

# Competencias enfermeras de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: una revisión sistemática.

Pérez-Vico-Díaz de Rada L, Sánchez-Gómez MB, Duarte-Clíments G, Brito-Brito R, Rufino-Delgado T.

## Resumen

**Objetivos:** Se expone una revisión sistemática de las evidencias disponibles sobre las competencias de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (Orden SAS 1729/2010, de 17 de junio). **Método:** Las bases de datos de consulta son MEDLINE, SciELO, IBECS, Cochrane, INAHTA. La búsqueda se realiza en castellano, inglés y portugués, limitando por fecha a los artículos publicados entre los años 2000 y 2013. Se incluyen artículos disponibles en el momento de la búsqueda. Se analiza la calidad de los estudios con las listas de comprobación de CASPe y se clasifican por niveles de evidencia según la estructura FAME de Joanna Briggs Institute. **Resultados:** Se encuentran 51649 artículos, de los cuales se seleccionan 62. Los resultados se exponen en una tabla organizados por las competencias a las que se asocian. **Conclusión:** Destaca que existan gran cantidad de publicaciones relacionadas con determinadas competencias, encontrando numerosos estudios sobre calidad y satisfacción; en cambio, no se han encontrado estudios sobre competencias en prevención primaria en adulto sano. Tampoco se encuentran artículos que engloben todas las competencias de la especialidad en su conjunto. Esta revisión señala y propone la necesidad de enriquecer este tema de reciente implantación en el ámbito de las especialidades de la enfermería.

Pérez-vico-Díaz et cols. *Competencias enfermeras de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: una revisión sistemática*. ENE. Revista de Enfermería. Ago. 2013; 7(3)

Recibido: 18/jun/2013  
Aceptado: 11/ago/2013

**Descriptores:** Competencia Profesional; Enfermería en Salud Comunitaria; Revisión Sistemática.

### Abstract

**Aim:** It presents a systematic review of the available evidence on specialty competencies Family and Community Nursing (SAS Order 1729/2010, of 17 June). **Method:** The query databases are MEDLINE, SciELO, IBECS, Cochrane, INAHTA. The search is performed in Castilian, English and Portuguese, limiting by date to articles published between 2000 and 2013. They include items available at the time of the search. We analyze the quality of the studies with CASPe checklists and categorized by level of evidence according to the structure FAME Joanna Briggs Institute. **Results:** 51649 articles are, of which 62 are selected. The results are listed in a table arranged by the powers to which they associate. **Conclusion:** Stresses that there are large number of publications related to certain skills, finding numerous studies on quality and satisfaction, whereas no studies found skills in primary prevention in healthy adult. Nor are items that encompass all the skills of the specialty as a whole. This review discusses and proposes the need to enhance this topic recently introduced in the field of nursing specialties.

**MeSH:** Professional Competence; Community Health Nursing; Systematic Review.

### Introducción

El término competencia es de reciente introducción en el lenguaje habitual de las enfermeras. Es un término polisémico (1) que sirve para describir diferentes cuestiones. Así por ejemplo se puede utilizar para describir a una profesional que hace “bien” las cosas, -es una profesional competente-, o se puede escuchar con un fondo de reminiscencia “legal” -esto no es de “mi” competencia-.

¿Qué se entiende por competencia? Y ¿qué se entiende por competencia enfermera?

La competencia aplicable a la enfermera se define en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Servicio Nacional de Salud en su artículo 42 como “la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean” (2). Para entender el concepto de forma operativa podemos citar a Sánchez: “En resumen, desde una mirada coloquial y amplia podemos decir que competencias es habilidad, destreza o capacidad” (3).

En España se encuentran descritas las competencias enfermeras para las especialidades de Enfermería Familiar y Comunitaria (4), Enfermería Obstétrico-Ginecológica (5), Salud Mental (6), Enfermería Geriátrica (7), Enfermería Pediátrica (8) y Enfermería del Trabajo (9). Además, debido al desarrollo de la normativa sobre prescripción enfermera, también se explicita la necesidad de adquirir esta competencia y registrarse para ello en la modificación de la llamada ley del medicamento (10).

No obstante, la regulación citada en el párrafo anterior no concreta la gestión de dichas competencias, el cómo se adquieren fuera del marco de la especialidad y si es necesario reacreditarse o certificarse por ello. En países de nuestro entorno estas cuestiones están resueltas de diferente manera. Así en Canadá y en Estados Unidos el incremento de la demanda social de un cuidado de calidad y desarrollo tecnológico hace que las enfermeras se conciencien de la necesidad de una formación específica (11). En Suecia la competencia de prescripción enfermera se introdujo para facilitar el acceso a la atención sanitaria a aquellas personas que vivían en zonas geográficas remotas y para disminuir la carga de

trabajo de los médicos (12). En determinadas zonas rurales de Australia las enfermeras trabajan de forma independiente debido a la escasez de médicos (12). En el Reino Unido las enfermeras comunitarias están habilitadas tanto para prescribir de manera independiente un número limitado de medicamentos y productos como para emitir prescripciones en colaboración con otros profesionales, normalmente médicos (13). Citando a Jodar-Solà et al:

“Es necesario desarrollar políticas sustentadas en los principios de sostenibilidad (aprovechamiento óptimo de los recursos) y subsidiariedad (resolución por el profesional más cercano al objeto del problema). De modo que es preciso optimizar la utilización de las competencias de las diferentes disciplinas para poder desarrollar al máximo el potencial de todas las profesiones sanitarias que intervienen en el proceso de atención al paciente y considerar la prescripción como una parte de este proceso en el que todas ellas pueden cooperar.” (12)

Según el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria publicado en el BOE, las competencias que se han de adquirir al finalizar dicha especialidad están agrupadas por bloques temáticos (4).

1. Competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario:
  - 1.1. Clínica y metodología avanzada
  - 1.2. La atención en la infancia
  - 1.3. La atención en la adolescencia
  - 1.4. La atención a la salud general en la etapa adulta
  - 1.5. La atención a la salud sexual, reproductiva y de género
  - 1.6. La atención a las personas ancianas
  - 1.7. La atención a las familias
  - 1.8. La atención ante urgencias, emergencias y catástrofes

- 1.9. La atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario
2. Competencias en salud pública y comunitaria
3. Competencias docentes
4. Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario
5. Competencias en investigación

De lo anterior se deduce la necesidad de profundizar en las competencias a desarrollar por enfermeras especialistas en atención familiar y comunitaria, en este estudio nos proponemos revisar las evidencias disponibles sobre la práctica de las mismas. Por ello nuestro objetivo principal es identificar los estudios publicados sobre las competencias de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, y relacionar estudios publicados con las competencias de la especialidad.

### **Método**

Se sigue un protocolo estandarizado y explícito de revisión sistemática para encontrar las mejores evidencias disponibles que respondan a nuestros objetivos (14, 15). La estrategia de búsqueda se diseña con palabras claves a través de los descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y medical subject headings (MeSH).

Las bases de datos que se utilizan son MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Cochrane, International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) y se complementa con literatura gris y búsqueda referencial. La búsqueda se realiza en castellano, portugués e inglés. Se realizan dos pasos consecutivos. En el primero se identifica qué hay publicado sobre competencias enfermeras de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria. En el segundo, se buscan los artículos por competencias.

Los estudios incluidos son publicaciones sobre competencias enfermeras en el área de la enfermería familiar y comunitaria desde el año 2000 hasta abril de 2013. Se buscan estudios que hagan referencia al ámbito de la enfermería familiar y comunitaria, ampliable a otras áreas siempre que el tema que aborden tenga relación con las competencias de la primera.

El análisis de la calidad de los estudios y la síntesis de la información se realiza a través de las listas de comprobación de CASPe; se emplean las plantillas para la lectura crítica de artículos de casos y controles, cohortes, estudios de diagnóstico, de ensayo clínico, de evaluación económica, de predicción clínica, estudios cualitativos y para las revisiones sistemáticas. Los resultados se exponen en forma de tabla de síntesis y se clasifican por niveles de evidencia. La clasificación por niveles de evidencia y el desarrollo del grado de recomendación se realiza siguiendo la estructura FAME del Instituto Joanna Briggs.

#### Resultados

La búsqueda se realizó durante los meses de febrero a abril de 2013 en diferentes bases de datos electrónicas ya mencionadas para revisar la literatura sobre las competencias de enfermería en el ámbito familiar y comunitario. La estrategia de búsqueda, las palabras claves, unido a las Bases de Datos consultadas se describen en la Tabla 1.

Se han identificado 51649 estudios de los cuales 47 fueron seleccionados por cumplir los criterios de inclusión. Tras su lectura se añadieron 15 por la búsqueda referencial no identificados en la búsqueda inicial. Se excluyeron aquellos estudios que no estaban disponibles al completo para su lectura en el momento de la búsqueda.

Los resultados se exponen en forma de tabla de síntesis (Tabla 2). Tanto en la

tabla como en el texto que se presenta a continuación se exponen ordenados por la competencia literal de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria con la que se relaciona.

#### **Clínica y metodología avanzada:**

Las competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario incluyen la clínica y metodología avanzada. El paso del tiempo y los cambios de la profesión hacen necesarios una creación, evaluación y actualización constante de las competencias enfermeras de la especialidad (16). La creación de una enfermería especialista más competente comienza con el uso de la enfermería basada en la evidencia (EBE). Esto supone las mismas funciones en cuanto a técnicas y habilidades, pero diferentes objetivos en nuestra práctica diaria (17). La tendencia del uso de la EBE disminuye con el paso de los años y son las enfermeras de menos tiempo de profesión las que más la practican; también llama la atención el hecho de que, al mismo tiempo de experiencia profesional, sean las enfermeras que se dedican a labores de gestión las que más la utilizan (18).

