVAE) en las distintas comunidades autónomas, dentro del territorio nacional, con el objetivo de comprender las diferencias en su funcionamiento, distribución de los recursos, registros asistenciales de enfermería, criterios de activación, autonomía en la administración de medicación y áreas de mejora; para ello, planteamos:

- 1) Identificar la denominación genérica de los recursos SVAE en cada comunidad autónoma.
- 2) Determinar si el informe asistencial de enfermería incorpora el lenguaje específico de la profesión enfermera en cada comunidad autónoma.
- 3) Conocer si cada comunidad autónoma dispone de criterios específicos para la activación del recurso SVAE.
- 4) Comprender la distribución de los recursos SVAE en zonas geográficas urbanas y rurales por comunidad autónoma.
- 5) Identificar si en cada comunidad autónoma la prescripción farmacológica es realizada por un médico en el centro coordinador o si la enfermera tiene autonomía para administrarla según protocolos cerrados específicos.
- 6) Analizar la evolución de los recursos SVAE desde su implementación en cada comunidad autónoma, tipo de contratación y cobertura horaria.
- 7) Explorar las mejoras, desafíos y aspectos a reforzar de los recursos SVAE desde su implementación en cada comunidad autónoma.



Material y Método

Realizamos un estudio transversal, con muestreo intencional y abordaje temático, utilizando un enfoque mixto (*cuantitativo y cualitativo*) para analizar tanto datos numéricos como aportaciones cualitativas sobre el estado actual y los retos del SVAe en las comunidades autónomas.

En primer lugar, se procede a formular la pregunta analítica y exploratoria que permita delimitar lo máximo posible las necesidades de información y facilitar la elaboración de la estrategia de búsqueda lo más eficiente posible: analizar cuáles son las diferencias y áreas de mejora en el funcionamiento, la distribución de recursos, los registros asistenciales de enfermería, los criterios de activación y autonomía en la administración de medicación de los recursos SVAe en las distintas comunidades autónomas de España?; explorar cómo perciben las enfermeras y los TES las diferencias y áreas de mejora en el funcionamiento, distribución de recursos, registros asistenciales de enfermería, criterios de activación y autonomía en la administración de medicación en el SVAe entre comunidades autónomas de España.

Planteamos como población de estudio las enfermeras y TES que trabajan en los recursos SVAe en las comunidades autónomas de España, realizando una entrevista personal semiestructurada, para conocer la percepción y el grado de conocimiento con relación a las variables del estudio, referidos en los recursos SVAe en cada CCAA.

- a) Existen registros de enfermería con lenguaje enfermero (NANDA-NOC-NIC)
- b) Qué criterios de activación del SVAe
- c) Distribución geográfica de los recursos SVAe.
- d) Nivel de autonomía en la administración de medicación en base a protocolos y guías clínicas implementados.

Consideramos como primer paso, identificar los términos MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) relevantes, para cada componente de la pregunta de investigación (tabla 1), estableciendo los criterios de inclusión bibliográficos. (tabla 2)

Tabla 1: DeCS y MeSH para la búsqueda.		
Términos	DeCS (castellano)	MeSH (inglés)
P	"Soporte Vital Avanzado"	"Advanced Life Support"
	"Servicios Médicos de Urgencia"	"Emergency Medical Services"
	"Enfermería" o "Cuidados de Enfermería"	"Nurses" o "Nursing Care"
	"Recursos en Salud"	"Health Resources"
	"Personal de salud"	"Healthcare Workforce"
I	"Administración de los Servicios de Salud"	"Health Services Administration"
	"Actitud"	"Attitude"
O	"Mejora de la calidad"	"Quality Improvement"
	"Autonomía Profesional"	"Professional Autonomy"
	"Patrones de Práctica Profesional en Enfermería"	"Practice Patterns, Nurses"
	"Rol de la Enfermera"	"Nurse's Role"
	"Prescripción de Medicamentos"	"Drug Prescriptions"
	"Protocolos clínicos"	"Clinical Protocols"
	"Guías de práctica clínica"	"Practice Guidelines as topic"
	"Lenguaje enfermero"	"Nursing Language"
	"Reducción de costos"	"Cost Reduction"
	"Especialización en Enfermería"	"Specialization in Nursing"
	"Telemedicina"	"Telemedicine"
"Innovación en salud"	"Health Innovation"	

Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión en la búsqueda bibliográfica	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeras y TES que hayan trabajado o trabajen activamente en la SVAe y, que cumplan al menos 1 de estos 2 criterios: experiencia de al menos 6 meses o que tengan una visión global del recurso. - Cualquier otro profesional sanitario que trabaje en emergencias y que tenga una visión global del recurso. - Cualquier idioma referente a los estudios. - Artículos publicados en el periodo de tiempo comprendido entre el año 2005-2024 sobre el tema que nos ocupa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Artículos publicados con anterioridad al año 2005, a menos que guarden trascendencia con el tema que nos ocupa o sean leyes, documentos de consenso o reales decretos.

Por un lado, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases, *PubMed* y *Biblioteca virtual de la salud*; paralelamente realizamos una búsqueda específica en la *Revista Emergencias-Spanish Journal of Acute and Emergency (ISSN: 1137-6821, ISSN electrónico: 2386-5857)*. Para la búsqueda bibliográfica, generamos todas las combinaciones posibles de los términos seleccionados (*tabla 1*)

Se obtienen un total de 4222 artículos. 4181 artículos fueron excluidos, bien porque estaban duplicados o por falta de adecuación al tema de estudio según los criterios de selección de la tabla 2. Los 41 artículos restantes son sometidos a un segundo nivel de filtrado a través de lectura crítica revisando el texto completo para confirmar relevancia. Esto condujo a la exclusión adicional de otros 6 artículos, quedando un total de 35 artículos. Se realizó una segunda búsqueda el 25/10/24 con 18 bibliografías más, hallando páginas web, tesis doctorales, trabajos fin de máster, documentos de consenso de organizaciones concretas, leyes y reales decretos para discutir los resultados. En total, 53 bibliografías.

Por otro lado, se realiza una entrevista semiestructurada a través de encuesta telefónica para explorar, conocer y comprender la realidad del SVAE en cada comunidad autónoma (*Cuadro 1*).

Los datos obtenidos de la entrevista nos permiten contextualizar, complementar, y analizar la información proveniente de la literatura existente, al respecto de nuestro estudio.

La primera estrategia de contacto con los profesionales surgió a nivel digital, mediante la plataforma Instagram, red social, considerada tanto una herramienta de comunicación en salud como un soporte de ayuda para la participación en los estudios (**20-22**). Se decidió hacer la difusión por historias del Instagram de la “*SVAe_emergencias_zarautz*” cuenta dedicada a la difusión de aspectos relacionados con las urgencias y emergencias.

En un segundo plano, gracias al efecto bola de nieve, la encuesta se promocionó entre los profesionales de cada comunidad autónoma.

Cuadro 1

Cuestiones planteadas en la entrevista semiestructurada a profesionales de enfermería de los SVAE

1. ¿Cómo denomináis de forma genérica a este recurso en tu comunidad autónoma?
2. ¿El informe asistencial de enfermería refleja registros de SVAE específicos con lenguaje enfermero tipo terminología NANDA-NIC-NOC? O ¿Es un informe clínico asistencial general? ¿El informe queda registrado a papel o a tablet?
3. ¿El centro de coordinación utiliza criterios específicos para la activación del recurso SVAE? O ¿Se activa en función de la decisión del centro coordinador en función de la demanda?
4. Respecto a la distribución y movilización de recursos SVAE: ¿Cuáles están ubicadas en zonas urbanas o rurales? ¿Cuáles realizan avisos, más bien, urbanos? ¿Cuáles realizan avisos, más bien, rurales?
5. ¿La prescripción farmacológica se realiza en base a protocolos cerrados y avalados por la organización o se necesita una prescripción médica telefónica previa desde el centro coordinador?
6. ¿Existe la posibilidad de utilizar la telemedicina entre el centro coordinador y el recurso SVAE para visibilizar, entre otras cuestiones, el electrocardiograma de forma directa?
7. ¿1 ó 2 TES conforman la dotación de la SVAE en tu comunidad autónoma? Si es 1 ¿Es suficiente? Si es 2 ¿Cuál es la experiencia?
8. Respecto a la contratación del recurso: ¿La enfermera y TES son público, privado o mixto?
9. ¿El recurso SVAE realiza su cobertura 12 o 24 horas? ¿La jornada de trabajo es de 12 o 24 horas?
10. ¿En qué Año se incorporó el recurso SVAE en vuestra comunidad autónoma?
11. ¿Cuántas SVAE hay en la actualidad en tu comunidad autónoma? ¿Se ha hablado en incorporar alguna más de cara al futuro?
12. ¿Desde que empezaron a trabajar estos recursos ha habido cambios en algún procedimiento, gestión o registros? ¿Cuáles?
13. ¿Qué áreas de mejora crees oportunas en el recurso SVAE? ¿Hay alguna iniciativa en proceso en tu comunidad autónoma?
14. ¿Existen puntos débiles o a reforzar que crees que son necesarios abordar? ¿Existe algún conflicto en la actualidad?

La encuesta telefónica se realizó a 57 profesionales de las 13 comunidades autónomas que disponen de SVAe en su servicio. 44 (77, 2 %) eran enfermeras, 12 (21,05 %) eran TES y 1 (1,75 %) era médico. Se decide un enfoque telefónico de entrevista semiestructurada por sus características:

1. **Guía de preguntas predefinidas:** se prepararon un conjunto de preguntas clave relacionadas sobre el SVAe que garanticen cubrir los aspectos importantes del estudio.
2. **Flexibilidad:** aunque se prepararon preguntas concretas, permitimos que la persona entrevistada desarrollase sus respuestas libremente y, de ahí, exploramos otros temas relevantes que surgieron durante la conversación. Esto nos fue especialmente útil para descubrir información nueva o inesperada, a la vez que nos permitía conocer mejor a los profesionales, fomentando un trato de calidez y de confianza.
3. **Enfoque adecuado para estudios cualitativos:** el fin principal del estudio es obtener tanto datos estructurados como exploratorios, por eso la entrevista semiestructurada es la clave.

Resultado.

Se realiza una síntesis de resultados desarrollándolos y agrupándolos en base a los objetivos específicos.

