

Roles enfermeros en urgencias en Inglaterra: reflexiones a partir de una experiencia de cinco años

JUAN PEDRO CARRASCO ÁLVAREZ

University College London Hospitals. Resuscitation Services. Londres. Inglaterra, Reino Unido.

Ya hace algún tiempo que cambié el sol por la lluvia y las cañas por las pintas. Después de graduarme en la escuela de enfermería de Toledo, e impulsado por las dificultades para encontrar trabajo estable en un sistema entonces dominado por vacantes estacionales, decidí probar suerte en otro país. Durante los últimos cinco años he tenido la oportunidad de trabajar y observar los servicios de enfermería de urgencia en Inglaterra, crecer profesionalmente en ellos y desarrollarme en roles de los que nunca había oído hablar antes en España. Me gustaría compartir en las próximas líneas con los lectores de EMERGENCIAS la perspectiva que mi experiencia me ha proporcionado.

Antes de comentar los distintos niveles de enfermería, es importante establecer el contexto en el que estos servicios se han desarrollado recientemente. El término *National Health Service* o NHS engloba a los servicios públicos de salud del Reino Unido. Estos servicios se reparten por la geografía del reino unido en *NHS England*, *NHS Wales*, *NHS Scotland* y *HSC North Ireland*. Cada uno de ellos asume las directivas generales dictadas por el NHS, pero adoptando estrategias distintas dependiendo de las diferencias económicas y culturales.

En el año 2000 el gobierno británico, decidió lanzar una reforma generalizada en los servicios sanitarios, llamado "NHS Plan"¹. La idea era producir un servicio sanitario digno del siglo XXI diseñado en torno a las necesidades del paciente. En ese documento se reconoce la falta de financiación y la necesidad de más recursos sanitarios a través del sistema, que propone una inversión multimillonaria para solucionar estos problemas. Se elaboraron planes específicos para las diversas áreas de la sanidad y en el año 2001 la reforma sanitaria alcanzó los servicios de urgencias por medio del llamado *Reforming Emergency Care 2001*², documento en el que se enuncia-

ban los problemas a superar y los objetivos a alcanzar.

Es difícil explicar en pocas líneas las metas de este documento, pero a rasgos generales, el Ministerio de Sanidad (*Department of Health*, DOH) establecía objetivos para los servicios intra- y extra-hospitalarios tales como la reducción en el tiempo de respuesta de las ambulancias a paradas cardiorespiratorias, la reducción del tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento de infartos de miocardio. Posiblemente el objetivo más ambicioso fue el llamado *4 hours target* (objetivo de las cuatro horas): el documento establecía que el 100% de las personas registradas en urgencias debían ser admitidas, dadas de alta o transferidas a otro hospital en un máximo de cuatro horas² (poco después se demostraría que alcanzar estas pretenciosas metas en el 100% de casos era irrealista y el DOH planteó reducir el objetivo al 98% de casos e introdujo además una lista de excepciones clínicas al objetivo de las cuatro horas³). Tras una inversión multimillonaria en recursos humanos, el gobierno británico instauró un sistema de primas y sanciones a los departamentos que cumplieran o no, respectivamente, con estos requisitos⁴. El número de médicos y enfermeros en los servicios de urgencias aumentó considerablemente, así como los sistemas para facilitar camas a los ingresos desde urgencias⁵.

Se encomendó a los servicios de enfermería la responsabilidad de mantener el flujo de pacientes durante el proceso de urgencias, y asumir la mayor parte administrativa y organizativa del mismo³. Esto permitió a los médicos concentrarse en la faceta clínica del paciente y reducir el tiempo de estancia de los pacientes en el departamento. Estas nuevas responsabilidades dan la oportunidad de desarrollar nuevos roles de enfermería para alcanzar los objetivos impuestos por el gobierno británico, aunque obviamente fueron logradas a través de nuevas presio-

CORRESPONDENCIA: Juan Pedro Carrasco Álvarez. University College London Hospitals. Resuscitation Services. 3th floor, East Wing, 250 Euston Road. NW1 2PG. London (England). E-mail: Juan.Carrasco-Alvarez@uclh.nhs.uk

FECHA DE RECEPCIÓN: 14-12-2009. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 17-1-2010.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno.

nes en la carga de trabajo de enfermería que redujeron la moral del personal³.