Las pruebas muestran que basar la práctica en las mejores evidencias disponibles, supone ejercer una enfermería excelente. Este hallazgo es reforzado por una valoración positiva de los pacientes en cuanto a la profesionalidad enfermera, aunque esto coexiste con la percepción de los pacientes de mala comunicación en la consulta (19). Existen importantes diferencias entre la información que el paciente recibe y lo que el profesional cree que ha transmitido durante la consulta (20). Teniendo en cuenta el objetivo de motivar a los pacientes para modificar hábitos y estilos de vida, a menudo el mensaje genera disonancias en el receptor. Por ello es importante que el mensaje sea percibido como tal y no como una falta de empatía por parte del profesional (21). Existe la necesidad en las

enfermeras de adquirir habilidades de comunicación para fomentar el autocuidado y que el paciente sea quien tome las decisiones de su propia salud (22). Contemplando que el grado de comprensión de la información que logra la enfermera se encuentra por debajo del que consiguen otros profesionales (23). El inicio de una comunicación efectiva parte de la percepción del paciente en la primera visita, así, aumenta su satisfacción el hecho de conocer el nombre de la enfermera que lo atiende (24) y los aspectos de calidad subjetiva como la amabilidad, la cercanía y la disposición (25).

Una buena comunicación con los pacientes y las técnicas de cuidados basadas en la evidencia se quedan en ilusorias si no se ven reflejadas en un correcto registro. Los profesionales coinciden en que un registro de calidad es necesario y se caracteriza por ser claro, no redundante, relevante, priorizado, organizado, actual y exacto (26). Dentro de estos registros la importancia del uso del lenguaje enfermero estandarizado radica en la concreción del plan de cuidados y no repetición de la información. Proporciona mejoras en la seguridad del paciente porque existe una disminución de aparición de complicaciones. Sirven como ejemplo las reacciones adversas medicamentosas que disminuyen con el uso de este lenguaje estandarizado respecto al registro narrativo (27). Supone una oportunidad de mejora el saber que gran parte de los enfermeros ven como “no prioritario” el registro del plan de cuidados ni la información tratada en la consulta con el paciente y/o familiares (28).

El registro se realiza en la historia clínica que pertenece, en última instancia, al paciente y tiene como fin la seguridad y calidad de la atención. Se aprecia la necesidad de trabajar en equipo y respetar el registro de otros profesionales. Se deben olvidar los estereotipos de relación subordinada

médico-enfermera y sustituir este concepto por el de colaboración (29).

La prescripción enfermera es ya un hecho en otros países donde, no sólo no hay diferencias en la manera de prescribir entre estos profesionales sino que además, debido al entusiasmo y la motivación de los enfermeros, el índice de satisfacción de los pacientes aumenta (30). Wagle S. describe el uso de una guía de prescripción para enfermería existente en el Reino Unido que fomenta el uso racional de los medicamentos

“este implica encontrar un equilibrio entre la maximización de la efectividad del tratamiento, minimizar los riesgos respetando la elección del paciente y minimizando el coste.” (13)

En el Banco de evidencias en cuidados de SACYL, se ha abordado el tema de la prescripción enfermera con una revisión sistemática (31A). De ella se extraen varias conclusiones pertinentes para nuestro trabajo: el número de prescripciones por parte de las enfermeras es similar a las realizadas por médicos (32 [https://mail.google.com/mail/?shva=1-13efa6c734715b30\\_msocom\\_2](https://mail.google.com/mail/?shva=1-13efa6c734715b30_msocom_2)); y se encuentra un patrón prescriptor similar en la atención prestada por enfermeras y médicos del ámbito de la Atención Primaria, tanto en atención a demanda, como urgente o crónica (33, 34D).

Todas estas habilidades se pierden con el paso del tiempo, he aquí la necesidad de que los directivos sanitarios observen y evalúen la relación entre formación y práctica enfermera (35). La situación ideal combina unos elevados niveles de eficacia de los empleados (formación continuada, menores tasas de índice de rotación de enfermeras...) y una mayor satisfacción de los pacientes (36).

### **La atención en la infancia:**

Es importante tener en cuenta que el niño se sitúa, como norma general,

dentro de un núcleo familiar, por lo que sería un error no cuidarlo como un conjunto; del mismo modo que los profesionales que tratan a ese niño han de hacerlo en colaboración. Para una correcta promoción de la salud y prevención de la enfermedad del niño, hay que tener en cuenta que los mensajes han de ir dirigidos a la educación sanitaria de los padres. Aprovechando todas las revisiones y citas de éste para fomentar su buen desarrollo. El objetivo es empatizar con la familia (37).

#### **La atención en la adolescencia:**

La adolescencia es una etapa de grandes cambios y abarca unas edades en las que la madurez física y psicológica de los pacientes es muy variada. Como hecho a destacar la maleabilidad en estas edades puede hacer muy compleja la consulta de enfermería, sorprende que los enfermeros de mayor nivel profesional y formativo tienen menos adolescentes con problemas de salud en su consulta (38). En estas edades los pacientes suelen ser personas sanas que acuden a consulta ante un problema puntual, cualquier visita a la consulta de enfermería es una oportunidad para realizar educación sanitaria. Con frecuencia cuando realizan una consulta a demanda es por un problema de salud sexual ya establecido. De ahí la importancia de incidir en este tema siempre que se tenga oportunidad, de hecho, se pretende fomentar las actividades preventivas en las escuelas en cuanto a salud sexual (39, 40).

#### **La atención a la salud general en la etapa adulta:**

La promoción de la salud durante esta etapa juega un papel muy importante, la educación sanitaria pretende que la población adquiera hábitos y estilos de vida saludables. Los profesionales sanitarios han de integrar la educación sanitaria en el día a día de su consulta, dedicando el tiempo necesario para que la intervención sea efectiva (41). Thankappan et al, indican una importante mejoría en cuanto a

modificación de hábitos y estilos de vida mediante sesiones paralelas de asesoramiento que refuercen la información que los pacientes reciben en consulta (42).

En una revisión sistemática en el Reino Unido sobre cribado de violencia de género, se hace mención a la prevención de la violencia de género. Para identificarla y prevenirla, se propone hablar de ella en consulta con todas las mujeres, de modo que entiendan la importancia de una detección precoz. Las mujeres, como norma general, agradecen la facilidad para hablar de esta violencia, si algún día se presenta en sus vidas (43).

#### **La atención sexual, reproductiva y de género:**

Debido a la creciente incidencia en los últimos años del cáncer genital masculino y femenino, así como del cáncer de mama, las evidencias se centran en la actividad preventiva (44). Respecto al cáncer de mama, citando a González-Robledo et al.

“Pese a la evidencia encontrada sobre el predominio del estudio de temas relacionados con la comunidad, los planes curriculares parecen tener deficiencias en aspectos puntuales sobre técnicas y procedimientos para realizar una detección temprana del cáncer de mama. En particular, no se encontró explícitamente la enseñanza de la autoexploración mamaria y el examen clínico, lo cual afecta de manera importante el desarrollo de las competencias necesarias para la atención de la población que lo va a requerir.”, “ (...) la enfermera generalmente es la responsable de la operación de los programas preventivos (y dentro de ellos los de salud de la mujer) que se desarrollan en los servicios públicos, cobra una importancia crítica en términos de formación y entrenamiento.”

Se detecta una necesidad de formación específica de prevención de esta patología (40, 45).

En cuanto a los cambios en la estructura familiar, es importante el momento de la llegada de un nuevo miembro; por ello, se incide en la necesidad de atención domiciliaria en las seis semanas de puerperio. Esta visita tiene como fin realizar una valoración de la salud de la madre, del niño, del estado del hogar y aprovechar para informar sobre la prevención de accidentes domésticos (46).

#### **La atención a las personas ancianas:**

Son numerosas las actividades preventivas a realizar con las personas mayores. Vuelve a cobrar importancia la familia ya que de nuevo es el entorno donde se sitúan la gran mayoría de estas personas. Estas actividades incluyen la valoración de la situación económica para determinar opciones de suministro, la evaluación de los recursos de cuidados y la capacidad del cuidador de gestionar la actividad preventiva (47). Hay que hacer un esfuerzo para fomentar la coordinación entre distintos niveles asistenciales y la accesibilidad de los mismos, ya que todo esto son barreras del sistema sanitario. Identificar los recursos disponibles y utilizarlos a favor de estos pacientes (48).

#### **La atención a las familias:**

Es importante realizar una valoración familiar no sólo para la atención a los niños y ancianos (37, 48) sino por el beneficio de todos los miembros (47). Las características familiares influyen de manera importante en los problemas biológicos, psicológicos y sociales de todos sus miembros, así como en sus complicaciones y recaídas. García Huidobro et al, proponen el Family Functioning Style Scale como herramienta para predecir la salud familiar y poder prevenir complicaciones (49), aunque de esta herramienta no

hemos encontrado disponible versión validada en castellano.

La atención ante urgencias, emergencias y catástrofes:

Este tipo de situaciones requieren de una asistencia inmediata lo más especializada posible, por lo que todos los enfermeros deben estar preparados para una buena atención. Hay que mantener y actualizar estos conocimientos para crear una red de enfermeros competentes capacitados para responder ante situaciones urgentes (50). Por ser situaciones altamente estresantes tanto física como psicológicamente para el paciente y sus familiares, el aspecto más positivo que éstos valoran es la rapidez de la atención. Es de destacar que estos pacientes valoran positivamente la labor del equipo de emergencias siendo incapaces de distinguir a los componentes (51). Hecho importante para volver a insistir en el trabajo en equipo (29).

#### **La atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario:**

Las evidencias muestran que, para dar una atención enfermera de calidad e igual para todos se deben conocer las culturas, problemas más frecuentes e idiomas de las poblaciones inmigrantes. Ndiwane et al. proponen el aprendizaje de estas competencias desde la universidad y añade que la enfermera debe fomentar la comunicación efectiva con el paciente con el fin de comprender los valores y creencias de estos (52).