1. Denominación genérica de los recursos SVAe en cada Comunidad Autónoma.

En general, la denominación de los recursos SVAe varía entre las comunidades autónomas. Aunque en la 69 % de las comunidades (Murcia, Galicia, Cataluña, Castilla-La Mancha, Aragón, Islas Baleares, Madrid, Navarra y Valencia) se utiliza el acrónimo "SVAe" o "SVA" para indicar Soporte Vital Avanzado con enfermería, el 31 % restante (Andalucía, Castilla y León, País Vasco y Canarias) emplean nombres específicos que reflejan particularidades de su sistema de salud. Por ejemplo, en el País Vasco y Canarias, el recurso se denomina "Sanitarizada" ó "Soporte Vital Enfermerizado (SVE)", en Andalucía se le llama "Equipo de Coordinación Avanzada" (ECA) y, en Castilla y León, "Unidades Enfermerizadas de Emergencias (UEnES)". Esta diversidad en la terminología podría reflejar tanto diferencias culturales como operativas en la prestación del servicio. En la figura 1 se puede observar de forma global las denominaciones genéricas del recurso SVAe en todo el territorio nacional.

2. Incorporación del lenguaje específico de la profesión enfermera (NANDA – NOC – NIC) en los informes asistenciales de enfermería.

El 54 % de las comunidades (Aragón, Islas Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Galicia, País Vasco y Valencia) tienen registros específicos en papel. El 46 % restante (Canarias, Andalucía, Cataluña, Madrid, Murcia y Navarra) han implementado registros digitales en tablets y existen algunas comunidades (Aragón, Galicia y Valencia) en proceso de hacerlo. En el País Vasco, la única SVAe pública tiene acceso al historial clínico y puede registrar a través de la tablet los cuidados y técnicas realizadas.

Observamos porcentajes similares en el uso de taxonomías enfermeras como NANDA, NIC y NOC en los informes asistenciales de enfermería. El 46 % de las comunidades (Galicia, Andalucía, Aragón, Murcia, Valencia y Castilla y León) han incorporado este lenguaje en sus informes asistenciales, lo que podría facilitar la estandarización y el análisis comparativo de los cuidados y técnicas enfermeras. El otro 46 % (Madrid, País Vasco, Cataluña, Navarra, Castilla-La Mancha y Canarias) utilizan informes clínicos más generales, tipo "ABCDE" o idénticos al del SVA. De estos 46 %, en alguna comunidad autónoma (Navarra, Madrid) pueden utilizar diagnósticos de enfermería sin ser NANDA-NIC-NOC. En el País Vasco, existen registros que reflejan la valoración enfermera; pero, no aportan la posibilidad de registrar los diagnósticos e intervenciones enfermeras. El 8 % restante (Islas Baleares) es curioso cómo en sus SVAe públicas tienen registros con lenguaje enfermero y en las SVAe privadas utilizan un informe clínico asistencial general.



Figura 1: Denominación genérica del recurso SVAe en todo el territorio nacional. Elaboración propia autores.

3. Existencia de criterios específicos de activación para el recursos SVAe.

En el 61 % de las comunidades (Aragón, Navarra, Murcia, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Canarias, Madrid, y Valencia) la activación del SVAe depende en gran medida de la demanda del centro coordinador o de la disponibilidad de los recursos en muchas comunidades. El 39 % de las comunidades restantes cuentan con criterios específicos de activación, como en el caso de Andalucía (síncope recuperado, paciente difícil de historiar, dolor torácico, disnea no específica y patología osteomuscular aguda), en Islas Baleares y Galicia (síncope, traslado interhospitalario (TIH)...), en Cataluña (mismos criterios que

una SVAm) y en el País Vasco. El País Vasco, por un lado, posee un “SCORE” no validado para los traslados interhospitalarios con el fin de determinar qué recurso es el apropiado. Por otro lado, para las órdenes médicas y avisos primarios también tiene una instrucción técnica reciente para la movilización de las SVAe urbanas y rurales, pero la realidad es que el criterio depende en gran medida de quien nos quiera utilizar como un recurso de SVA, siendo difícil la optimización de la instrucción técnica porque no haber un recurso de SVB en la misma zona de la SVAe los 365D/24H. Esta realidad prácticamente sucede por no haber en todos los entornos próximos a la SVAe un SVB de apoyo cercano. Esto sugiere la necesidad de más recursos y de protocolos uniformes que permitan una activación más coherente del recurso, reduciendo las variaciones y asegurando que el servicio esté disponible para los casos que realmente lo requieran.

4. Identificación de la distribución geográfica del recurso SVAe.

El 54 % de las comunidades autónomas (Galicia, Islas Baleares, Andalucía, Aragón, Madrid, Castilla-La Mancha y Cataluña) tienen una distribución mixta (urbanas y rurales), en el 23 % (País Vasco, Castilla y León y Canarias) la distribución es predominantemente rural para asegurar cobertura en zonas de difícil acceso y, en el otro 23 % (Navarra, Valencia y Murcia), existe una mayor cobertura urbana, lo cual refleja la necesidad de adaptarse a la densidad poblacional y a las características geográficas de cada región.

5. Determinación de la autonomía enfermera en la administración de medicamentos en base a guías clínicas o protocolos de su organización.

En el 77 % de las comunidades (Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Navarra, Madrid, Galicia, País Vasco, Valencia, Murcia e Islas Baleares), la administración de medicación requiere prescripción médica. En el 23 % restante (Aragón, Andalucía y Cataluña) se permite que la enfermera administre ciertos medicamentos de forma autónoma mediante protocolos específicos. Por ejemplo:

- **Andalucía:** la enfermera puede administrar “Calinox®” (óxido nítrico) de forma autónoma como *analgésico protocolizado* en el servicio en avisos concretos, sobre todo en avisos rurales con falta de cobertura cuando no es posible una comunicación rápida con el centro de coordinación.
- **Aragón:** para el dolor en la escala 6/7 o menos, utilizando la escala visual analógica (EVA) o la escala verbal numérica (EVN), pueden administrar analgesia según su protocolo de la organización, sin consentimiento previo del centro coordinador. De la misma manera, pueden administrar “Primperan®” como antiemético o, “ácido tranexámico” en un caso de politraumatismo en la que exista un compromiso vital con una sospecha de

sangrado que amenace la vida.

- **Cataluña:** Administran todo tipo de medicación variada en la emergencia en base a guías y protocolos de la Generalitat y prácticamente solo consultan al centro coordinador o al jefe de guardia cuando tienen dudas o en casos concretos antes de administrar opiáceos.

Esto muestra un nivel de autonomía variable que podría estandarizarse, a nivel de cada comunidad autónoma, para mejorar la respuesta en situaciones críticas dependiendo de la formación, experiencia y habilidades de las enfermeras.

6. Evolución de los recursos SVAe desde su implementación, tipo de contratación y cobertura horaria.

La implementación de los recursos SVAe ha evolucionado con el tiempo, comenzando en algunas comunidades, como Cataluña (1989), Málaga (1999) y Canarias (2003), mientras que en otras se iniciaron más recientemente. Por ejemplo, en el 2022 (Navarra, Murcia, Mallorca, Castilla y León), 2023 (Aragón) y 2024 (Lalín). En la figura 2 se puede observar la evolución de los SVAe desde su implementación hasta la actualidad.

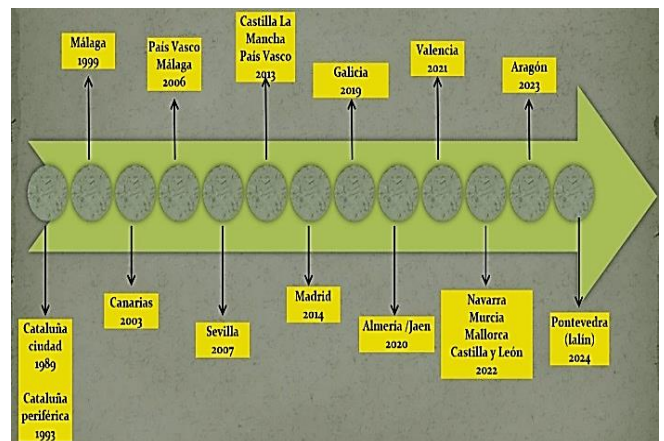


Figura 2: “evolución de los SVAe desde su implementación hasta la actualidad”. Elaboración propia de los autores.

El número aproximado de SVAe a nivel nacional es de 90 recursos. La media es de aproximadamente 7 SVAe por comunidad. El número de unidades disponibles también varía ampliamente, con Cataluña liderando con un despliegue de 28 SVAe, seguido del País Vasco y Canarias con 11 recursos), mientras que la región con el menor número de unidades es Navarra con 1 SVAe. El 54 % (Cataluña, Galicia, Madrid, Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha y Valencia) han expresado interés en ampliar los recursos SVAe, especialmente en áreas rurales, mientras que el 46 % (Canarias, Castilla y León, Islas Baleares, Murcia, Navarra y País Vasco) no tienen planes formalmente establecidos ni claros de expansión a corto plazo. Es curioso cómo aumenta el número de SVAe en la época estival en Cataluña, Murcia e Islas Baleares con el fin de garantizar la cobertura de la RTSU. En Cataluña en invierno además se suma una SVAe pediátrica para casos principalmente de bronquiolitis, COVID-19 y Gripe, con el fin de descargar el trabajo en la RTSU. Esto refleja el compromiso de las

comunidades con el servicio de emergencias y la prioridad que se le otorga en sus sistemas de salud.

Las combinaciones de contratación varían: el 69 % son completamente públicos o mixtos (Andalucía, Valencia, Aragón, Madrid, Castilla-La Mancha, Murcia, Castilla y León, Galicia y Navarra). Canarias es completamente privado con enfermeras por cuenta propia (autónomas), como en el País Vasco, pero por cuenta ajena con un servicio concertado, a excepción de la SVAe de Donostia donde la enfermera es pública y el TES privado. La dotación del 061 en Islas Baleares es pública, sin embargo, en las SVAe de empresas privadas tanto el TES como la enfermera son privados. Cataluña tiene características peculiares, ya que Barcelona ciudad lo gestiona el *Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM)* y es público y en la periferia las SVAe están dotadas de un TES privado, pero la enfermera puede ser pública o privada dependiendo si es contratada a través del SEM o del Hospital donde esté situada la SVAe.