Los roles enfermeros

La actual enfermería británica se rige por un sistema jerarquizado dividido en bandas, según el nivel de experiencia y las titulaciones académicas. El nivel básico para un enfermero recién titulado es la banda 5.0 (B5), y se añade 0.1 por cada año de permanencia en el servicio. El máximo rango posible es la banda 9. Para acceder a una banda superior, que comporta cambios salariales, el candidato tiene que cumplir unos requisitos mínimos relacionados con méritos académicos y tiempo de servicio (Tabla 1). No todos los servicios de urgencias presentan la misma estructura y requerimientos para promocionar en el sistema, y suelen variar y depender de las políticas internas del hospital. A grandes rasgos, y basándome en mis experiencias previas, desarrollaré sucintamente en las próximas líneas las condiciones que se necesitan para desarrollar una carrera de enfermería en urgencias.

Para acceder a la banda 5 (B5) o *Staff Nurse* (enfermero de plantilla) de urgencias, el enfermero ha de tener por lo menos 6 meses de experiencia en planta, preferiblemente en especialidades relacionadas con emergencias o cuidados críticos. Tras una entrevista en la que se comprueban las habilidades comunicativas y de cuidados básicos, el enfermero es designado para el puesto. Las responsabilidades del enfermero B5 son muy limitadas, y durante un periodo de 18 a 24 meses el enfermero consolida sus habilidades básicas por medio de cursos internos como farmacología, administración de fármacos intravenosos, flebotomía... También durante este periodo de tiempo, el enfermero cursa el Diploma Avanzado de Enfermería de Urgencias, estudio universitario de postgrado en el que se aprenden conocimientos específicos de emergencias médicas y de traumatología.

Una vez conseguidos los méritos necesarios, y si hay vacantes, se puede concursar para un ascenso de banda. El candidato tendrá que ser elegido tras una nueva entrevista y demostrar las habilidades prácticas adquiridas durante el periodo de B5.

El rol del enfermero de la banda 6 (B6) se denomina *Senior Staff Nurse* (enfermero senior). En este rol se ven incrementadas las responsabilidades y funciones con respecto al enfermero B5. Se le permite, tras un curso intrahospitalario, comenzar con el *triaje* de pacientes. También se le permite supervisar una de las áreas de urgencias en la que tendrá a su cargo enfermeros B5 y deberá ser el enlace con el su-

pervisor de urgencias. También se le exige cursar estudios de reanimación intermedia y avanzada en urgencias médicas y de traumatología. Al enfermero B6 normalmente se le asignan estudiantes de enfermería, a los que tutela durante su estancia en el servicio. Se le ofrece el acceso a cursos de prescripciones farmacológicas y de radiología para facilitar el paso por *triaje*. Todas estas habilidades se le consolidan durante un periodo de 18 a 24 meses, que el enfermero B6 necesariamente ha de cumplir para ser considerado para otra promoción.