#### **Competencias en salud pública y comunitaria:**

Por lo general, los estudios identificados muestran que la participación de los profesionales de enfermería en la salud comunitaria es escasa. En países donde la salud pública y comunitaria figura como competencia específica dentro de un módulo formativo, tampoco es una práctica habitual. Incluso aquellos profesionales interesados en continuar

formándose con los años y promocionar parecen no conocer la posibilidad de hacerlo en ese ámbito (53).

#### **Competencias docentes:**

Un modelo formativo basado en competencias parece ser el más efectivo y el que más valoran en positivo los alumnos, frente a un modelo no ligado a unas competencias concretas (54). Se debe integrar cada competencia en un "momento" del programa formativo, de manera que los objetivos generales sean los primeros en alcanzarse y los específicos "después". Además, los formadores han de participar en la organización de las competencias dentro del programa (55). Las nuevas generaciones de enfermeros no quieren olvidar la "imagen angelical de la enfermería", aunque son muy conscientes de que frente a este arquetipo la evolución de la profesión presenta enfermeros competentes e inteligentes que razonan cada cuidado que prestan (56). Este razonamiento del cuidado es la EBE, y son las enfermeras de práctica avanzada las que transmiten la utilidad de la misma a las enfermeras clínicas (57).

#### **Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario:**

Hablar de gestión de cuidados es hablar de calidad y satisfacción. La satisfacción del paciente aumenta cuando hay más personal de enfermería y más cualificado; la satisfacción es directamente proporcional al tiempo que se le dedica al paciente (58). Se deben identificar los aspectos deficientes de calidad y analizar la oportunidad de mejora (59). Existen diferencias entre los pacientes hombres y mujeres en cuanto a la calidad percibida (60). Así, surgen distintos criterios para valorarla; se puede hablar de calidad objetiva y subjetiva (25); también se pueden considerar tres esferas: trato humano, espacio físico y economía-financiación (61). En general los pacientes tienen buena percepción de la enfermería (62); en ocasiones se supera la expectativa

de éstos (63). Se aprecia en la población una alta valoración en cuanto a la rapidez de la atención, a la cercanía y trato de la enfermera y a la información que reciben de los cuidados (24, 51, 64). A pesar de los esfuerzos por mantener la calidad del cuidado, elementos como el confort (65), el entorno o el tiempo de espera (66) en ocasiones son percibidos como negativos por el paciente. En resumen, aunque un elevado porcentaje de pacientes valoran como positiva la atención enfermera recibida, más de la mitad opina que esta atención podría mejorarse en algún aspecto (67). Cuando se habla de la atención recibida en atención primaria, la enfermería es el personal mejor valorado por los pacientes pero no ocupa los puestos principales en cuanto a la satisfacción global al hablar del centro como conjunto (68).

#### **Competencias en investigación:**

Los conocimientos de investigación adquiridos durante la formación enfermera, parecen tomar forma en la práctica a partir del segundo año de vida laboral y van en aumento en los años posteriores (69). Este uso de la práctica basada en la evidencia es medible (70). La investigación incluye la comprensión y adaptación de evidencias publicadas (67, 71). Es importante difundir estos conocimientos y fomentar una enfermería basada en la evidencia en la práctica diaria (72). Cabe destacar un banco de evidencias en cuidados de la Junta de Castilla y León, donde se publican revisiones sistemáticas de cuidados enfermeros (73-82). Hay también otro banco de evidencias en cuidados del Instituto Joanna Briggs (81) y un grupo de trabajo en enfermería de la Colaboración Cochrane (83).

#### **Discusión**

Durante años la enfermería ha ido desarrollando numerosas competencias integradas ahora en la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. El hecho de que en la actualidad estén reguladas legalmente implica que para



obtener el título de especialista se certifique la adquisición de las competencias tanto teóricas como prácticas. Siendo un terreno de reciente implantación, no se ha podido estudiar a fondo sobre las competencias específicas de la especialidad. Nuestro estudio muestra claramente este hecho, la ausencia de estudios que incluyan todas las competencias como conjunto, independientemente de su enfoque o diseño. Entendemos que la novedad de la especialidad implica una limitación temporal y una reorientación de prioridades de investigación.

En la elaboración de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, los enfermeros participan de la planificación y desarrollo, ya que están dentro de los grupos de trabajo de estos programas. Sin embargo, no se han encontrado evidencias sobre el método de desarrollo de los mismos ni de su evaluación. Tampoco sobre la calidad y el coste-efectividad de éstos. Existen manuales metodológicos para la elaboración de guías de práctica clínica, donde las enfermeras han participado en su elaboración; aunque no se ha encontrado cómo evaluar la eficacia y los resultados que se han visto en la población tras la implantación de las mismas. Tampoco se han encontrado evidencias sobre aquellas competencias que consisten en planificar, ejecutar y desarrollar estos programas de salud.

Los registros de enfermería también han cobrado importancia con los años. Sin duda son la manera de reflejar el trabajo enfermero y de realizar un seguimiento del paciente a lo largo del tiempo. Históricamente, la tendencia de la enfermería era formarse y basar la práctica en habilidades y técnicas y dejar a un lado la parte más teórica y formal. Con la progresiva implantación de la enfermería de práctica avanzada que conlleva la especialidad, se pretende, entre otras cosas, que se extienda la importancia, entre otras cuestiones, del

registro enfermero y del uso del lenguaje estandarizado.

Una intervención de prevención primaria a una población tan amplia como es la adulta, evita la aparición de enfermedades tempranas y mejora la calidad de vida. Igual que ocurre con la población adolescente, el adulto sano tiende a acudir a su centro de salud ante un problema concreto, por lo que se ha de captar a cada persona que acuda a consulta y valorar sus hábitos y estilos de vida. Son numerosas las evidencias encontradas sobre adultos que se centran en una patología en concreto, sin embargo, no consideran la figura del adulto sano con algún factor de riesgo presente o no como objeto del estudio.

Las evidencias muestran la importancia de no olvidar que se trata a personas que están inmersas en una familia y en la comunidad que le rodea, por lo que se ha de trabajar en conjunto estos ámbitos. Para trabajar en la prevención de todos los rangos de edades se ha de tener en cuenta el entorno del usuario en cada una de estas etapas. La información que recibe el paciente en consulta puede reforzarse con dos abordajes paralelos: por una parte, extender la educación al grupo de pacientes con el mismo problema, en educación grupal, y por otra parte, abordaje homogéneo desde la consulta por cada profesional con la misma información.

Diferentes profesionales tratan a los miembros de la familia de manera individual pero es difícil encontrar profesionales que valoren la estructura familiar y el domicilio en su conjunto. La importancia de abordar en este contexto los problemas detectados desde un punto de vista multiprofesional radica en la posibilidad de conseguir resultados de cambio y mejora del entorno de los usuarios. La especialidad supone dar un giro a la visión habitual que tiene la enfermería del paciente como ser individual inmerso en un cuerpo que es el

que enferma y comience a valorar a ese ser en todo su conjunto y con las personas y el entorno que le rodea.

Se han encontrado numerosos artículos sobre la calidad de la atención de enfermería y qué entiende el paciente por atención de calidad; la similitud de todos ellos en cuanto a los criterios de calidad muestra de nuevo, que no es habitual la visión del paciente inmerso en su entorno, sino como ser individual que acude a una consulta.

El programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria incluye competencias en Salud Pública, a diferencia del programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, donde no se incluyen estas competencias. Esto supone para la enfermería adquirir conocimientos y habilidades sobre este tema, ser capaces de diseñar, ejecutar y evaluar programas de vigilancia epidemiológica. Prestar atención a la salud medio ambiental y planificar y desarrollar acciones sobre ella. De nuevo, la novedad de la especialidad implica la ausencia de estudios de enfermería sobre este tema.

En cuanto a competencias sobre gestión, también destaca la gran cantidad de artículos encontrados sobre gestión de la calidad de los cuidados enfermeros. Sin embargo, son escasos los estudios sobre gestión, liderazgo y coordinación de los grupos de trabajo del equipo de enfermería y multidisciplinar. No se han encontrado estudios sobre gestión clínica de cuidados a familias ni grupos sociales. Esto vuelve a poner de manifiesto la necesidad de valorar el entorno familiar y social de los pacientes.

Basar la práctica clínica enfermera en la mejor evidencia disponible y difundir el conocimiento de la enfermería basada en la evidencia se encuentran como competencias dentro del ámbito de la investigación. Los artículos muestran que es necesario fundamentar la práctica

en las evidencias y existen estudios que describen la difusión de estas evidencias entre profesionales de diferentes edades. Respecto a difundir el método de búsqueda de evidencias y generar conocimiento científico no se han encontrado publicaciones.

Las principales limitaciones de esta revisión a nuestro juicio se refieren al idioma de la búsqueda, disponibilidad y accesibilidad a los estudios de interés y los niveles de evidencia encontrados. En cuanto a los idiomas de la búsqueda nos hemos limitado al inglés, castellano y portugués. Esto excluye parte de la literatura que no se publica en esos idiomas, aunque este hecho es paliado por la necesidad de incluir en las revistas de impacto al menos el resumen en inglés. La disponibilidad y accesibilidad de los artículos es una limitación importante derivada del hecho de no tener una financiación específica para este tema más allá de los medios disponibles actualmente en el Servicio Canario de la Salud. Los posibles sesgos que esta limitación puede introducir están minimizados por la literatura finalmente analizada, expuesta en la tabla 2. En ese sentido, los resultados expuestos se pueden interpretar como un punto de partida de mínimos, susceptible de ser enriquecida mediante la adición de literatura posterior o más accesible.