El 38 % de las comunidades autónomas (Murcia, Castilla-La Mancha, Canarias, Valencia y Castilla y León) ofrecen cobertura de 24 horas, aunque en el 31 % (Madrid, Navarra, Islas Baleares y Galicia) operan en turnos de 12 horas. En las restantes comunidades, existe una cobertura variada:

- **Andalucía:** 6 de las 7 SVAe están a 12 h, excepto una en Málaga a 24 h.
- **Aragón:** la de Zaragoza capital está a 24 h. Las rurales como Calatayud, Alcañiz, Barbastro y Jaca son SVAe en turno nocturno de 12 h entre semana y en fin de semana durante 24 h.
- **Cataluña:** en Barcelona ciudad a 12 h. Las rurales generalmente 24 h.
- **País Vasco:** 10 de las 11 SVAe a 24 h, excepto la de Donostia a 12 h.

7. Identificación de mejoras, desafíos y aspectos a reforzar desde su implementación.

La digitalización y estandarización de registros y protocolos son los cambios más comunes que han tenido estos recursos desde su implementación, seguido de la actualización de protocolos específicos y mejoras en el equipamiento. En la tabla 4 se pueden observar las áreas de mejora y los desafíos pendientes para la evolución de los recursos SVAe. El 46% de las comunidades han implementado cambios en algún procedimiento, gestión o registro en los últimos 5 años:

- **Andalucía:** registro de papel a tablet, informe clínico con lenguaje enfermero, acceso a la historia clínica electrónica, administración autónoma de Calinox, requisitos para trabajar en un ECA...
- **Cataluña:** acceso a la historia clínica electrónica, registro a tablet directamente a la historia clínica, protocolos cerrados de prescripción farmacológica, requisitos para trabajar en SVAe...
- **Aragón:** registros de enfermería con lenguaje enfermero, SVAe de Zaragoza como referente para los TIH neonatales, formación previa a la incorporación de la

SVAe con un curso de 100 h creado a partir de los grupos de trabajo del servicio de emergencias...

- **Galicia:** informe asistencial con lenguaje enfermero, acceso a la historia clínica...
- **Madrid:** procedimiento para SVA sin médico.
- **Valencia:** registros de enfermería con lenguaje enfermero, SVAe de Valencia como referente para los TIH neonatales, enfermera involucrada en la toma de decisiones al hablar con el centro coordinador...

El 54% (Navarra, País Vasco, Castilla y León, Islas Baleares, Castilla-La Mancha, Murcia y Canarias) mantienen procedimientos similares o han realizado pocas actualizaciones recientes.

Discusión

Los resultados muestran que, aunque el recurso SVAe es ampliamente valorado en las comunidades autónomas de España, existe una heterogeneidad notable en cuanto a su implementación, protocolos y prácticas. Esta variabilidad puede atribuirse a factores locales, tales como la geografía, la demografía, la infraestructura de cada sistema de salud y las políticas autonómicas.

Las variaciones en la activación, dotación de personal y protocolos de administración de medicamentos reflejan diferencias en la organización sanitaria de cada región y en los recursos disponibles; no obstante, esta disparidad plantea varios retos y oportunidades, permitiendo contextualizar los desafíos y avances observados en las comunidades autónomas, con el fin de mejorar y homogeneizar la práctica diaria en la atención en emergencias, estandarizando ciertos aspectos referenciados y alineados con los objetivos planteados y que, además, han estimado como trascendente, la mayoría de los profesionales sanitarios

1. Homogeneizar el término "SVAe".

- a) **Reto/desafío:** el 69 % de las comunidades utilizan la sigla "SVAe" o "SVA" para indicar Soporte Vital Avanzado con enfermería, aunque hay comunidades que la denominan como "*Equipo de Coordinación Avanzada*", "*Sanitarizada*", "*Soporte Vital Enfermerizado (SVE)*" o "*Unidades Enfermerizadas de Emergencias*". Actualmente, el término "SVAe" puede tener significados y estructuras diferentes en cada comunidad autónoma, lo que puede generar confusión y puede dificultar la implementación de políticas uniformes a nivel nacional. La falta de una terminología estandarizada puede afectar la interoperabilidad y dificulta la colaboración interregional en emergencias.
- b) **Oportunidad de mejora:** unificar el concepto de SVAe permitiría implementar estándares comunes en todo el país, mejorando la eficiencia y facilitando el desarrollo de políticas de emergencia nacionales. Esto reduciría la confusión entre profesionales y optimizaría la capacitación y el uso de recursos. Además, añadiría valor a la evidencia, ya que los profesionales que quieran investigar sobre esta recurso realizarían la búsqueda y el análisis de información en base al

término a estandarizar, tal y como lo recomienda la ERC 2021 con respecto a los criterios Utstein de la parada cardiorrespiratoria “los registros deberían adherirse a las recomendaciones Utstein para las definiciones de datos y la presentación de informes de resultados” (23). De esta manera, según la actualización de Utstein de 2024 es deseable “homogenizar conceptos para estandarizar la recopilación de datos para permitir la investigación, la evaluación y las comparaciones de los sistemas de atención” (24). Además, el Ministerio de Sanidad en sus políticas de normalización y terminología considera como estrategia factible “una directriz clara de normalización terminológica para conseguir la interoperabilidad de los sistemas de información clínicos” (25).



De todo esto se desprende que, la falta de uso de una taxonomía estandarizada como NANDA-NIC-NOC en los informes asistenciales de enfermería, impide una comunicación efectiva y uniforme entre profesionales y limita la capacidad de evaluar y comparar resultados de enfermería a nivel holístico en el SVAe.

- b) **Oportunidad de mejora:** El 46 % de las restantes comunidades (Madrid, País Vasco, Cataluña, Navarra, Castilla-La Mancha, y Canarias) no poseen registros completos enfermeros con lenguaje NANDA-NIC-NOC. La investigación es limitada en lo referente a las características clínicas en base a los diagnósticos enfermeros registrados en los pacientes atendidos en emergencias (30-31).

La única referencia visible está en el estudio de los diagnósticos enfermeros presentes en pacientes crónicos asistidos por equipos de emergencias extrahospitalarias en Andalucía (32). El uso del lenguaje enfermero promueve la visibilidad de las intervenciones enfermeras, mejora la calidad y seguridad de la atención al paciente y mejora los datos registrados, permitiendo la evaluación del cumplimiento de los resultados de salud, aumentando la adherencia a los estándares de la calidad de la práctica clínica y facilitando la evaluación de las competencias de las enfermeras. Las terminologías de enfermería estandarizadas tienen efectos positivos en la práctica clínica, son esenciales para enriquecer el conocimiento de las enfermeras y modifican las actitudes de las enfermeras con respecto a la educación y la orientación, lo que promueve la aplicación clínica de estas terminologías (27-28). Fomentar la uniformidad, integrando la taxonomía NANDA-NIC-NOC en los registros de enfermería, unido a la implementación de los registros a nivel digital en el 54 % de las comunidades (Aragón, Islas Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Galicia, País Vasco y Valencia) que no lo tienen, facilitaría la comunicación entre profesionales, la comparación de datos y la investigación en cuidados de emergencias, contribuyendo a un sistema de atención más coherente y eficiente. Esta mejora está alineada y mantiene la coherencia con el RD 572/2023, de 4 de julio sobre el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, así como con la Asociación Europea para Diagnósticos, Intervenciones y Resultados de Enfermería Comunes en Europa (ACENDIO) y con el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), mostrando la visibilidad del trabajo de la enfermera, a la vez que identifica la productividad variable y el seguimiento del paciente en todos los niveles asistenciales (33-34).

2. Encaminar el registro de Enfermería hacia la implementación digital con la taxonomía NANDA- NIC-NOC o lenguaje enfermero.

- a) **Reto/desafío:** el rol de la enfermera de emergencias se ha centrado tradicionalmente en las respuestas físicas humanas debido, entre otros elementos, al carácter potencialmente mortal de las patologías críticas atendidas en el entorno extrahospitalario. Por ello, la práctica clínica ha consistido principalmente en desarrollar intervenciones técnicas, monitorizar y gestionar equipos tecnológicos. Esta limitación del rol es poco compatible con la idea de la autonomía profesional enfermera. Además, deja en un segundo plano, carente de rigor, el cuidado integral del enfermo grave, limitando la información contenida en los registros asistenciales a las intervenciones técnicas desarrolladas. La registros con lenguaje enfermero se pueden utilizar en todos los contextos y especialidades enfermeras, aunque su uso no está extendido en los servicios de emergencias a nivel nacional (26-29). Muestra de ello, tras la encuesta realizada, el 46 % de las comunidades (Galicia, Andalucía, Aragón, Murcia, Valencia y Castilla y León) han incorporado este lenguaje en sus informes asistenciales.

3. Reforzar la existencia de criterios específicos desde el centro coordinador para la activación del recurso SVAe.

- a) **Reto/desafío:** En el 61% de las comunidades (Aragón, Navarra, Murcia, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Canarias, Madrid y Valencia) la activación de SVAe depende en gran medida de la demanda del centro coordinador. La falta de criterios unificados para la activación del SVAe desde los centros coordinadores

puede generar disparidades en la rapidez y eficacia de la respuesta ante emergencias, lo que puede afectar a la supervivencia y recuperación de los pacientes. Esto destaca la necesidad de un marco normativo nacional que permita un acceso equitativo y eficiente a este recurso de SVA. A su vez, es importante señalar que lo ideal es que hubiera un recurso de soporte vital básico cercano a cada SVAe.

- b) **Oportunidad de mejora:** El 39 % (Andalucía, Islas Baleares, Cataluña, Galicia y País Vasco) de las comunidades restantes cuentan con criterios específicos de activación. Es importante destacar que no solamente han de existir estos criterios, sino que los profesionales los utilicen evitando la variabilidad en la práctica diaria. Emergencias de Osakidetza enumera en su cartera de servicios las funciones del SVAe, entendiendo que estos criterios generales podrían utilizarse para la activación del recurso: 1) “*Traslados interhospitalarios que precisen asistencia y se encuentren estables*”. 2) “*Asistencia primaria que pueda beneficiarse de técnicas de enfermería*”. 3) “*Apoyo a otros recursos de la RTSU, si se precisa*” (35).

Andalucía, por su parte, ofrece criterios más específicos de activación: síncope recuperado, paciente difícil de historiar, dolor torácico, disnea no específica y patología osteomuscular aguda. Por último, Cataluña no discrimina entre SVAm/SVAe y envía el recurso más cercano de SVA ante una emergencia. Estudios recientes sugieren que la estandarización de los protocolos en servicios de emergencias puede reducir tiempos de respuesta y mejorar los resultados clínicos de los pacientes que puedan beneficiarse de una SVAe, asegurando que el recurso esté disponible para los casos que realmente lo requieran (2, 6, 8, 9, 16, 36-38).