El siguiente paso es ascender de *Senior Staff Nurse* a *Junior Sister* (para las enfermeras) o *Charge Nurse* (para los enfermeros), (supervisor de enfermería, pero hay que tener en cuenta que también tiene responsabilidades clínicas). El reconocimiento del siguiente escalón depende del centro en que se trabaje, algunos centros acompañan la promoción con un incremento de banda, de B6 a la banda 7 (B7). En otros centros es sólo una promoción de título y de responsabilidades sin incremento salarial, pero necesaria para seguir avanzando en la carrera de enfermería de urgencias. Los méritos adquiridos durante los últimos dos años pueden no ser suficientes si el candidato no demuestra un conocimiento de las políticas y protocolos relacionados con el departamento y el servicio de urgencias. Este cambio es el más significativo por varios motivos. Se incorporan labores administrativas y de recursos humanos, existe un reconocimiento de la experiencia en el servicio y se otorga una credibilidad a las decisiones tomadas relacionadas con el cuidado y tratamiento del paciente. Su opinión es considerada a la hora de adoptar estrategias para alcanzar los objetivos gubernamentales. Se sigue la estructura jerarquizada, los enfermeros de menor grado reconocen el liderazgo y seguirán las instrucciones siempre que no interfieran con el cuidado del paciente. Su cometido es supervisar el funcionamiento general del departamento, y mantener los estándares de cuidados compaginados con el proceso de enfermería, asegurar que los pacientes permanecen en urgencias un máximo de cuatro horas (*4-hour target*) pero sin comprometer la calidad del servicio. El incremento de responsabilidad es considerable. En numerosas ocasiones, se considera a este rol el responsable de los éxitos y/o fracasos del departamento.

Al acceder a este nuevo nivel de enfermería se abren numerosas opciones. Se puede continuar la carrera dentro del servicio y acceder a un nuevo nivel llamado *Senior Sister* o *Senior Charge Nurse* (supervisor/a senior), correspondiente con B7. El requerimiento para este nuevo puesto es, una vez más, una experiencia determinada en el rol previo. Pero en este caso se le exige al enfermero el poseer una

Tabla 1. Tabla de incremento salarial ligado al cambio de banda*

Valores a 1 de abril de 2009 El incremento por zona económica no incluye el plus por retención y reclutamiento de personal						B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8a	B8b	B8c	B8d	B9
Punto modular nacional	Básico anual	Básico mensual	Incremento anual por zona económica	Incremento mensual por zona económica	Total anual	XR01	XR02	XR03	XR04	XR05	XR06	XR07	XR08	XR09	XR10	XR11	XR12
1	13.233	1.102,75	3.947	328,92	17.180	02	00										
2	13.588	1.132,33	3.947	328,92	17.535	03	01										
3	13.944	1.162,00	3.947	328,92	17.891	04	02										
4	14.359	1.196,58	3.947	328,92	18.306		03										
5	14.774	1.231,17	3.947	328,92	18.721		04										
6	15.190	1.265,83	3.947	328,92	19.137		05	00									
7	15.725	1.310,42	3.947	328,92	19.672		06	01									
8	16.333	1.361,08	3.947	328,92	20.280		07	02									
9	16.698	1.391,50	3.947	328,92	20.645			03									
10	17.184	1.432,00	3.947	328,92	21.131			04									
11	17.732	1.477,67	3.947	328,92	21.679			05	00								
12	18.157	1.513,08	3.947	328,92	22.104			06	01								
13	18.826	1.568,83	3.947	328,92	22.773				02								
14	19.495	1.624,58	3.947	328,92	23.442				03								
15	20.102	1.675,17	4.020	335,00	24.122				04								
16	20.710	1.725,83	4.142	345,17	24.852				05	00							
17	21.318	1.776,50	4.264	355,33	25.582				06	01							
18	22.152	1.846,00	4.430	369,17	26.582					02							
19	23.019	1.918,25	4.604	383,67	27.623					03							
20	23.345	1.945,42	4.669	389,08	28.014					04							
21	24.013	2.001,08	4.803	400,25	28.816					05							
22	24.831	2.069,25	4.966	413,83	29.797					06	00						
23	25.829	2.152,42	5.166	430,50	30.995					07	01						
24	26.839	2.236,58	5.368	447,33	32.207					08	02						
25	27.844	2.320,33	5.569	464,08	33.413						03						
26	28.816	2.401,33	5.763	480,25	34.579						04						
27	29.789	2.482,42	5.958	496,50	35.747						05	00					
28	30.762	2.563,50	6.080	506,67	36.842						06	01					
29	31.856	2.654,67	6.080	506,67	37.936						07	02					
30	33.436	2.786,33	6.080	506,67	39.516						08	03					
31	34.410	2.867,50	6.080	506,67	40.490							04					
32	35.504	2.958,67	6.080	506,67	41.584							05					
33	36.719	3.059,92	6.080	506,67	42.799							06					
34	37.996	3.166,33	6.080	506,67	44.076								07	00			
35	39.273	3.272,75	6.080	506,67	45.353								08	01			
36	40.853	3.404,42	6.080	506,67	46.933									02			
37	42.434	3.536,17	6.080	506,67	48.514									03			
38	44.258	3.688,17	6.080	506,67	50.338									04	00		
39	45.596	3.799,67	6.080	506,67	51.676									05	01		
40	47.905	3.992,08	6.080	506,67	53.985										02		
41	50.580	4.215,00	6.080	506,67	56.660										03		
42	53.256	4.438,00	6.080	506,67	59.336										04	00	
43	54.714	4.559,50	6.080	506,67	60.794										05	01	
44	57.146	4.762,17	6.080	506,67	63.226											02	
45	59.821	4.985,08	6.080	506,67	65.901											03	
46	63.833	5.319,42	6.080	506,67	69.913											04	00
47	65.657	5.471,42	6.080	506,67	71.737											05	01
48	68.393	5.699,42	6.080	506,67	74.473												02
49	71.736	5.978,00	6.080	506,67	77.816												03
50	75.383	6.281,92	6.080	506,67	81.463											04	00
51	79.031	6.585,92	6.080	506,67	85.111											05	01
52	82.824	6.902,00	6.080	506,67	88.904												02
53	86.800	7.233,33	6.080	506,67	92.880												03
54	90.967	7.580,58	6.080	506,67	97.047												04
55	95.333	7.944,42	6.080	506,67	101.413												05