El nivel de evidencia encontrado conceptualmente nos parece una limitación que merece una discusión específica. Recordemos que el objetivo de nuestro estudio es identificar la existencia o no de pruebas en relación a las competencias de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Las evidencias encontradas son de bajo nivel, ahora bien, son de bajo nivel desde el punto de vista de la efectividad. Conceptualmente, entendemos la clasificación de las evidencias desde un enfoque más abierto como el que representa la estructura FAME (Feasibility, Appropriateness,

Meaningfulness, Effectiveness and Economic Evidence), que el habitual centrado exclusivamente en la efectividad. El sistema FAME tiene en cuenta varios puntos de vista para enjuiciar la utilidad de diferentes estudios: la viabilidad, la adecuación, la significación, la efectividad y la evidencia económica. Estos diferentes puntos de vista se adecuan más al objetivo de nuestro estudio y nos permiten un análisis más prudente del valor de los mismos en cuanto a su nivel de evidencia. Un efecto colateral de este enfoque es la dificultad de la lectura crítica con instrumentos similares a los de CASPe para aquellos estudios que escapan a la clasificación habitual de evidencia según efectividad. Por ejemplo, para un estudio observacional no se encuentra una lista de chequeo CASPe, sin embargo este tipo de estudio puede ser muy relevante desde el punto de vista de la adecuación y la significación y por tanto aporta un gran valor a nuestra investigación. No obstante lo expuesto entendemos que los resultados encontrados puedan ser interpretados como de bajo nivel de evidencia, esperamos que la investigación futura aporte valor allí donde falte. Uno de los valores de nuestro estudio es identificar vacíos de información y evidencia que guíen la investigación futura.

### **Conclusiones**

Esta revisión muestra las numerosas competencias que tiene la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, así como la necesidad de seguir investigando sobre este tema. Existen algunas competencias sobre las que se ha encontrado mucha información, pero, hay otras, sobre las que apenas existe evidencia.

La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria representa la oportunidad de insertar en el sistema sanitario la enfermería de práctica avanzada, Esto implica la necesidad de formar nuevos profesionales (el caso de los enfermeros

residentes de la especialidad), reciclar a otros (el caso del acceso extraordinario a la especialidad), reorganizar servicios y gestionar los recursos enfermeros en base a competencias identificables y medibles. Los enfermeros deben conocer las posibilidades que les brinda cada una de ellas y entender que todas ellas han de formar parte de su labor diaria.

La divulgación de las pruebas alrededor de las competencias de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria puede significar que el usuario perciba que la enfermera, le ve y le valora como individuo, formando parte de un entorno, en el que coexisten otras personas (familia, comunidad...) y elementos del ambiente (ciudades, estructuras...). Esta visión de la enfermera, hace que se aborde el individuo y su entorno como un conjunto y no siempre como una sola persona.

Al trabajar todas las competencias de la especialidad, se dan a conocer las capacidades de la enfermería en la sociedad, entendiéndola como una relación de cooperación y comunicación entre los individuos; la presentación de la enfermería familiar y comunitaria en la población general hace que cambie la visión que se tiene de una enfermera inmersa en su consulta actuando única y exclusivamente ante problemas de salud puntuales. De forma paralela se visualiza también la responsabilidad de la enfermera en relación con la ejecución y el desarrollo de sus competencias.

Además, en temas de gestión, el coste-beneficio de las intervenciones comunitarias es muy rentable. La prevención e intervención en los diferentes grupos de la comunidad supone grandes beneficios frente a los bajos costes de las actividades. Por ejemplo, recordemos que está demostrado que la Educación para la Salud grupal, además de economizar personal y tiempo, favorece el

intercambio de experiencias y opiniones entre los participantes del grupo (85).

Desde el punto de vista de la mejora de la salud, la definición de las competencias enfermeras es una gran ventaja para el seguimiento de los pacientes, permite delimitar el campo de actuación de la Enfermería Familiar y Comunitaria, identificar las intervenciones a desarrollar, realizar el seguimiento y la evaluación y por tanto identificar

acciones de mejora en el desempeño de la enfermera.

Por último, subrayar la importancia de conocer las evidencias disponibles y dejar una puerta abierta hacia nuevos estudios y publicaciones. Esta revisión pretende ser un primer paso hacia el horizonte en cuanto a las competencias de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

---

## Bibliografía

1. Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. 22ª ed. Madrid 2001.
2. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Artículo 42.
3. Sánchez-Gómez MB, Duarte Clíments G, Aguirre Jaime A, Sierra López A, Arias Rodríguez A, De Armas-Felipe JM. Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. ENE. Revista de Enfermería. Agosto. 2012; 6 (2).
4. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria..
5. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)
6. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.
7. Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica.
8. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica.
9. Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo.
10. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
11. Ramírez García P, Hernández Vián O, Sáenz de Ormijana Hernández A, Reguera Alonso AI, Meneses Jiménez MT. Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. ENFERMERÍA CLÍNICA 2002;12(6):286-9.
12. Wagle S. Using the British National Formulary: best practice for nurse prescribers. Nurs Stand. 2011 Sep 21-27;26(3):43-8.
13. Jodar Solà G, Cuxart Ainaud N, Zabaleta del Olmo E. Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud. Aten Primaria.2009;41(6):335-338.
14. Sánchez Gómez MB, Duarte Clíments G. Una herramienta para la evidencia. Protocolo en 10 pasos: Vayamos paso a paso. En: Libro de ponencias y comunicaciones del 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, SECA 2008. ISBN 978-84-691-6409-9. Página 339.
15. Duarte Clíments G, Sánchez Gómez MB. 10 pasos para realizar una revisión sistemática. Vayamos paso a paso. En: Evidencias para unos cuidados seguros. V Reunión internacional sobre Enfermería Basada en la Evidencia. Granada, INDEX 2008. ISBN: 84-931966-8-1. Página 26.
16. Baldwin KM, Lyon BL, Clark AP, Fulton J, Davidson S, Dayhoff N. Developing clinical nurse specialist practice competencies Clin Nurse Spec. 2007 Nov-Dec;21(6):297-303.
17. Maylor M. Differentiating between a consultant nurse and a clinical nurse specialist. Br J Nurs. 2005 Apr 28-May 11;14(8):463-8.
18. González Torrente S, Pericas Beltrán J, Bennasar Veny M, Adrover Barceló R, Morales Asencia JM, De Pedro Gómez J. Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context a cross-sectional study. BMC Health Ser Res. 2012 Jul 31;12:227.
19. Wloszczak-Szubzda A, Jarosz MJ. Professional communication competences of nurses. Ann Agric Environ Med. 2012 Sep 20;19(3):601-7.
20. Parkin T, Skinner TC. Discrepancies between patient and professionals recall and perception of an outpatient consultation. Diabet Med. 2003 Nov;20(11):909-14.
21. Lorenzo S, Mira J, Olarte M, Guerrero J, Moyano S. Análisis matricial de la voz del cliente: QFD aplicado a la gestión sanitaria Gac Sanit. 2004 Nov-Dec;18(6):464-71.
22. Ruiz Moral R, Alba Dios A, Dios Guerra C, Jiménez García C, González Neubauer V, Pérula de Torres LA, Barrios Blasco L. Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud. Enferm Clin. 2011;21(3):136-142.
23. De la Fuente Rodríguez A, Fernández Leronés MJ, Hoyos Valencia Y, León Rodríguez C, Zuloaga Mendiole C, Ruiz Garrido M. Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida

- y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. *Rev Calid Asist* 24(3):109-114, may.2009.
24. De Haro Fernández F, Martínez López MB. Instrumentalizar la comunicación en la relación enfermera-paciente como aval de calidad / Study of nurse-patient communication as a guarantee of quality *Rev. Calid. Asist*; 17(8):613-618, nov. 2002.
  25. Anguera Guinovart E, Martínez Bateman F. Estudio multicéntrico sobre la calidad asistencial percibida por los pacientes en programa de hemodiálisis de Tarragona. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* vol.14 no.3 Madrid jul.-set. 2011.
  26. Hanson JL, Stephens MB, Pangaro LN, Gimbel RW. Quality of outpatient clinical notes: a stakeholder definition derived through quality research *BMC Health Serv Res*. 2012 Nov 19;12:407.
  27. Ahn HJ, Park HA. Adverse-Drug-Event surveillance using narrative nursing records in electronic nursing records. *Comput Inform Nurs*. 2013 Jan;31(1):45-51.
  28. Kohle-Ersher A, Chatterjee P, Osmanbeyoglu HU, Hochheiser H, Bartos C. Evaluating the barriers to point-of-care documentation for nursing staff. *Comput Inform Nurs*. 2012 Mar;30(3):126-33.
  29. Fajardo Trasobares ME, Germán Bes C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros. *Index Enferm*, Nov 2004, vol.13, no.46, p.09-12.
  30. Jones K, Edwards M, While A. The effectiveness of nurse prescribing in acute care. *Nurs Times*. 2011 Jul 5-11;107(26):18-9.
  31. Montero Morales C, Tapia Valero C, Rodríguez Herrera M, Duarte Clíments G, Sánchez Gómez MB, Vargas Álvarez C, et al. Enfermera y prescripción: ¿hay evidencias sobre prescripción enfermera?. Revisión sistemática. Banco de evidencias en cuidados de SACYL, 2009.
  32. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002 April 6; 324(7341): 819-823.
  33. Venning P, et al. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ* 2000 ;320; 1048-1053.
  34. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
  35. King MG, Erickson GP. Development of public health nursing competencies: an oral History *Public Health Nurs*. 2006 Mar-Apr;23(2):196-201.
  36. Raup GH. The impact of ED nurse manager leadership style on staff nurse turnover and patient satisfaction in academic health center hospitals *J Emerg Nurs*. 2008 Oct;34(5):403-9.
  37. Jeyendra A, Rajadurai J, Channugam J, Trieu A, Nair S, Baskaran R, Schmied V. Australian general practitioners' perspectives on their role in well-child health care. *BMC Fam Pract*. 2013 Jan 3;14:2.
  38. Bearinger LH, Wildey L, Gephart J, Blum RW. Nursing competence in adolescent health: anticipating the future needs of youth. *J Prof Nurs*. 1992 Mar-Apr;8(2):80-6.
  39. de Oliveira TC, Carvalho LP, da Silva MA. Nurse in the attention of sexual and reproductive health of the adolescents. *Rev Bras Enferm*. 2008 May-Jun;61(3):306-11.
  40. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Sanidad y política social. 2010.
  41. Amorim de Andrade K, Teixeira de Toledo MT, Souza Lopes M, Silva do Carmo GE, Souza Lopes AC. Counseling regarding healthy lifestyles in Primary Healthcare and the dietary practices of clients. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(5):1116-23.
  42. Thankappan KR, Mini GK, Daivadanam M, Vijayakumar G, Sarma PS, Nichter M. Smoking cessation among diabetes patients: results of a pilot randomized controlled trial in Kerala, India. *BMC Public Health* 2013, 13:47.
  43. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment* 2009; Vol. 13; No. 16.
  44. de Souza KW, Diniz dos Reis PE, Pimentel Gomes I, Campos de Carvalho E. Prevention strategies for testicular and penile cancer: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(1):270-5.
  45. González-Robledo MC, González-Robledo LM, Caballero M, Aguilar-Martínez ME. Formación de médicos y enfermeras para la detección temprana del cáncer de mama en México. *Rev. salud pública*. 13 (6): 966-979, 2011.