Un enfoque coordinado a nivel nacional permitiría optimizar recursos y asegurar una respuesta homogénea en situaciones de emergencia. Las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) subrayan la importancia de “*protocolos estandarizados en los recursos de soporte vital para mejorar la eficiencia y la calidad de la atención en emergencias, donde la adecuada gestión y distribución de los recursos sanitarios es fundamental para mejorar la atención a los pacientes accidentados*” (39-40).

Agregan también que la decisión de la activación, en función de la clínica, así como otros condicionantes (cercanía del recurso, orografía del terreno...) se ha de realizar en base a patrones estandarizados y que la responsabilidad de esta gestión y distribución adecuada es de todos aquellos organismos implicados en la atención inicial del paciente:

- 1) *Servicio de Salud de cada Comunidad Autónoma* 2) *Responsable de Seguridad y Emergencias de cada Comunidad Autónoma*
- 2) *Responsable del Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalarias*
- 3) *Profesionales Sanitarios implicados en la asistencia.*

Además, todo esto está respaldado también por la revisión sistemática de 2024, que argumenta el criterio “*enfoque estandarizado para medidas de*

respuesta eficaces” destacando el beneficio en la reducción de la mortalidad hospitalaria y los paros cardíacos tras establecer y gestionar los equipos de respuesta rápida con un enfoque estandarizado (36). Esto destaca la necesidad de unificar los criterios de activación del SVAe a nivel nacional o, al menos, que cada comunidad autónoma tenga su protocolo local adaptado a su realidad específica.

4. **Aumentar la autonomía en la administración de medicación según protocolos específicos.**

- a) **Reto/desafío:** La reducción de los errores de medicación debe asumirse como un proceso continuo de mejora en el que deben incluirse varias prácticas en cada una de las fases que constituyen la cadena de utilización de los medicamentos e implicar a los profesionales sanitarios en base a protocolos y guías clínicas (41,42). Aunque la autonomía en la administración de ciertos medicamentos en base a protocolos o guías de cada organización por parte de las enfermeras en la extrahospitalaria es una práctica común en el 23 % de las comunidades (Aragón, Andalucía, y Cataluña), la falta de protocolos nacionales o locales a nivel extrahospitalario, la heterogeneidad en la formación específica enfermera en el ámbito de sus competencias, la evolución de la ley 29/2006 del uso racional de medicamentos y productos sanitarios y otros Reales Decretos (RD) posteriores pueden generarle controversia a la enfermera a la hora de utilizar ciertos fármacos en situaciones de emergencia (43-45).

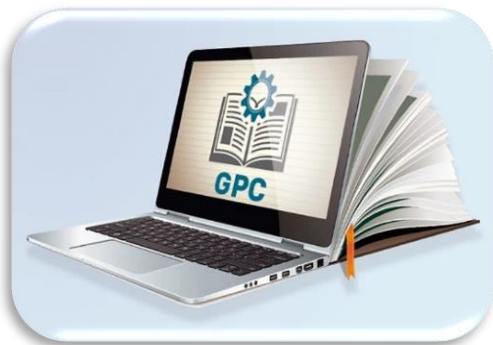


- b) **Oportunidad de mejora:** La autonomía de la enfermería en la administración de medicamentos en situaciones de emergencia donde no existe una prescripción médica previa, pero sí guías, algoritmos o protocolos que lo respalden, es un tema crucial en la práctica sanitaria actual. Esta autonomía, aunque a menudo debatida, preferiblemente debería quedar consensuada entre el colectivo médico y enfermero del servicio específico y encuentra justificación en la legislación española vigente siendo expresión del compromiso de la enfermera con

la excelencia en la atención y en la necesidad de garantizar una respuesta eficiente y segura en contextos de alta exigencia y presión clínica.

c) **Se exponen 4 puntos clave:**

1. **Marco normativo de la administración de medicamentos por las enfermeras:** La Ley 29/2006, de 26 de julio, establece las bases generales para el uso racional de medicamentos y productos sanitarios. Si bien originalmente se centraba en la prescripción médica, esta ley fue ampliada por el RD-Ley 16/2012, que abrió la puerta a la colaboración de las enfermeras en la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos. El RD 954/2015, de 23 de octubre, aunque mencionaba protocolos, dejaba su regulación en un marco ambiguo, obligando a que la enfermera tuviera una prescripción médica previa para administrar estos medicamentos, lo que limitaba la autonomía en situaciones de emergencia (44). El RD 1302/2018, de 22 de octubre, deroga y actualiza al RD 954/2015, introduciendo modificaciones clave, regulando específicamente la capacidad de la enfermera para administrar medicamentos no sujetos a prescripción médica y para ejecutar tratamientos farmacológicos bajo protocolos y guías clínicas preestablecidas, siempre dentro de su ámbito competencial y bajo criterios de seguridad clínica, otorgando más autonomía y facilitando la atención en emergencias (45).
2. **Autonomía profesional y las situaciones de emergencia:** La Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, reconoce explícitamente la capacidad de los profesionales sanitarios, incluidos las enfermeras, para tomar decisiones que sean coherentes con su ámbito competencial (46). En emergencias, donde el tiempo es un factor crítico y la ausencia de una prescripción médica inmediata podría poner en riesgo la vida del paciente, la enfermera tiene el deber ético y legal de actuar conforme a protocolos establecidos. Por ejemplo, en el ámbito de los servicios de emergencias extrahospitalarias y el SVAe, es común que las guías establezcan claramente qué fármacos (adrenalina, glucosa, atropina, ácido tranexámico, etc.) deben administrarse en determinados contextos críticos. Estas guías, aprobadas por las organizaciones sanitarias y sustentadas en la evidencia científica disponible, constituyen una base legal y ética para la actuación autónoma de la enfermera.



3. **Justificación basada en guías y protocolos:** El RD 1302/2018 reconoce que la actuación enfermera puede basarse en protocolos clínicos aprobados por la autoridad sanitaria competente. El artículo 3 indica: "Para que las

enfermeras y enfermeros acreditados/as puedan llevar a cabo las actuaciones contempladas en este artículo respecto de la administración de estos medicamentos a determinados pacientes, los protocolos o guías de práctica clínica y asistencial deberán contener necesariamente aquellos supuestos específicos en los que se precisa la validación médica previa a la indicación enfermera. Asimismo, y con carácter general, los protocolos o guías de práctica clínica y asistencial contemplarán las actuaciones que, en el ámbito de sus respectivas competencias, el personal médico y enfermero realizarán colaborativamente en el seguimiento del proceso, al objeto de garantizar la seguridad del paciente y la continuidad asistencial" (45). En el ámbito de las emergencias, esto se traduce en algoritmos como el de la RCP avanzada del European Resuscitation Council (ERC), del International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) o guías locales de atención al trauma y otras urgencias o emergencias (23, 47). Estos protocolos son herramientas que estandarizan la actuación clínica, permiten decisiones rápidas y aseguran la continuidad de los cuidados. En este contexto, la administración de medicamentos por la enfermería no solo es legítima, sino necesaria para garantizar la supervivencia del paciente y reducir tanto la mortalidad como la morbilidad. No obstante, los protocolos deben dejar claro hasta dónde puede llegar la enfermera en el ejercicio de sus funciones en colaboración con los médicos en el ámbito de emergencias.



4. **Responsabilidad profesional y seguridad clínica:** La actuación de la enfermería en emergencias está respaldada por la "Lex Artis ad hoc", que establece que las decisiones en base a protocolos y guías clínicas deben ser las que un profesional razonablemente cualificado tomaría de manera específica y en las mismas circunstancias particulares adaptadas de un caso concreto. Se utiliza para determinar si un profesional de la salud ha actuado de acuerdo con los conocimientos y habilidades aceptados en su campo, y si ha cumplido con los deberes y responsabilidades que le corresponden. La decisión profesional correcta "es el resultado de un juicio sintético que tiene en cuenta las posibilidades prácticas; es decir, qué se puede hacer en ese caso concreto y en ese momento, en razón de las circunstancias subjetivas y objetivas de la situación: la capacidad del profesional, las características y decisiones del paciente y las condiciones en las que se realiza la intervención. La administración de un medicamento según un protocolo reconocido cumple con este estándar" (48). Además, la formación y acreditación específicas exigidas por el RD 1302/2018 refuerzan la

capacidad de la enfermera para actuar de forma segura y fundamentada en situaciones de emergencia, sin necesidad de una prescripción directa e inmediata, más si cabe cuando no existe tiempo en contactar con un médico para que nos prescriba la medicación concreta.

Actualmente existen diferentes normativas autonómicas, que, para garantizar una atención rápida, segura y eficaz en el SVAe, han dispuesto de protocolos específicos para la administración de medicamentos de forma autónoma por enfermería, que legitiman la intervención; un ejemplo claro son las guías elaboradas por la Generalitat de Catalunya y el SEM, que otorgan un marco y garantías legales para la actuación enfermera en situaciones de urgencia y emergencia (49).

5. **Reforzar el sistema con más recursos SVAe, pues se ha demostrado su eficiencia y reducción de costes en el sistema nacional de salud.**

a) **Reto/desafío:** A pesar de los beneficios demostrados del SVAe en términos de eficiencia y reducción de costes, algunas comunidades autónomas (Cantabria, Asturias, La Rioja y Extremadura) no cuentan o no tienen una cobertura suficiente (por ejemplo, Navarra con 1 solo recurso) de estos recursos. El número de unidades varía ampliamente, con Cataluña liderando con un despliegue 28 SVAe, seguido del País Vasco y Canarias con 11 recursos ambos.

b) **Oportunidad de mejora:** La implementación más SVAe dentro de los sistemas de emergencias, tanto ampliando la cobertura de 12 a 24 horas como aumentando el número de recursos en sí, es crucial para mejorar la calidad, la eficiencia y la cobertura de la atención extrahospitalaria. La creación de estos nuevos recursos tiene como objetivo principal aumentar los medios asistenciales sin sustituir los ya existentes, aportando más versatilidad, accesibilidad y rentabilidad con el fin de reducir el tiempo de reacción ante cualquier situación de urgencia, mejorando la calidad asistencial para el usuario, evitando visitas innecesarias, reiteradas y evitables a los servicios de urgencias del hospital, previniendo así el colapso del sistema de salud. Algunos de los beneficios evidenciados pueden ser estos:

→ **Beneficios para el sistema de emergencias:**

- **Descongestión del sistema sanitario:** la SVAe permite descongestionar las SVAm al atender casos que requieren cuidados avanzados, pero no necesariamente la presencia inmediata de un médico. Esto optimiza la disponibilidad de recursos, garantizando que las SVAe puedan atender emergencias críticas.