Fuente: *Agenda for Change* - Estándares salariales para personal clínico - 01/04/09.

*En esta tabla se demuestra la evolución salarial relacionada con las distintas promociones de banda y el incremento por permanencia en una misma banda⁴.

— Segunda salida.

licenciatura relacionada con la promoción (es importante mencionar que, en el Reino Unido, la licenciatura en los diversos campos de la enfermería está bien reconocida con estudios programados para las diferentes especialidades). También se ha de demostrar la capacidad de liderar a un grupo de enfermeros y garantizar su desarrollo profesional, y ésta es la mayor diferencia con el rol anterior. La segunda opción es desarrollar el rol de *Emergency Nurse Practitioner* (ENP, enfermero practicante de urgencias). Se puede acceder a este rol en cualquier momento tan pronto como se haya alcanzado el estatus de *sister* o *charge nurse*. El ENP abandona su papel administrativo para especializarse en el área clínica. Marsden et al⁶ identifican este rol enfermero como aquél en el que se ha cursado una licenciatura, se le reconoce un nivel autónomo en la toma de decisiones a las que se les adjunta una responsabilidad única, un rol en el que se reciben pacientes con procesos sin diagnosticar y que requieren un examen clínico para determinar sus necesidades de salud, basado en conocimientos y técnicas de enfermería avanzados que normalmente no son ejecutados por otros enfermeros, como por ejemplo el examen físico de un paciente. También establece planes de cuidados enfermeros con énfasis en factores preventivos, provee consuelo y educación sanitaria al paciente y tiene autoridad para ingresar o dar de alta a sus propios casos clínicos, así como referirlos a otras especialidades si fuera necesario. Este rol es relativamente nuevo. Aparecido por primera vez en Estados Unidos en los años sesenta⁷, actualmente está siendo reconocido en un número creciente de países y ha traído numerosos debates sobre títulos e intrusismo profesional⁸, requerimientos educativos y responsabilidades profesionales. Inicialmente, este rol de ENP surgió de la necesidad de proporcionar un servicio al creciente número de pacientes que se atendían en los servicios de urgencias con necesidades menos críticas⁹. A pesar de ser un rol aceptado entre profesionales durante muchos años, no fue hasta el 2002 en el que el *Nursing and Midwifery Council*¹⁰ (NMC, Consejo de Enfermería y Matronas), organismo regulador de la profesión enfermera, mencionó este rol bajo las competencias extendidas de enfermería. Aún sin una educación reglada y una regulación específica, el *Royal College of Nursing*¹¹ (RCN, Real Colegio de Enfermeros), organismo de adhesión voluntaria sin capacidad regulatoria, definió en 1996 y revisó en 2008¹² las características principales de este rol y la estructura educativa para alcanzar este nivel. Hoy en día, es un rol aceptado y considerado positivamente por médicos y enfermeros¹³. Finalmente, otras opciones de especialización incluyen el *Practice Development Nurse* (PDN, enfermero de desarrollo de práctica),