46. Blenning CE, Paladine H. An Approach to the Postpartum Office Visit. *Am Fam Physician*. 2005 Dec 15;72(12):2491-6. Review.
47. Bergquist-Beringer S, Makosky Daley C. Adapting pressure ulcer prevention for use in home health care. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2011 Mar-Apr;38(2):145-54.
48. Morales Asencio JM, Bonill de las Nieves C, Celdrán Mañas M, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ, Contreras Fernández E, et al. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. *Gac Sanit* v.21 n.2 Barcelona mar.-abr. 2007.
49. García-Huidobro D, Puschel K, Soto G. Family functioning style and health: opportunities for health prevention in primary care. *Br J Gen Pract*. 2012 March; 62(596): e198–e203.
50. Polivka BJ, Stanley SA, Gordon D, Taulbee K, Kieffer G, McCorkle SM. Public health nursing competencies for public health surge events. *Public Health Nurs*. 2008 Mar-Apr; 25(2):159-65.
51. Martín Castro C, Ortega G, Petidier MM, Martín Vázquez J. Calidad percibida por los pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos por el Servicio de Emergencias Sanitarias de Andalucía / Quality perceived by patients with acute coronary syndrome attendend by the healthcare emergencies service of Andalucía. *Rev. calid. asist*;15(8):653-656, nov. 2000.
52. Ndiwane A, Miller KH, Bonner A, Imperio K, Matzo M, McNeal G, et al. Enhacing cultural competencies of advanced practice nurses: health care challenges in the twenty-first century. *J Cult Divers*. 2004 Fall;11(3):118-21.
53. Bekemeier B. Nurses' Utilization and Perception of the Community/Public Health Nursing Credential. *Am J Public Health*. 2009 May; 99(5): 944–949.
54. Colleen J, Klein Eileen RF. American Association of Colleges of Nursing, 2006. An Investigation of Nursing Competence and the Competency Outcomes Performance Assessment Curricular Approach: Senior Students' Self-Reported Perceptions. *Journal of Professional Nursing*, 22 (2006), pp. 329–330.
55. Sánchez Gómez MB, Duarte Clíments G, Aguirre Jaime A, Sierra López A, Arias Rodríguez A, De Armas Felipe JM. Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. *ENE. Revista de Enfermería*. Agosto. 2012; 6 (2).
56. Rhodes MK, Morris AH, Lazenby RB. Nursing at its Best: Competent and Caring. *Online J Issues Nurs*. 2011 Feb 23;16(2):10.
57. Gerrish K, McDonnell A, Nolan M, Guillaume L, Kirshbaum M, Tod A. The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *J Adv Nurs*. 2011 Sep;67(9):2004-14.
58. Zimmermann PG.. Health care customer satisfaction surveys still running amok: surveys degrade nurses. *J Emerg Nurs*;26(2):174-7, 2000 Apr.
59. Duarte Clíments G, Aguirre Jaime A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enfermería clínica* 2003;13(1):7-15.
60. Santiñá M, Prat A, González M, Trilla A, Asenjo M. Calidad percibida y sexo de los pacientes atendidos en un hospital universitario / Perception of health care quality and gender in an University hospital. *Rev. calid. asist*;17(4):218-223, jun. 2002. tab.
61. Attree M. A study of the criteria used by healthcare professionals, managers and patients to represent and evaluate quality care. *J Nurs Manag*. 2001 Mar;9(2):67-78.
62. Faleiros Sousa FA, Hortense P. Social perception of nursing professional assessed by different scales. *Rev Lat Am Enfermagen*. 2006 Nov-Dec;14(6):857-62.
63. Rincón Gómez M, Bernabeu Wittel M, Bohórquez Colombo P, Moreno Gaviño L, Cassani Garza M, Ortiz Camúñez MÁ, et al. Perceived quality of healthcare in a multicenter, community-based population of polypathological patients. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011 Mar-Apr;52(2):142-6. Epub 2010 Mar 25.
64. Parra Hidalgo P, Bermejo Alegría RM, Más Castillo A, Hidalgo Montesinos MD, Gomis Cebrián R, Calle Urra JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit* vol.26 no.2 Barcelona mar.-abr. 2012.
65. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, Gracia J, et al. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18(5):263-71.
66. Lorenzo S, Mira J, Olarte M, Guerrero J, Moyano S. Análisis matricial de la voz del cliente: QFD aplicado a la gestión sanitaria. *Gac Sanit*. 2004 Nov-Dec;18(6):464-71.

67. Alonso R, Blanco-Ramos MA, Gayoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería / Validation of an instrument to measure the quality of nursing care. *Rev. Calid. Asist.*;20(5):246-250, jul. 2005.
68. Serrano del Rosal R, Ranchal Romero J. La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. *Index Enferm*, Mar 2010, vol.19, no.1, p.9-13.
69. Wallin L, Gustavsson P, Ehrenberg A, Rudman A. A modest start but a steady rise in research use. *Implementation Science* 2012, 7:19 doi:10.1186/1748-5908-7-19.
70. de Pedro Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Ruiz Roman MJ, Muñoz Ronda F. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. *Rev Esp Salud Publica*. 2009 Jul-Aug;83(4):577-86.
71. Fernández San Martín MI, Rebagliato Nadal O, de Gispert Uriach B, Roig Carrera H, Artigas Guix J, Bonay Valls B, et al. Adaptación de un cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería *Aten. prim.* (Barc., Ed. impr.);40(12):611-616, dic.2008. tab.
72. Moseley MJ. The Role of the Advanced Practice Registered Nurse in Ensuring Evidence-Based Practice. *Nurs Clin North Am*. 2012 Jun;47(2):269-81.
73. Pérez Alonso J, Ballesteros Álvaro AM, González Esteban MP, Delgado González E, Aragón Posadas R, Mediavilla Marcos ME. ¿Qué intervenciones no farmacológicas son efectivas en el control de la H.T.A. esencial del adulto en Atención Primaria? Investigación secundaria. Banco de evidencias en cuidados de SACYL, 2009.
74. Rodríguez Herrera M, Tapia Valero C, Montero-Morales, C. Intervenciones enfermeras en atención primaria sobre personas con demencia. Revisión sistemática. Banco de evidencias en cuidados de SACYL.
75. Fraile Caviedes C, Echevarría Zamanillo MM, Díez Sánchez TJ, Pareja Corzo L, del Río Isusi P, Bayón Calvo P. Cuidados basados en evidencia desde atención primaria, a pacientes que han sufrido fractura de cadera. Mayo 2012. Banco de evidencias en cuidados de SACYL.
76. Rodríguez Martínez AM, Álvarez Vargas C, Soto González L, García López MP, Majo García R. Efectividad del uso del bastón como prevención de caídas en las personas mayores. Banco de evidencias en cuidados de SACYL.
77. Martín Vaquero Y, Villar Bustos MC. Evidencia sobre intervenciones de enfermería en el plan de cuidados estandarizado del cólico nefrítico. Banco de evidencias en cuidados de SACYL.
78. Gómez B, de Cos Z, Duarte G. Búsqueda de Evidencia en el Plan de Cuidados Estandarizado del Postoperatorio de Fractura de Cadera. Investigación Secundaria. (2010). Banco de evidencias en cuidados de SACYL.
79. Peña Molinero C, Manso Melgosa AB, de los Santos Izquierdo JM, Díez Esteban E, Ortega Barriuso R, Pérez Hidalgo C. Evidencias en el Plan de Cuidados Estandarizados para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Investigación secundaria. Área de Formación Continuada Complejo Asistencial Universitario de Burgos. Banco de evidencias en cuidados de SACYL.
80. Echevarría Zamanillo MM, Fraile Caviedes C, Díez Sánchez TJ, Rodríguez Ferrer C, Gamarra Llouza M, Chicote Aylagas PN, et al. ¿Organizamos de forma adecuada el tiempo en las consultas de enfermería en atención primaria?. Banco de evidencias en cuidados de SACYL.
81. Gutiérrez de Montes S, González Bustillo MB, Fernández Ramajo MA. Intervenciones de enfermería eficaces en la adherencia terapéutica de los usuarios. Banco de evidencias en cuidados de SACYL.
82. Ballesteros Álvaro AM, González Esteban MP, Delgado González E, Pérez Alonso J, Crespo de las Heras I. ¿Qué intervenciones no farmacológicas son efectivas en el tratamiento de las dislipidemias en Atención Primaria?. Banco de evidencias en cuidados de SACYL.
83. <http://es.connect.jbconnectplus.org/>
84. <http://www.thecochranelibrary.com/view/o/index.html>
85. De Cabo Laso A, Gamarra Lousa M, Mediavilla Marcos ME, Sánchez Gómez MB, Duarte Clíments G. Revisión sistemática: cambiar hábitos ¿Educación para la Salud grupal o individual?. Banco de evidencias en cuidados de SACYL.