- **Reducción de costes:** las SVAe son más económicos que los SVAm. Esto permite un uso más eficiente del presupuesto destinado al transporte sanitario, sin sacrificar calidad asistencial. Por ejemplo, en un estudio en Cantabria, donde no existen SVAe, de 1156 pacientes que precisaron un traslado secundario, el 15,8% precisó un soporte vital avanzado con médico y el 35,9% hubiera precisado únicamente un SVAe. De esto se desprende que 415 pacientes hubieran sido atendidos suficientemente por el SVAe, dejando libre a la SVAm para otros avisos primarios. Finalizan agregando que crear modelos de gestión de los recursos en los traslados secundarios, con objetivos medibles y

contrastables, junto con la implementación de unidades SVAe pueden ser dos grandes mejoras que contribuyan a la sostenibilidad de los recursos de los SEM en Cantabria y, probablemente, en otras comunidades autónomas (50).

→ **Eficiencia y calidad operativa:**

- **Alta capacitación de la enfermera:** las enfermeras de SVAe cuentan con formación especializada en emergencias, lo que garantiza habilidades avanzadas.

- **Protocolos basados en evidencia:** las comunidades que cuentan con protocolos de SVAe estructurados y actualizados permiten tomar decisiones rápidas y seguras. Esto asegura uniformidad y calidad asistencial desde el primer contacto con el paciente en cualquier contexto geográfico.

- **Atención humanizada:** la enfermera aporta una perspectiva holística en la atención, lo que mejora la experiencia del paciente al priorizar no solo la estabilización clínica, sino también cuidados psicosociales.

→ **Impacto en la supervivencia y pronóstico:**

- **Mejoras en el tiempo puerta-balón:** en emergencias como el infarto agudo de miocardio, los equipos SVAe reducen significativamente los tiempos de activación del protocolo puerta-balón, monitorizando adecuadamente al paciente, lo que puede mejorar las tasas de supervivencia y disminución de la morbilidad.

- **Mayor acceso a recursos avanzados:** Los SVAe equipados con monitorización avanzada, capnografía y bombas de perfusión permiten una estabilización precoz, reduciendo complicaciones y mortalidad.

→ **Gestión eficiente de emergencias:**

- **Cobertura ampliada:** En sistemas de emergencias que integran SVAe, se logra cubrir una mayor población sin necesidad de aumentar de forma proporcional los costos operativos.

- **Adaptabilidad a las necesidades locales:** La flexibilidad de los equipos SVAe les permite adaptarse a diferentes contextos, desde grandes ciudades hasta entornos rurales o eventos masivos.

6. **Identificar mejoras y aspectos a reforzar de los recursos SVAe desde su implementación en cada comunidad autónoma.**

6.1. **Capacitación y Especialización de Enfermería en Urgencias y Emergencias:**

- **Reto/desafío:** La falta de una especialización de Enfermería en Urgencias y Emergencias limita y afecta, en parte, a la confianza y a las competencias de los profesionales para la toma de decisiones en situaciones críticas. Los desafíos que previamente deben ser abordados son la falta de un marco legal y regulatorio de las competencias específicas, las resistencias y la falta de conocimiento. Además, sería interesante promover la sensibilización y el conocimiento sobre esta especialización entre todos los profesionales de la salud y fomentar la investigación y la generación de evidencia sobre su impacto en la atención en urgencias y emergencias, dada la escasa bibliografía que existe tanto de la figura de la EPA como de la especialización de Enfermería de Urgencias y Emergencias en torno al SVAe

a nivel nacional. En un paso intermedio, sería interesante reconocer la figura de la EPA, “aquella que ha adquirido, mediante formación de postgrado, la base de un conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas necesarias para desarrollar un ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer”. Como nivel de acceso se recomienda un título universitario de posgrado de nivel máster. En España hay una extensa red de universidades que imparten másteres oficiales para Enfermería de Urgencias que se presentan como una manera de profundizar en la formación, pero en ningún caso permite una acreditación reconocida de ascenso profesional (3-4).

- **Oportunidad de mejora:** La creación de un nuevo programa de Enfermera Interna Residente (EIR) en urgencias y emergencias, emerge como una respuesta prometedora con el potencial de transformar la atención sanitaria en el sistema sanitario. Cataluña, Andalucía y Aragón, entre otras comunidades, avanzan hacia la figura de la EPA con requisitos específicos para la selección de sus profesionales. El futuro próximo debería ir orientado hacia la especialización.
 - **Cataluña:** master de urgencias y emergencias, 3 años experiencia en UCI/críticos, examen teórico y de simulación clínica, formación en sala de coordinación.
 - **Andalucía:** master en emergencias, 2 años de experiencia en UCI/críticos y curso que habilita para trabajar en el recurso para adquirir más destreza y las “5C” del trabajo en equipo: coordinación, comunicación, complementariedad, confianza y compromiso.
 - **Aragón:** han creado entre los profesionales del SVAm una formación previa a la incorporación de la SVAe de 100 h, potenciando el liderazgo y la valoración enfermera. Para trabajar en la SVAe se necesita el curso, experiencia previa en SVAm y que la enfermera quiera, esto es, esté motivada.

El hecho que, en la mayoría de los sistemas de emergencias, exijan formación superior universitaria posgraduación, debería entenderse como un grado de requerimiento en la especialización de estos profesionales, que se justifica por diferentes motivos:

1. *La complejidad de los cuadros clínicos en urgencias se compromete o complica por la cronicidad y el envejecimiento. Esto demanda una formación reglada específica y avanzada de la enfermera. Esta práctica avanzada representa un nivel de especialización dentro de la profesión enfermera, asumiendo responsabilidades que van más allá de los cuidados básicos, como son la valoración avanzada de pacientes, la gestión de cuidados complejos, la prescripción de medicamentos, la realización de procedimientos invasivos y técnicas avanzadas de forma precoz en situaciones críticas, la educación, el asesoramiento al paciente para evitar reingresos, y la investigación y desarrollo de protocolos (10-19, 51).*
2. *Esta práctica avanzada representa un nivel de especialización dentro de la profesión enfermera, asumiendo responsabilidades que van más allá de los cuidados básicos, como son la valoración avanzada de pacientes, la gestión de cuidados complejos, la prescripción de medicamentos, la realización de procedimientos invasivos y técnicas avanzadas de forma precoz en situaciones críticas, la educación, el asesoramiento al paciente para evitar reingresos, y la investigación y desarrollo de protocolos (10-19, 51).*

3. *Facilitaría la mejora de la retención del talento en el sector, atrayendo y conservando a los profesionales más cualificados. Al ofrecer oportunidades de desarrollo profesional y de especialización, se fomentaría la motivación y el compromiso de las enfermeras, en un área de trabajo donde el estrés y la sobrecarga laboral percibidos son altos.*
4. *También contribuiría a reducir conflictos interprofesionales, ya que clarificaría aún más los roles, competencias y responsabilidades de cada miembro del equipo de emergencias.*

6.2. Acceso a la historia clínica, digitalización de registros e implementación de la telemedicina:

- **Reto/desafío:** por un lado, la falta de herramientas de telemedicina en el 54 % de las comunidades (País Vasco, Islas Baleares, Castilla-La Mancha, Aragón, Galicia, Canarias y Cataluña) impide una respuesta óptima en zonas rurales o de difícil acceso donde la cobertura o los tiempos de traslado son más prolongados. Por otro lado, la falta de digitalización de los registros enfermeros a la historia clínica en el 54 % de las comunidades (Aragón, Islas Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Galicia, País Vasco y Valencia) impide una integración más eficiente y precisa de la información clínica del paciente, dificultando la comunicación entre profesionales y evitando la optimizando de la calidad de la atención. Tanto el uso de tecnologías de comunicación en tiempo real, como la telemedicina para ECG y monitorización remota, así como la digitalización de los registros enfrentan desafíos y retos comunes. Algunos de ellos pueden ser los costes de implementación inicial, infraestructura tecnológica, interoperabilidad entre sistemas, resistencia al cambio, capacitación del personal, curva de aprendizaje, dependencia tecnológica, barreras legales y administrativas, así como el cumplimiento normativo.
- **Oportunidad de mejora:** *el profesional de enfermería, de acuerdo a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, está obligado a realizar una historia clínica, donde debe quedar constancia de la valoración clínica, diagnóstico e intervenciones, realizadas, dejando constancia documental de todo ello, de lo cual se responsabiliza, a todos los efectos, incluyendo el legal (53):*
 - *Artículo 4: “La información como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica”.*
 - *Artículo 14: “Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información”.*
 - *Artículo 15: “Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada”.*
 - *Artículo 16: “La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia”.*

El acceso al historial clínico del paciente y su registro digital permite en el contexto asistencial de un SVAe, dejar registrada la actividad del equipo (enfermera, y TES), pudiendo realizarse seguimiento y control. El registro digital optimiza la intercomunicación profesional. En la Cuadro 2 se exponen los

beneficios del acceso a la historia clínica y digitalización de registros enfermeros.

Cuadro 2

Beneficios del acceso a la historia clínica y digitalización de registros enfermeros. Elaboración propia.

1. **Acceso inmediato y remoto a la información:** las enfermeras pueden consultar y actualizar los datos del paciente en tiempo real, lo que mejora la continuidad asistencial, especialmente en traslados interhospitalarios o en situaciones de emergencia.
2. **Reducción de errores:** la legibilidad de los registros digitales elimina problemas asociados con la escritura a mano, minimizando errores en medicaciones, intervenciones o diagnósticos de enfermería.
3. **Estandarización de los datos:** el uso de formatos estructurados y taxonomías enfermeras (NANDA, NIC, NOC) permite una documentación uniforme, útil tanto para la práctica clínica como para auditorías e investigaciones.
4. **Análisis y big data:** los datos almacenados en formato digital facilitan el análisis masivo para identificar patrones, predecir necesidades asistenciales y evaluar resultados clínicos.
5. **Interoperabilidad:** la integración en sistemas de historia clínica electrónica facilita el intercambio de información entre niveles asistenciales (primaria, hospitalaria y emergencias).
6. **Ahorro de tiempo:** la documentación digital reduce la duplicación de tareas administrativas, liberando más tiempo para la atención directa al paciente.
7. **Seguridad y privacidad:** los sistemas digitales permiten implementar controles de acceso, registros de auditoría y encriptación de datos, mejorando la protección frente a brechas de seguridad.
8. **Sostenibilidad:** disminuye el uso de papel, contribuyendo a la sostenibilidad ambiental.