encargado de ofrecer cursos y formación continuada a los enfermeros del departamento, *Trauma Coordinator* (o enfermero coordinador de trauma), en el cual el enfermero será el encargado de coordinar las emergencias de politraumatizados y asegurar que los cuidados se corresponden con los estándares y protocolos de politraumatizados.

Existen aún más promociones dentro del departamento, como *Modern Matron* (Coordinador de Enfermería), sus funciones son administrativas y operacionales. Es el punto de referencia para *sisters* y *charge nurses*, a los que coordina e informa de las estrategias a adoptar dictadas por la dirección del hospital. En este nuevo nivel de enfermería se obtiene una banda 8 (B8) como mínimo, con una posible progresión dependiendo de los roles añadidos.

Yo concluiría que la necesidad de cubrir la creciente demanda sanitaria y una considerable inversión en los servicios de urgencias abrió las puertas a nuevas disciplinas de enfermería en el Reino Unido. Consolidó y reguló prácticas que existían anteriormente y creó nuevos roles específicos a las distintas necesidades del sistema sanitario. Estos nuevos horizontes proporcionan una gran oportunidad de desarrollo, pero también diluyen la esencia del rol enfermero y desvían la atención por los cuidados básicos. Las inquietudes por desarrollar nuevas disciplinas alejan al enfermero de su esencia de cuidador, y se acercan a funciones más médicas en el orden de satisfacer a la nueva cultura sanitaria.

Bibliografía

- 1 Department Of Health. The NHS Plan. Londres: Crown copyright; 2000.
- 2 Department of Health. Reforming emergency care. Londres: Crown Copyright; 2001.
- 3 Mortimore A, Cooper S. The "4-hours target": emergency nurses' views. *Emerg Med J.* 2007;24:402-4.
- 4 British Medical Association. BMA survey of Accident and Emergency waiting times. *British medical journal.* (Consultado 4 Abril 2008). Disponible en: <http://bmahouse.co.uk/ap.nsf/Content/AESurveyReport310106>.
- 5 Croning J. Breach avoidance facilitator-managing the A+E 4-hours target. *Accident and Emergency Nursing.* 2006;14:43-8.
- 6 Marsden J, Dolan B, Holt L. Nurse practitioner practice and deployment: electronic mail Delphi study. *J Advan Nurs.* 2002;43:595-605.
- 7 Geolot D. The emergency nurse practitioner. *Nurse Practitioner.* 1975;1:28.
- 8 Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ.* 2002;324:819-23.
- 9 Hayden ML, Richter DL, Clore ER. Facilitators and inhibitors of the emergency nurse practitioner role. *Nursing Research.* 1982;31:294-9.
- 10 Nursing and Midwifery Council. Code of professional Conduct. Londres: NMC; 2002.
- 11 Royal College of Nursing. Definition of Nurse Practitioner. Londres: Royal College of Nursing; 1996.
- 12 Royal College of Nursing. Advanced Nurse Practitioners. Londres: Royal College of Nursing; 2008.
- 13 Jarvis M. Satisfaction guaranteed? *Emergency Nurse.* 2007;14:34-7.
- 14 Guys and St Thomas Hospital. Agenda for Change-clinical standard payscale. London: DOH; 2004. (Consultado 11 Diciembre 2009). Disponible en: http://www.guysandstthomas.nhs.uk/resources/working/afc_payscale_apr2009.pdf.