Tabla 1

Palabras clave	Base de Datos	Selección (Resultados)
Outpatient AND opinion AND nurse	MEDLINE	1 (39)
Opinion AND public AND nurse	MEDLINE	1 (693)
Opinión AND pública AND enfermería	SciELO	0 (11)
	IBECS	0 (19)
	Cochrane	0 (1)
Public AND opinion AND adult AND nurse AND role	MEDLINE	0 (29)
“Opinión pública” AND “rol enferm*” AND adulto	SciELO	0 (0)
	IBECS	0 (0)
	Cochrane	0 (0)
Public AND opinion AND nurse AND work	MEDLINE	0 (64)
“Opinión pública” AND trabajo AND enfermero	SciELO	0 (0)
	IBECS	0 (0)
	Cochrane	0 (0)
Public AND opinion AND nurs* (Free full text available)	MEDLINE	1 (66)
Competence AND opinion AND outpatient AND nurse	MEDLINE	0 (2)
Competencia AND enfermería AND opinión AND paciente	SciELO	0 (0)
	Cochrane	0 (0)
Competencia AND opinión AND paciente AND Enfermería	IBECS	1(7)
Outpatient AND opinion AND nurse	MEDLINE	0 (39)
Enfermería AND opinión AND paciente	SciELO	2 (15)
	IBECS	4 (68)
	Cochrane	0 (2)
Satisfaction AND outpatient AND nurse	MEDLINE	0 (86)
Satisfacción AND paciente AND enfermería	SciELO	2 (26)
	IBECS	0 (183)
	Cochrane	0 (4)
Servqual AND primary AND care	MEDLINE	1 (13)
Servqual	SciELO	0 (3)
	IBECS	1 (14)
	Cochrane	0 (2)
Nurse AND competence	INAHTA	0 (70)
Competence AND nursing AND satisfaction	MEDLINE	2 (60)
User AND nurs* AND satisfaction	MEDLINE	0 (20)
Usuario AND enfermería AND satisfacción	SciELO	0 (0)
Clinical AND nurs* AND competence	MEDLINE	2 (80)
Evidence-based AND practice AND nursing AND competence	MEDLINE	3 (653)
SERVQHOS	MEDLINE	1 (10)
	SciELO	0 (0)
	INAHTA	0 (0)
QFD care	MEDLINE	0 (11)
	INAHTA	0 (98)
Función AND calidad AND despliegue	SciELO	0 (1)
Satisfacción AND población AND vulnerable	SciELO	1 (1)
Enfermería AND “satisfacción del paciente” AND “Participación del paciente”	IBECS	1 (14)
Nursing AND skills (Free full text available)	MEDLINE	2 (705)
Nursing AND care AND programme AND family (Free full text available)	MEDLINE	0 (60)
Family AND attention AND management AND nurse (Free full text available)	MEDLINE	0 (47)
Communication AND competence AND nurse (Free	MEDLINE	0 (104)

full text available)		
health AND education AND community AND nurs* (Free full text available)	MEDLINE	0 (19)
Nurse AND adolescent AND attention (Free full text available)	MEDLINE	1 (51)
Nurse AND childhood AND attention (Free full text available)	MEDLINE	0 (21)
Prevención AND enfermería AND comunitaria	IBECS	0 (39)
Competencies AND community AND nurse	MEDLINE	2 (123)
	COCHRANE	0 (100)
Competencias AND enfermería AND comunitaria	IBECS	0 (8)
Enfermería en salud comunitaria	SciELO	0 (2)
Enfermería de la familia	SciELO	0 (1)
Competencies AND public AND health AND nurse	MEDLINE	0 (202)
Skills AND community AND nurse	MEDLINE	2 (775)
Skills AND familiar AND nurse	MEDLINE	1 (85)
Management AND specialist AND nurse AND competencies	MEDLINE	2 (75)
Paediatric AND nurse AND competencies	MEDLINE	1 (18)
Nursing AND records	MEDLINE	1 (13349)
Barriers AND nursing AND documentation AND staff	MEDLINE	1 (62)
Quality AND clinical AND notes	MEDLINE	1 (643)
Well AND child AND health AND care	MEDLINE	1 (21573)
Family AND functioning AND health	MEDLINE	1 (1194)
Community AND health AND nurs*	MEDLINE	1 (480)
Adult AND sane AND prevention	MEDLINE	0 (4)
Adult AND patient AND nurs*	MEDLINE	0 (5)
Health AND programme AND adult	MEDLINE	0 (3165)
Identified AND domestic AND violence	MEDLINE	1 (356)
Promotion AND sexual AND health AND nurse	MEDLINE	2 (30)
Breast AND cancer AND prevention AND nurse	MEDLINE	1 (172)
Adult AND health AND promotion AND nurs*	MEDLINE	0 (2)
Programa AND prevención AND enfermería	Cochrane	0 (1)
Adult AND health AND promotion	MEDLINE	2 (5774)

Tabla 2

COMPETENCIA	REFERENCIA	RESÚMEN	CASPe ; Nivel de Evidencia ; Grado de Recomendación
Clínica y metodología avanzada	González Torrente S, Pericas Beltrán J, Bennasar Veny M, Adrover Barceló R, Morales Asencia JM, De Pedro Gómez J. Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context a cross-	Descriptivo, transversal. Percepción del profesional sobre el uso de la Enfermería basada en la evidencia (EBE) en la práctica diaria. Diferencias significativas en resultados según tiempo de experiencia profesional. Las enfermeras con menor experiencia obtienen	- ; N: 3c; GR: C

	sectional study. BMC Health Ser Res. 2012 Jul 31;12:227.	mejor resultados en cuanto al uso de la EBE. Entre enfermeras de mismos años de experiencia profesional, el uso de la EBE es significativamente más importante en aquellas que se dedican a labores de gestión.	
Clínica y metodología avanzada	Baldwin KM, Lyon BL, Clark AP, Fulton J, Davidson S, Dayhoff N. Developing clinical nurse specialist practice competencies. Clin Nurse Spec. 2007 Nov-Dec;21(6):297-303.	Describe método de identificación de competencias, combina métodos de consenso de expertos y revisión bibliográfica. El proceso utilizado por National Association of Clinical Nurse Specialist (NACNS) de EEUU para desarrollar el núcleo de competencias de enfermeras especialistas descritas en este artículo fue modelado después de los procesos utilizados por otras organizaciones profesionales de enfermería para el desarrollo de competencias y estándares. Se demostró que es un proceso eficaz para la creación de competencias donde antes no existían y para revisar la actualización de las competencias de una manera oportuna.	- ; N: 3a; GR: C
Clínica y metodología avanzada	Maylor M. Differentiating between a consultant nurse and a clinical nurse specialist. Br J Nurs. 2005 Apr 28-May 11;14(8):463-8.	Opinión de experto. Trata sobre las diferencias entre distintos tipos de enfermeras y las enfermeras especialistas. Las mismas funciones en cuanto a técnicas y habilidades pero diferentes objetivos de la práctica diaria. El uso de la metodología avanzada y una EBE favorece a una enfermería especialista más competente.	- ; N: 4; GR: C
Clínica y metodología avanzada	Wloszczak-Szubsza A, Jarosz MJ. Professional communication competences of nurses. Ann Agric Environ Med. 2012 Sep 20;19(3):601-7.	Estudio observacional descriptivo. La disonancia entre la alta profesionalidad de las enfermeras y el nivel de satisfacción relativamente bajo de los pacientes con la atención recibida es un fenómeno que responde a una falta de comunicación interpersonal entre enfermeras y pacientes. Las competencias de comunicación adquiridas en la formación de enfermería, están sujetos a una regresión durante la actividad laboral.	- ; N: 3b; GR: C
Clínica y metodología	Ruiz Moral R, Alba Dios A, Dios Guerra C, Jiménez	Estudio observacional descriptivo cualicuantitativo. Los	- ; N: 3b; GR: C