Igualmente detectamos que el 46 % de las comunidades (Andalucía, Navarra, Murcia, Valencia, Castilla y León, Madrid) poseen telemedicina con monitores tipo *TEMPUS™ Pro*, aplicaciones privadas (ECO), *Corplus* y *lifepack 15 y 20*. Otras comunidades, como Cataluña y Galicia, tienen pensado su incorporación como mejora del siguiente concurso. En la *Cuadro 3* se pueden ver las ventajas de incorporarlo a la telemedicina en el recurso SVAe.

6.3 Dotación ideal como objetivo de 2 TES y 1 enfermera:

- **Reto/desafío:** Actualmente, la dotación de personal en las unidades SVAe varía entre cada comunidad autónoma. El 46 % (Canarias, Galicia, País Vasco, Islas Baleares, Andalucía, Madrid, y Cataluña) tienen 1 TES y, en general, perciben que es insuficiente y, en algunos casos, solicitan ayuda de otro recurso en situaciones de alta complejidad. Por tanto, la falta de un equipo estándar de 2 técnicos y 1 enfermera puede limitar la efectividad de la respuesta ante emergencias complejas, donde se requiere un equipo multidisciplinar para asegurar la seguridad y calidad del cuidado al paciente.
- **Oportunidad de mejora:** el 54 % de las comunidades (Aragón, Murcia, Castilla-La Mancha, Castilla y León, y Navarra, Madrid y Valencia) cuentan con 2 TES y, en general, argumentan que no solo mejora la atención al paciente, sino que también se optimiza la gestión del equipo, la seguridad en la escena y la comunicación con otras agencias involucradas en la atención de emergencias.

Según las recomendaciones de SEMES (Sociedad Española de Medicina de Emergencias), la inercia es establecer una dotación ideal de 1 enfermera y 2 TES para el recurso SVAe.

El decálogo de asistencia prehospitalaria, constituido por una relación ordenada de acciones y actitudes, contiene la estructura táctica de la intervención ante cualquier situación crítica y da las claves para la asistencia a cualquier emergencia tanto individual como colectiva. En el *cuadro 4*: se presentan las ventajas de cada fase, considerando la introducción de un segundo TES en un recurso SVAe.



Maleta de telemedicina con sistema de seguridad.

BewellConnect.

<https://www.medicalexpo.com/pt/prod/bewellconnect/product-111090-1022936.html>

Cuadro 3

Beneficios de la incorporación de la telemedicina en el recurso SVAe.

1. **Atención especializada en tiempo real:** permite la consulta inmediata con el médico coordinador o, en su caso, con personal más especializado como cardiólogos, guiando intervenciones y el traslado a un centro adecuado.
2. **Interoperabilidad asistencial:** conecta al equipo extrahospitalario con el centro coordinador o el hospital receptor, asegurando una coordinación y transferencia adecuada del paciente.
3. **Apoyo continuo al personal del SVAe:** el respaldo técnico y clínico constante reduce la carga de estrés y aumenta la confianza en situaciones complejas.
4. **Mejora en la toma de decisiones:** la información compartida facilita un manejo clínico más preciso, evitando intervenciones innecesarias o erróneas.
5. **Reducción de tiempos críticos:** la identificación precoz de patologías como el infarto agudo de miocardio agiliza la activación de su protocolo específico.
6. **Mejora en zonas rurales o de difícil acceso:** reduce la inequidad en el acceso a servicios especializados para pacientes en áreas alejadas.
7. **Documentación y formación:** las grabaciones o transmisiones pueden ser útiles para la mejora de protocolos y la formación del personal sanitario.

Cuadro 4

Ventajas en cada fase del decálogo prehospitalario tras introducir el segundo TES en un recurso SVAe..

1. **Alerta:** operativos en base, permite la realización de más prácticas conjuntas en comparación con un TES. Además, se puede asegurar una respuesta más rápida y efectiva en la identificación y evaluación inicial de la emergencia, facilitando la comunicación con los servicios de emergencia.
2. **Alarma y aproximación:** La coordinación de la alarma se mejora con un segundo TES, permitiendo que uno de ellos se encargue de la comunicación con el centro de coordinación a la vez que organiza la logística para ayudarle al TES conductor a llegar al lugar por el camino más seguro, más rápido y más corto, por este orden. A aproximarse, 2 TES pueden evaluar mejor el entorno y garantizar la seguridad del equipo y de los pacientes, además de poder realizar una evaluación inicial rápida, efectiva y ordenada, junto a la enfermera, identificando posibles riesgos.
3. **Control o aislamiento:** Contar con un segundo TES permite establecer un mejor control de la escena, informando al centro de coordinación de cualquier aspecto de la misma (dimensiones del accidente, número de víctimas, recursos en la zona, riesgos sobreañadidos, necesidades de refuerzos, rutas y puntos de acceso preferentes...), asegurándose de que se sigan los protocolos de seguridad y se gestionen adecuadamente los recursos disponibles.
4. **Triaje, soporte vital y estabilización:** Dos TES pueden realizar un triaje más efectivo, ya que mientras uno se encarga de comunicaciones, otro ayuda a la enfermera para garantizar que los pacientes sean clasificados correctamente y que los que requieren atención inmediata sean atendidos con más manos de forma integral, permitiendo un manejo simultáneo de múltiples intervenciones, con más material, sin retrasos y de forma más segura minimizando errores gracias a la duplicidad que permite un sistema de verificación entre compañeros. En situaciones donde hay múltiples pacientes, como en accidentes de tráfico, tener más personal permite atender a varios pacientes simultáneamente, mejorando la atención global y reduciendo el tiempo de intervención para cada uno. Esto es crucial en situaciones críticas donde cada segundo cuenta. Aragón, por ejemplo, tiene protocolizado las funciones del TES 1 y 2 en una situación de parada cardiorrespiratoria.
5. **Transporte:** La presencia de un segundo TES facilita una mejor atención durante el transporte, percibiendo menos estrés el equipo, lo que mejora la toma de decisiones en situaciones críticas. Además, permite que uno de los TES se enfoque en el manejo del paciente junto a la enfermera en la célula asistencial garantizando que, en situaciones de empeoramiento clínico, haya más manos para realizar intervenciones avanzadas de calidad. El otro TES se encarga de la conducción hacia el hospital y de la comunicación con el centro de coordinación.
6. **Transferencia:** Al llegar al hospital, la transición de la atención se realiza de forma más fluida, ya que uno de los TES puede encargarse entregando la información al personal administrativo, mientras que la enfermera y otro TES aseguran una transferencia sin fisuras ni interrupciones.
7. **Reactivación:** Un segundo TES puede ayudar a la puesta a punto del equipo y su inmediato regreso a la situación de alerta, además de recopilar información para realizar un debriefing, contribuyendo al aprendizaje y la mejora continua del equipo.

Conclusiones

El recurso SVAe es ampliamente valorado en las comunidades autónomas, pero existe una heterogeneidad notable en cuanto a su implementación, gestión de recursos, protocolos y prácticas. Esta variabilidad puede atribuirse a factores locales, tales como la geografía, la demografía, la infraestructura de cada sistema de salud y las políticas autonómicas. En consonancia con los objetivos del estudio y, basándonos en los resultados obtenidos, se han identificado las siguientes conclusiones:

1. Homogeneizar el término "SVAe": El 69 % utilizan el concepto "SVAe" o "SVA" como denominación genérica para referirse al Soporte Vital Avanzado con enfermería.
2. Encaminar el registro de Enfermería hacia la taxonomía NANDA-NIC-NOC con lenguaje enfermero: El 46 % utilizan registros asistenciales de enfermería con lenguaje enfermero tipo taxonomía NANDA, NIC y NOC.
3. Reforzar la existencia de criterios específicos para la activación del recurso SVAe desde el Centro

Coordinador: El 39 % cuentan con criterios específicos de activación para el recurso SVAe.

4. Potenciar la distribución geográfica rural del recurso SVAe: El 54 % tienen una distribución mixta (urbanas y rurales) y en el 23 % es predominantemente rural.
5. Aumentar la autonomía enfermera en la administración de medicación según protocolos específicos: El 23 % cuentan con protocolos específicos para que la enfermera administre medicación.
6. Implementación de más recursos SVAe, con dotación ideal de 2 TES y 1 Enfermera: Existen 90 recursos SVAe en todo el territorio nacional. El 54 % han expresado interés en ampliar los servicios SVAe, especialmente en áreas rurales. El 54 % cuenta con 2 TES en la actualidad.
7. Desarrollar la especialidad de Enfermería de Urgencias y Emergencias: Todas las comunidades autónomas plantean como objetivo deseable esta mejora.
8. Incorporar un itinerario formativo permanente para la actualización de las competencias y habilidades para la prestación del servicio en la unidad SVAe.

9. Implementar la telemedicina, acceso a la historia clínica y digitalización de registros enfermeros en las SVAe: El 46 % poseen telemedicina y registros digitales en tablets.
10. Mayor soporte gubernamental para asegurar la continuidad y expansión del recurso.

Nota de los autores

Este trabajo ha sido una experiencia enriquecedora, tanto profesional como personal, al permitir un análisis profundo de las disparidades en la implementación del SVAe entre comunidades autónomas.

Consideramos Cataluña, Galicia, Aragón, Andalucía y Valencia como referentes a seguir para la implementación de mejoras en el recurso SVAe.

Implicaciones para la práctica

La relevancia de este estudio radica en que ha puesto de manifiesto la falta de referente al SVAe, por lo que proporciona un marco de referencia que impulse futuras investigaciones y la mejora continua en la práctica enfermera en emergencias.

Las siguientes propuestas prácticas, por tanto, pretenden mejorar el modelo actual de la enfermera en el SVAe hacia un sistema más equitativo, eficiente y centrado en las necesidades del paciente y de la dotación. Los hallazgos de este estudio resaltan 13 áreas prioritarias que ofrecen una hoja de ruta para posteriores investigaciones, con una propuesta de estudio para cada una de las líneas de acción:

1. Homogenization del término “SVAe”.

- Propuesta: Consenso nacional sobre la terminología del SVAe mediante un análisis Delphi.

2. La activación del recurso SVAe desde el Centro Coordinador debe seguir criterios específicos que consideren tanto la realidad local como la distribución geográfica de estos recursos en cada comunidad autónoma.

Las SVAe, como norma general deben contar, preferiblemente, con al menos una SVB cercana y, para que estos criterios sean lo más realistas posible, deberían asemejarse al modelo geográfico de apoyo del SVAm, que típicamente tiene más de dos SVB en su cercanía.

- Propuesta: Desarrollo y validación de un algoritmo de activación de recursos SVAe basado en criterios clínicos y operativos.

3. Acceso a la historia clínica y digitalización de registros con lenguaje enfermero.

- Propuesta: Evaluar el impacto de la integración de sistemas digitales con lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en unidades SVAe.

4. Acceso a la telemedicina.

- Propuesta: Evaluar el impacto de la telemedicina en la toma de decisiones en unidades SVAe mediante un

análisis coste-beneficio en comunidades que ya utilizan esta tecnología.

5. Aumento de la autonomía y seguridad de la administración de medicación por enfermeras en unidades SVAe, en base protocolos y guías clínicas, previendo que en un futuro próximo se refuerce la seguridad jurídica de las enfermeras mediante la modificación de los reales decretos y la Ley del medicamento con la prescripción médica.

- Propuesta: Seguridad y eficacia de la administración protocolizada de medicación por enfermeras en unidades SVAe en situaciones críticas.

6. Capacitación a la dotación completa del SVAe mediante un itinerario formativo continuo y, en todo caso, avanzar a corto plazo hacia el desarrollo de la figura de la EPA y, a medio plazo, hacia el desarrollo de la especialidad de Enfermería en Urgencias y Emergencias.

- Propuesta: Evaluación de un programa de capacitación continua en Soporte Vital Avanzado enfermero: impacto del desarrollo de la especialidad de enfermería en Urgencias y Emergencias.

7. Avanzar hacia la implementación de contratos mixtos en enfermería en el servicio de urgencias y emergencias potenciando un enfoque integral en la atención extrahospitalaria y hospitalaria, una vez se desarrolle la especialidad de Enfermería en Urgencias y Emergencias.

- Propuesta: Impacto de los contratos mixtos en el desarrollo competencial de las enfermeras especializadas en urgencias y emergencias: una visión integral del cuidado extrahospitalario y hospitalario.

8. Reconocimiento parcial de la experiencia laboral adquirida en servicios de SVAm y SVAe privados para su valoración en las OPEs públicas, considerando que las enfermeras, médicos y TES desarrollan su actividad profesional en el ámbito privado.

Esto permitiría un criterio más equitativo y proporcional, favoreciendo la integración de profesionales con experiencia práctica en situaciones críticas.

- Propuesta: Equidad en el reconocimiento de la experiencia laboral en emergencias: impacto de la integración del ámbito privado en la valoración de las OPEs públicas.

9. Potenciar la figura docente en el SVAe con un acuerdo y procedimiento entre el servicio de emergencias y la universidad de enfermería y el grado medio del TES: independientemente que la SVAe sea concertada o pública, garantizar el acceso tanto a los alumnos del grado medio de TES como a los de enfermería mediante un acuerdo previamente definido, potenciando y reconociendo la figura docente de toda la dotación en la SVAe.

- Propuesta: Impacto de la figura del instructor-docente en la calidad asistencial del SVAe.

10. **Ampliación de la dotación con 2 Técnicos en Emergencias Sanitarias (uno de ellos, además preferiblemente TCAE) y 1 enfermera, cuyas funciones deberán estar claramente definidas en los algoritmos de actuación; en caso contrario, cada servicio, preferiblemente, deberá contar con un criterio predefinido de doble respuesta que incluya el apoyo de un recurso de SVB para asistencias que requieran la presencia de más profesionales.**
 - **Propuesta:** Evaluación comparativa de resultados asistenciales con diferentes dotaciones del equipo SVAe: 2 TES + 1 enfermera vs 1 TES + 1 enfermera.
11. **Aumento de los recursos SVAe en comunidades que carecen de ellos o que disponen de un número insuficiente, así como la creación de más unidades SVAe en los territorios que ya cuentan con estos recursos, priorizando la extensión de turnos de 12 a 24 horas en aquellas unidades que actualmente operan solo 12 horas. Además, reforzar el despliegue de SVAe durante el verano debido al incremento del trabajo y la demanda, así como en periodos de mayor presión asistencial, como en invierno, con el aumento de casos de gripe, COVID-19 y bronquiolitis.** Los refuerzos deben basarse en un criterio medible, objetivo y racional, fundamentado en indicadores de calidad comunes y específicos de la SVAe, que consideren las necesidades reales de cada territorio, y deben potenciarse no por falta de médicos, sino por el valor que aportan a través de cuidados avanzados y el beneficio para la comunidad.
 - **Propuesta:** Análisis de necesidades y propuesta de redistribución de recursos SVAe en comunidades rurales y zonas con baja cobertura: un enfoque basado en la geolocalización y la carga asistencial.
12. **Establecer indicadores de calidad que sean comunes entre los servicios de SVAm y SVAe, así como también desarrollar métricas específicas para SVAe que reflejen sus características y necesidades particulares.** Esto nos permitirá recopilar y analizar datos de manera efectiva, facilitando la implementación de recursos adicionales y mejoras concretas, optimizando así la toma de decisiones. Siguiendo la propuesta de SEMES, a continuación, se presentan algunos indicadores sugeridos:
 1. **Indicadores de calidad operativos:**
 - Tiempo de respuesta o de llegada al lugar de las unidades SVAe.
 - Traslados al hospital por las unidades SVAe.
 - Grado de cumplimentación de la historia clínica.
 2. **Indicadores de calidad en la asistencia:**
 - Pacientes traumáticos a los que se registra escala del dolor y administra analgesia intravenosa.
 - Realización y valoración del electrocardiograma en menos de 10 minutos en pacientes con dolor torácico.
 - Porcentaje de pacientes con reperusión con ICP en menos de 90 minutos desde el diagnóstico de IAMCEST hasta el paso de la guía en la arteria responsable del infarto.
 3. **Indicadores de eficacia general:**
 - Número de reclamaciones en la asistencia del recurso SVAe.
 - Calidad percibida por los usuarios.
13. **Resolución de conflictos interinstitucionales y entre categorías profesionales.**
 - **Propuesta:** Implementación de modelos colaborativos interprofesionales entre médicos, enfermeros y TES en el SVAe: análisis de conflictos y resolución mediante mediación.

14. Bibliografía

1. Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. Boletín oficial del estado; 137: 41589-41595. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/06/08/pdfs/BOE-A-2012-7655.pdf>
2. Martínez D, Ballesteros A, Sanromán A, Pérez B, De Toro J, Morillo J, et al. Recomendaciones sobre los recursos de Soporte Vital Avanzado Enfermero. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [Internet]. 2018. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: https://www.semes.org/wp-content/uploads/2019/04/Recomendaciones_SVAE.pdf
3. Allande-Cussó R, Gómez-Salgado J. La especialización en enfermería de urgencias: un impulso esencial para la calidad y seguridad en la atención en urgencias y emergencias. Emergencias. [Internet]. Andalucía. 2024;36:389-390. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2024/09/389-390.pdf>
4. Galiana-Camacho T, Gómez-Salgado J, García-Iglesias J, Fernández-García D. Enfermería de práctica avanzada en la atención urgente, una propuesta de cambio: revisión sistemática. Rev Esp Salud Publica. [Internet]. León. 2018;92:e1-e20. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos propios/resp/revista_cdrom/VOL92/REVISIONES/RS92_C_201809065.pdf
5. Estivill J. El rol de enfermería en los servicios de emergencias médicas. NPunto. [Internet]. Granada. 2022; 5(50): 73-99. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6295c32fb39dbart4.pdf>
6. Calle C, Borrella A, Durán A, Bravo I, Parrón M. Soporte vital avanzado enfermero: ¿una realidad?. Emergencias. [Internet]. Madrid. 2017;29:209-10. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://revistaemergencias.org/numeros-anteriores/volumen-29/numero-3/soporte-vital-avanzado-enfermero-una-realidad/>