avanzada	García C, González Neubauer V, Pérula de Torres LA, Barrios Blasco L. Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud. <i>Enferm Clin.</i> 2011;21(3):136-142.	profesionales de enfermería deberían tener en cuenta que más de la mitad de sus pacientes desean participar en las decisiones a adoptar en la consulta con su enfermera y que en la práctica esta participación puede ser mejorada incorporando habilidades comunicativas específicas.	
Clínica y metodología avanzada	De la Fuente Rodríguez A, Fernández Leronés MJ, Hoyos Valencia Y, León Rodríguez C, Zuloaga Mendiola C, Ruiz Garrido M. Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. <i>Rev Calid Asist</i> 24(3):109-114, may.2009.	Estudio descriptivo transversal. Los pacientes están satisfechos con el tiempo de atención y conocimientos de profesionales de enfermería, pero la comprensión de nuestra información está por debajo de la de otros profesionales.	- ; N: 3b; GR: C
Clínica y metodología avanzada	Parkin T, Skinner TC. Discrepancies between patient and professionals recall and perception of an outpatient consultation. <i>Diabet Med.</i> 2003 Nov;20(11):909-14.	Estudio observacional descriptivo, Importantes diferencias en una consulta de Educación Sanitaria entre lo que el paciente percibe y lo que el profesional cree haber realizado con éxito. La clave de ello recaba en el problema de comunicación con el paciente, si ésta no es adecuada para cada persona ni el profesional está formado para ello, no será por tanto una comunicación efectiva.	- ; N: 3b; GR: C
Clínica y metodología avanzada y Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario	Anguera Guinovart E, Martínez Bateman F. Estudio multicéntrico sobre la calidad asistencial percibida por los pacientes en programa de hemodiálisis de Tarragona. <i>Rev Soc Esp Enferm Nefrol</i> vol.14 no.3 Madrid jul.-set. 2011.	Estudio observacional descriptivo. Los pacientes le dan más importancia a aspectos relacionados con (calidad subjetiva) el personal de enfermería en cuanto a amabilidad, trato, seguridad, disposición e interés mostrado; que a elementos como instalaciones, señalización, accesibilidad, tte público, ... (calidad objetiva).	- ; N: 3b ; GR: C
Clínica y metodología avanzada y Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y	Lorenzo S, Mira J, Olarte M, Guerrero J, Moyano S. Análisis matricial de la voz del cliente: QFD aplicado a la gestión sanitaria. <i>Gac Sanit.</i> 2004 Nov-Dec;18(6):464-71.	Estudio cualitativo. Los ámbitos en que los pacientes veían disminuída su satisfacción era en los de gestión de la asistencia y tiempo de espera; también le daban importancia a la falta de comunicación y empatía por parte del personal sanitario que	8/10 ; N: 3b ; GR: C

comunitario		les atendían.	
Clínica y metodología avanzada y Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario	De Haro Fernández F, Martínez López MB. Instrumentalizar la comunicación en la relación enfermera-paciente como aval de calidad / Study of nurse-patient communication as a guarantee of quality Rev. Calid. Asist; 17(8):613-618, nov. 2002.	Descriptivo, transversal. Entrevistas semiestructuradas. Cuestionario de calidad: el 15% conocía el nombre de la enfermera que le atendía; el 43% identificaba a la enfermera entre otras profesiones, y el 69,4% era informado sobre sus cuidados. Un 48,6% consideraba que había recibido información al alta útil y comprensible, un 84,7% elegiría volver al mismo hospital y unidad.	- ; N: 3b ; GR: C
Clínica y metodología avanzada	Wagle S. Using the British National Formulary: best practice for nurse prescribers. Nurs Stand. 2011 Sep 21-27;26(3):43-8.	Describe el British National Formulary (BNF), habla de los apartados del mismo, identificar y minimizar las reacciones adversas, tratamiento de paciente con comorbilidades, fármacos en lactancia materna y embarazo, la dosis correcta. Tiene un apartado exclusivamente de los fármacos que por ley pueden prescribir las enfermeras y cómo usarlos.	- ; N:4 ; GR: C
Clínica y metodología avanzada	Jones K, Edwards M, While A. The effectiveness of nurse prescribing in acute care. Nurs Times. 2011 Jul 5-11;107(26):18-9.	Estudio cualitativo. Los enfermeros prescriptores fueron cruciales para el éxito de la iniciativa debido a su entusiasmo, motivación, deseo de triunfar y una constante visión de los posibles efectos secundarios de los fármacos. No se encontraron diferencias entre las formas en que los médicos y enfermeras realizan funciones de prescripción, pero había una diferencia significativa entre el índice de satisfacción de los pacientes atendidos por una enfermera en relación a los observados por un médico.	6/10 ; N: 3b ; GR: C
Clínica y metodología avanzada	Fajardo Trasobares ME, Germán Bes C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros. Index Enferm, Nov 2004, vol.13, no.46, p.09-12.	Estudio cualitativo sobre relato biográfico. Las tradicionales relaciones de poder entre médicos y enfermeras dificulta el trabajo de las enfermeras, puesto que prima la relación de subordinación sobre el debate de dos enfoques profesionales, algo que no ocurre tanto cuando el profesional de la medicina es una mujer, siempre que ésta no adopte el papel que considera al profesional de enfermería como subordinado.	7/10 ; N: 3b ; GR: C
Clínica y	Ahn HJ, Park HA. Adverse-	Estudio observacional	- ; N: 3c ; GR: C

metodología avanzada	Drug-Event surveillance using narrative nursing records in electronic nursing records. <i>Comput Inform Nurs.</i> 2013 Jan;31(1):45-51.	descriptivo (serie de casos). Un registro de enfermería narrativo en cuanto a alergias, intolerancias y reacciones adversas medicamentosas (RAM) supuso mayor cantidad de eventos que usando un sistema de vigilancia de RAM utilizando registros estructurados con un lenguaje estandarizado de enfermería.	
Clínica y metodología avanzada	Kohle-Ersher A, Chatterjee P, Osmanbeyoglu HU, Hochheiser H, Bartos C. Evaluating the barriers to point-of-care documentation for nursing staff. <i>Comput Inform Nurs.</i> 2012 Mar;30(3):126-33.	Estudio cualitativo. Los puntos de vista del personal de enfermería sobre los registros en la historia clínica electrónica (EHR). El personal considera como no prioritario el registro de un plan de cuidados, de la información tratada con el paciente y familiares.	10/10; N: 3b; GR: C
Clínica y metodología avanzada	Hanson JL, Stephens MB, Pangaro LN, Gimbel RW. Quality of outpatient clinical notes: a stakeholder definition derived through quality research <i>BMC Health Serv Res.</i> 2012 Nov 19;12:407.	Estudio cualitativo. Grupos focales y entrevistas individuales. Describe la calidad del registro de historia clínica pacientes ambulatorios desde la perspectiva de múltiples grupos de interés. Define características de calidad del registro y los elementos deseados dentro de la historia clínica.	10/10; N: 3b; GR: C
Clínica y metodología avanzada	Raup GH. The impact of ED nurse manager leadership style on staff nurse turnover and patient satisfaction in academic health center hospitals <i>J Emerg Nurs.</i> 2008 Oct;34(5):403-9.	Descriptivo, transversal. Tipos de liderazgo en enfermería y resultados. El más usado es el transformacional produce mayores niveles de eficacia de los empleados y por lo tanto mayor satisfacción del cliente. Es carismático, educativo (estimulación intelectual), alentador y comunicativo (motivación inspiradora), y tutoría (consideración individualizada). Además tiene menores tasas de rotación de enfermeras.	- ; N: 3b ; GR: C
Clínica y metodología avanzada	King MG, Erickson GP. Development of public health nursing competencies: an oral History <i>Public Health Nurs.</i> 2006 Mar-Apr;23(2):196-201.	Valoración histórica sobre el consenso de varias organizaciones americanas sobre las competencias de las enfermeras de Salud Pública.	- ; N: 4 ; GR: C
Clínica y metodología avanzada	Montero Morales C, Tapia Valero C, Rodríguez Herrera M, Duarte Clíments G, Sánchez Gómez MB, Vargas Álvarez C, et al. Enfermera y prescripción: ¿hay evidencias	Revisión sistemática. La enfermera de Atención Primaria puede prescribir, sin que disminuya la calidad de la atención prestada a los pacientes, encontrándose avalada por altos	8/10 ; N: 2 ; GR: B

	sobre prescripción enfermera?. Revisión sistemática. Banco de evidencias en cuidados de SACYL, 2009.	niveles de evidencia.	
Clínica y metodología avanzada	Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 2002 April 6; 324(7341): 819–823.	Revisión sistemática. No existen diferencias importantes entre las consultas de médicos y enfermeros en cuanto a prescripción, cuidados, precisión diagnóstica y calidad y grado de satisfacción del paciente.	10/10 ; N: 1 ; GR: A
Clínica y metodología avanzada	Venning P, et al. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ 2000 ;320; 1048-1053.	Ensayo clínico aleatorio multicéntrico. Aunque los médicos prescribieron más que las enfermeras, no hubo diferencias significativas en los patrones de prescripción entre ellos. Tampoco hubo diferencias en los patrones de prescripción de antibióticos.	10/11 ; N: 1 ; GR: A
Clínica y metodología avanzada	Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <a href="http://www.update-software.com">http://www.update-software.com</a> . (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	Revisión sistemática. No se encuentran diferencias significativas en las tasas ni en los patrones de prescripción entre médicos y enfermeras, tanto en atención en urgencias como a pacientes crónicos.	10/10 ;N: 1 ; GR: A
Atención en la infancia	Jeyendra A, Rajadurai J, Chanmugam J, Trieu A, Nair S, Baskaran R, Schmied V. Australian general practitioners' perspectives on their role in well-child health care. BMC Fam Pract. 2013 Jan 3;14:2.	Estudio cualitativo. Habla de la prevención en pediatría, trabajar con la familia un alto porcentaje de enfermeros, no sólo con el niño. Promoción de la salud, aprovechando todas la revisiones del niño. Incide en el trabajo con las familias, empatizar con los padres en vez de asustarlos. Sólo la mitad de los encuestados afirmaron trabajar en conjunto con otros profesionales. Varias limitaciones como tiempo, falta de concordancia con el hospital y problemas socioeconómicos de las familias.	8/10 ; N: 3b ; GR: C
Atención en la adolescencia y atención a la salud sexual , reproductiva y	de Oliveira TC, Carvalho LP, da Silva MA. Nurse in the attention of sexual and reproductive health of the adolescents. Rev Bras Enferm.	Estudio cualitativo. Importancia de la Educación Sexual en adolescentes, ellos no consideran tener problemas de salud a esa edad, por lo que no piden cita a	7/10 ; N: 3b ; GR: C