7. Perejón E, López S, Inurria R y Martín R. Estado del conocimiento sobre el Soporte Vital Avanzado Enfermero en España según la red social Twitter. *Index Enferm* [Internet]. Sevilla. 2021. 30(3):189-192. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Albero I, Martínez M. Situación actual y análisis de las unidades de Soporte Vital con Enfermería en España. [Internet]. Madrid. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2024/08/soporte-vital-enfermeria-svae.pdf>
9. Marin R, Toledo R, García J, Moraño R, Galán A, Dato M, et al. Soporte Vital Avanzado con Enfermería en el SES Valencia. *Enferm Integral*. [Internet]. Valencia. 2018;(120):52-6. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://www.enfervalencia.org/ei/120/ENF-INTEG-120.pdf>
10. Sastre-Fullana P, Morales-Asenci J, Sesé-Abad A, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez J, Pedro-Gómez J. Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): clinimetric validation. *BMJ Open*. [Internet]. Palma. 2017. 23;7(2):e013659. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5337725/pdf/bmjopen-2016-013659.pdf>
11. Lockwood E, Lehwaldt D, Sweeney M, Matthews A. An exploration of the levels of clinical autonomy of advanced nurse practitioners: A narrative literature review. *Int J Nurs Pract*. [Internet]. Irlanda. 2022;28(1):e12978. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12978>
12. Lisa Kerr, Macaskill. Advanced Nurse Practitioners' (Emergency) perceptions of their role, positionality and professional identity: A narrative inquiry. *Jan Leading global nursing research*. [Internet]. Irlanda. 2020. 76(5): 1201-1210. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14314>
13. Crouch R, Brown R. Advanced clinical practitioners in emergency care: past, present and future. *Br J Hosp Med*. [Internet]. Londres. 2018;79(9):511-515. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/hmed.2018.79.9.511?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org
14. Zaforteza-Lallemand C, Blanco-Mavillard I, Pol-Castañeda S, Villafáfila-Gomila C, Ferrer-Cruz F, Rodríguez-Calero M. Strategies for knowledge mobilization by advanced practice nurses in three hospitals in Spain: a qualitative study. *BMC Nursing*. [Internet]. Palma. 2024. 23:440. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-024-02095-5>
15. Pol-Castañeda S, Rodríguez-Calero M, Zaforteza-Lallemand C, Villafáfila-Gomila C, Blanco-Mavillard I, Ferrer-Cruz F, et al. Moving Evidence into Practice by Advanced Practice Nurses in Hospitalization Wards. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. [Internet]. Palma. 2020. 16;17(10):3473. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7277768/pdf/ijer-ph-17-03473.pdf>
16. Sánchez-Gómez M, Ramos-Santana S, Gómez-Salgado J, Sánchez-Nicolás F, Moreno-Garriga C, Duarte-Climents G. Benefits of Advanced Practice Nursing for Its Expansion in the Spanish Context. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. Tenerife. 2019. 26;16(5):680. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6427304/pdf/ijer-ph-16-00680.pdf>
17. López-Alonso S, Rivero-Sánchez C, Martín-Caravante S, Martínez-García A, Linares-Rodríguez C. Práctica avanzada de la enfermera en urgencias extrahospitalarias y comparación con la casuística atendida por equipos con médicos. *Index de Enfermería*. [Internet]. 2020. Sevilla. 29(3):127-31. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ie/e12734>
18. López-Alonso S, Linares-Rodríguez C, Martín-Caravante S, Martínez-García A. Asistencia urgente domiciliaria a personas con problemas crónicos de salud por la enfermera de cuidados avanzados. *Gerokomos*. [Internet]. Málaga. 2019;30(3):108-112. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n3/1134-928X-geroko-30-03-108.pdf>
19. Nilsson J, Johansson S, Nordström G, Larsson B. Development and validation of the ambulance nurse competence scale. *J Emerg Nurs*. [Internet]. Suecia. 2020;46(1):34-43. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://www.jenonline.org/action/showPdf?pii=S0099-1767%2819%2930460-X>
20. Pinto P, Antunes J, Almeida A. Instagram as a communication tool in public health: a systematic review. *Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI)*. [Internet]. Sevilla. 2020: 1-6. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://ieeexplore.ieee.org/document/9140809>
21. Thomas V, Chavez M, Browne E, Minnis A. Instagram as a tool for study engagement and community building among adolescents: A social media pilot study. *Digital Health*. [Internet]. 2020. 6: 1-13. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7081469/>
22. López Alonso S, Santillán-García A. Las redes sociales son necesarias para la difusión de la ciencia. *Index de Enfermería*. [Internet]. Sevilla. 2019;28(4):171-3. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e12683/e12683>
23. Perkins G, Graesner J-T, Semeraro F, Olasveengen T, Soar J, Lott C, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021 Resumen ejecutivo. [Internet]. 2021. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2021/09/RCP-Guias-ERC-2021-01-Resumen-Traduccion-oficial-CERCP.pdf>
24. Grupo de trabajo ILCOR: Grasner J-T, Bray J, Nolan J, Iwami T, Ong M, Finn J, et al. Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: 2024 update of the Utstein Out-of-Hospital Cardiac Arrest Registry template. *Resuscitation*. [Internet]. 2024. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300957224001825>

25. Ministerio de Sanidad. Políticas de normalización y terminología. [Internet]. Madrid. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/interoperabilidad/Semantica/politicasNormalizacion/home.htm>
26. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Registro del proceso enfermero en urgencias y emergencias. Revista SEEUE [Internet]. 2006. Acceso el 14/11/2024. Disponible en: <https://enfermeriadeurgencias.org/wp-content/uploads/2024/07/RECOMENDACION6.pdf>
27. Claudio-Alberto RS, González-de la Torre H, Hernández-De Luis MN, Fernández-Gutiérrez DA, Carlos-Enrique MA, Brito-Brito PR. Effectiveness of a Standardized Nursing Process Using NANDA International, Nursing Interventions Classification and Nursing Outcome Classification Terminologies: A Systematic Review. Healthcare. [Internet]. Las Palmas. 2023. 11(17):2449. Acceso el 14/11/2024. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10487812/pdf/healthcare-11-02449.pdf>
28. Zhang T, Wu X, Peng G, Zhang Q, Chen L, Cai Z, et.al. Effectiveness of Standardized Nursing Terminologies for Nursing Practice and Healthcare Outcomes: A Systematic Review. Int j nur knowle. [Internet]. China. 2021. 32(4):220-228. Acceso el 14/11/2024. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/2047-3095.12315>
29. Cámara S, Valenzuela, A. Necesidades detectadas en pacientes derivados a centro sanitario en ambulancia de la red de transporte urgente tras asistencia por equipos de emergencias 061. Nure Investigación. Jaén. 2007. 27(3). Acceso el 14/11/2024. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/318/308>
30. Cyrillo R, Dalri M, Canini S, Carvalho E, Lourencini R. (2009). Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móve. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. São Paulo. 2009;11(4):811-9. Acceso el 14/11/2024. Disponible en: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33235/17573>
31. Coca-Boronat E, Díaz-Pérez M, Lupiáñez-Pérez I, Pérez-Ardanaz B, Fuentes-Ruiz J, Morales-Asencio JM. Prevalencia de diagnósticos enfermeros en pacientes crónicos en emergencias extrahospitalarias: mejorando la comprensión de la complejidad. Emergencias. [Internet]. Málaga. 2020;32:211-2. Acceso el 14/11/2024. Disponible en: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2020_32_3_211-212.pdf
32. Coca E. Utilización de Servicios de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarios 061 por personas con enfermedad crónica compleja [tesis doctoral]. Málaga: Universidad de Málaga; 2022. Acceso el 14/11/2024. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?dFichero=1C6jEyHMgpY%3D>
33. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIU). Terminología, estandarización, normalización, nomenclatura, taxonomía, lenguaje, diagnóstico o clasificación en enfermería. [Internet]. Madrid: SEEIU. Actualización 2011. Acceso el 14/11/2024. Disponible en: <https://seeiuc.org/recursos/profesional/practicas-profesionales/terminologia-estandarizacion/>
34. Real Decreto 572/2023, de 4 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Boletín oficial del estado; 159: 93313-93378 <https://www.boe.es/eli/es/rd/2023/07/04/572/dof/spa/pdf>
35. Emergencias de Osakidetza. Cartera de servicios. País Vasco. 2019. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_emerge_nuestros_recursos/es_def/adjuntos/CARTE_RA%20DE%20SERVICIOS%20DE%20EMERGENTZIAK%202019.pdf
36. Zhang Q, Lee K, Iskasymar Z, Yi Guo I, Xiao Q. Effects of a Rapid Response Team on Patient Outcomes: A Systematic Review. Heart Lung. [Internet]. Malasia. 2024.63:51-64. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0147956323002388>
37. Ernesto E, Juliani P. Unidades de soporte vital avanzado en España 2008. Mapa de situación. Emergencias. [Internet]. Madrid. 2009; 21: 269-275. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2009_21_4_269-75.pdf
38. Ballesteros S. Unidades de soporte vital básico y avanzado en España: análisis de la situación actual. An. Sist. Sanit. Navar.[Internet]. Bilbao. 2012. 35 (2): 219-228. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/15358/10899>
39. Corral E, Casado I, Baptista A, Villanueva J, García JC, De Castro F, et. Al. Guía de recomendaciones para la prestación de atención sanitaria inicial al accidentado de tráfico. Ministerio de sanidad y SEMES. 2017. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/lesiones/jornadas/docs/icasado.pdf>
40. Barroeta J, Boada N. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. Ministerio de sanidad, MENSOR. [Internet]. Madrid. 2011. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Emergencias/Samur-PCivil/Samur/ApartadosSecciones/10_DescargasPublicacionesWebsInteres/Ficheros/Los SEM en Espana.pdf
41. Osakidetza. Estrategias seguridad paciente de osakidetza 2013-2016. [Internet]. País Vasco: Osakidetza; 2013. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/publica/SeguridadPacienteEs.pdf
42. Gordillo JC. Efectividad de intervenciones de enfermería basada en protocolos de administración segura de medicamentos por vía venosa: revisión sistemática. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. [Internet]. Ecuador. 2023. 4(6), 1417 – 1425. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/1562>

43. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín oficial del estado; 178. Referencia: BOE-A-2006-13554. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf>
44. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Boletín oficial del estado; 306. Referencia: BOE-A-2015-14028. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-14028-consolidado.pdf>
45. Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Boletín oficial del estado; 256: 102636-102643. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/10/23/pdfs/BOE-A-2018-14474.pdf>
46. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín oficial de estado; 280. Referencia: BOE-A-2003-21340. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
47. Grupo ILCOR: Greif R, Bray J, Djarv T, Drennan I, Liley H, Cheng A, et al. 2024 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: Summary From the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. Resuscitation. 2024. 205: 110414. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(24\)00308-3/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(24)00308-3/fulltext)
48. Seoane JA. Lex Artis. [Internet]. Universidad de Coruña. AFD, 2022 (XXXVIII:275-300, ISSN: 0518-0872. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-F-2022-10027500300#:~:text=La%20lex%20artis%20es%20el%20profesionales%20y%20los%20usuarios
49. Generalitat de Catalunya y 061 Salut Respon. Guías clínicas de salud y emergencias médicas. [Internet]. Cataluña: Coordinación CE; 2024. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://guiescliniques.sem.gencat.cat/#/INT>
50. Sellers P. Costes de las unidades de SVA en cantabria. ¿Implantación de unidades de SVA de enfermería en traslados secundarios? [Trabajo fin de master]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2015. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/31486/Sellers.pdf;jsessionid=970952C60654910A1AC3418797EF1F23?sequence=6>
51. Fagerström LM. Nurses as Advanced Specialists and Advanced Generalists. A Caring Advanced Practice Nursing Model [Internet]. Oslo. 2021:23-34. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-53555-1_2
52. Miembros de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias: Romero-Nieva J, Sánchez-Díaz R, Muñoz-Arteaga D. Propuesta de una estructura forma del programa oficial de la especialidad de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Revista SEEUE. [Internet]. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2024/08/especialidad-urgencias.pdf>
53. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín oficial del estado; 274. Referencia: BOE-A-2002-22188. Acceso el 7/11/2024. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>



Sociedad Española de Enfermería Urgencias y Emergencias

¡en el 2025, a por todo!

ESTOS SON NUESTROS COMPROMISOS

- ✓ Ratificación de las competencias
- ✓ Seguridad jurídica
- ✓ Especialidad clínica enfermera

Asóciate y descubre todas las ventajas
¡Nuestros socios, nuestro valor!

<http://www.enfermeriadeurgencias.org/>

✉ secretaria@enfermeriasdeurgencias.org