de género y la atención en la adolescencia	2008 May-Jun;61(3):306-11.	demanda habitualmente. Fomento de actividades preventivas en las escuelas en cuanto a educación sexual.	
Atención en la adolescencia	Bearinger LH, Wildey L, Gephart J, Blum RW. Nursing competence in adolescent health: anticipating the future needs of youth. J Prof Nurs. 1992 Mar-Apr;8(2):80-6.	Descriptivo, transversal. Cuestionario desarrollado en el Programa de Salud del Adolescente de la Universidad de Minnesota. A mayor nivel de preparación del profesional de enfermería, menor pacientes adolescentes con tratamiento y problemas de adaptación en su cupo.	- ; N: 3b ; GR: C
Atención a la salud general en la etapa adulta	Amorim de Andrade K, Teixeira de Toledo MT, Souza Lopes M, Silva do Carmo GE, Souza Lopes AC. Counseling regarding healthy lifestyles in Primary Healthcare and the dietary practices of clients. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(5):1116-23.	Descriptivo, transversal. Estudio seccional que apunta a verificar la efectividad de consejos sobre hábitos de vida saludables por profesionales de salud y su asociación con la adopción de prácticas alimentarias saludables en el Servicio de Atención Básica de Salud	- ; N: 3b ; GR: C
Atención a la salud general en la etapa adulta	Thankappan KR, Mini GK, Daivadanam M, Vijayakumar G, Sarma PS, Nichter M. Smoking cessation among diabetes patients: results of a pilot randomized controlled trial in Kerala, India. BMC Public Health 2013, 13:47.	Ensayo clínico controlado, dos grupos de pacientes diabéticos fumadores. Ambos grupos reciben apoyo por parte de su médico y material educativo específico para la deshabituación tabáquica. El grupo de intervención 2 recibe además, una sesión de 30 minutos sobre los perjuicios del tabaco por parte de un profesional no sanitario. Se vio un aumento de cese de tabaquismo en el grupo que recibió las sesiones de refuerzo.	7/11 ; N: 2 ; GR: B
Atención a la salud general en la etapa adulta y la atención a la salud sexual, reproductiva y de género	Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. Health Technology Assessment 2009; Vol. 13: No. 16.	Revisión sistemática. La incidencia de casos de violencia de género es muy elevada, trata de la prevención de la misma. Propone tratar el tema en la consulta de atención primaria, incluso cuando no hay sospechas de ello, de esta manera la mujer que, en un futuro lo sufra, verá una mayor facilidad para hablarlo en consulta puesto que ya se nombró dicho tema anteriormente. Expone que se ha de hablar con las pacientes como potenciales víctimas de la violencia de género.	9/10 ; N: 1 ; GR: A
Atención a la salud sexual, reproductiva y de	González-Robledo MC, González-Robledo LM, Caballero M, Aguilar-	Descriptivo, transversal. Estudia la formación recibida durante los estudios universitarios de	- ; N: 3b ; GR: C



género	Martínez ME. Formación de médicos y enfermeras para la detección temprana del cáncer de mama en México. Rev. salud pública. 13 (6): 966-979, 2011.	médicos y enfermeras en relación a la detección del cáncer de mama. Habla sobre la Atención Primaria como primer contacto de la población, insiste en la importancia de la labor preventiva frente a un estilo de consulta bio-médica pura.	
Atención a la salud sexual, reproductiva y de género	de Souza KW, Diniz dos Reis PE, Pimentel Gomes I, Campos de Carvalho E. Prevention strategies for testicular and penile cancer: an integrative review. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(1):270-5.	Es una revisión sistemática sobre los métodos de detección precoz de cánceres urogenitales en hombres. Hace referencia al papel de la enfermería como promotores de la salud, teniendo en vistas la importancia de tal actitud en la prevención sanitaria.	5/10 ; N: 2 ; GR: B
Atención a la salud sexual, reproductiva y de género	Blenning CE, Paladine H. An Approach to the Postpartum Office Visit. Am Fam Physician. 2005 Dec 15;72(12):2491-6. Review.	Opinión de experto. El periodo de postparto supone grandes cambios en la familia, incide en la necesidad de una atención domiciliaria en las primeras 6 semanas de puerperio para realizar una valoración de la salud de la madre, del niño, del estado del hogar y prevención de accidentes domésticos.	- ; N: 4 ; GR: C
Atención a las personas ancianas	Bergquist-Beringer S, Makosky Daley C. Adapting pressure ulcer prevention for use in home health care. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2011 Mar-Apr;38(2):145-54	Estudio de grupos focales. Las intervenciones preventivas en el domicilio incluyen la valoración de la situación económica familiar para determinar opciones de suministro, evaluación de los recursos de cuidado y la capacidad del cuidador de gestionar la atención preventiva.	9/10; N: 3b ; GR: C
Atención a las personas ancianas	Morales Asencio JM, Bonill de las Nieves C, Celdrán Mañas M, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ, Contreras Fernández E, et al. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. Gac Sanit v.21 n.2 Barcelona mar.-abr. 2007.	Observacional descriptivo transversal, de validación. Los profesionales y su atención suelen situarse en los escalafones superiores de satisfacción, mientras que la coordinación entre distintos niveles asistenciales o la accesibilidad aparecen como debilidades manifiestas en la percepción de los usuarios. La accesibilidad ejerce un papel importante en la ponderación de claves de éxito y emerge como uno de los componentes más explicativos de la satisfacción en atención domiciliaria, por encima de la competencia profesional.	- ; N: 3b ; GR: C
Atención a las familias	García-Huidobro D, Puschel K, Soto G. Family functioning	Descriptivo, transversal. Las características familiares	- ; N: 3b ; GR: C

	style and health: opportunities for health prevention in primary care. Br J Gen Pract. 2012 March; 62(596): e198–e203.	influyen de manera importante en los problemas biológicos, psicológicos y sociales, en sus complicaciones y recaídas; así como en los problemas de los adolescentes. Concluye la importancia de un examen de la familia (Family Functioning Style Scale (FFSS)), como ayuda para la promoción de la salud y prevención de enfermedad en las familias.	
Atención ante urgencias, emergencias y catástrofes	Polivka BJ, Stanley SA, Gordon D, Taulbee K, Kieffer G, McCorkle SM. Public health nursing competencies for public health surge events. Public Health Nurs. 2008 Mar-Apr; 25(2):1 59-65.	Cualitativo, método Delphi. Sugiere la importancia de los sanitarios trabajadores de centros de salud ante situaciones de emergencia. Habla de las competencias enfermeras en ese momento, de prevención, actuación y recuperación de la normalidad.	6/10 ; N: 4 ; GR: C
Atención ante urgencias, emergencias y catástrofes y Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario	Martín Castro C, Ortega G, Petidier MM, Martín Vázquez J. Calidad percibida por los pacientes con Síndrome Coronario Agudo atendidos por el Servicio de Emergencias Sanitarias de Andalucía / Quality perceived by patients with acute coronary syndrome attendend by the healthcare emergencies service of Andalucía. Rev. calid. asist;15(8):653-656, nov. 2000	Estudio cualitativo, grupos focales. El aspecto positivo que más reforzaban los pacientes era el tiempo de respuesta, la rapidez. Valoran positivamente la labor del equipo de emergencias pero son incapaces de distinguir a los componentes, hecho importante para valorar el buen trabajo en equipo.	8/10; N: 3b ; GR: C
Atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario	Ndiwane A, Miller KH, Bonner A, Imperio K, Matzo M, McNeal G, et al. Enhacing cultural competencies of advanced practice nurses: health care challenges in the twenty-first century. J Cult Divers. 2004 Fall;11(3):118-21.	Observacional descriptivo. Describe el plan de estudios de una escuela de enfermería sobre temas relacionados con la población inmigrante, su cultura y creencias y sus idiomas. Incide en la importancia de la comunicación y el uso de intérpretes calificados para facilitar la interacción paciente / enfermera.	- ; N: 4 ; GR: C
Competencias en salud pública y comunitaria	Bekemeier B. Nurses' Utilization and Perception of the Community/Public Health Nursing Credential. Am J Public Health. 2009 May; 99(5): 944–949.	Descriptivo, transversal. La participación de los profesionales de enfermería en la participación comunitaria es escasa ya que éstos desconocen la existencia de una titulación específica. Incluso aquellos que estaban interesados en su promoción, no sabían lo que la titulación podría aportarles.	- ; N: 3b ; GR: C
Competencias	Sánchez Gómez MB, Duarte	Cualitativo, grupos focales y	9/10 ; N: 3b ; GR:

docentes	Clíments G, Aguirre Jaime A, Sierra López A, Arias Rodríguez A, De Armas Felipe JM. Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. ENE. Revista de Enfermería. Agosto. 2012; 6 (2).	técnica Delphi. Analiza junto a enfermeros tutores de la especialidad las competencias de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria y cómo se debería distribuir su aprendizaje en los dos años de residencia.	C
Competencias docentes	Rhodes MK, Morris AH, Lazenby RB. Nursing at its Best: Competent and Caring. Online J Issues Nurs. 2011 Feb 23;16(2):10.	Entrevistas abiertas, cualitativo. Los alumnos de enfermería a pesar de no querer abandonar la imagen angelical de las enfermeras, tienen muy interiorizada la imagen de las enfermeras como "cuidadores competentes e inteligentes"; pero lo tienen interiorizado de manera inconsciente.	8/10 ; N: 3b ; GR: C
Competencias docentes	Gerrish K, McDonnell A, Nolan M, Guillaume L, Kirshbaum M, Tod A. The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. J Adv Nurs. 2011 Sep;67(9):2004-14.	Estudio cualitativo. Las enfermeras de práctica avanzada (EPA) tienen un papel activo como agentes de conocimiento en la promoción de la EBE entre las enfermeras clínicas. Han promovido el desarrollo de los conocimientos y habilidades de las enfermeras clínicas a través de modelos de conducta, la enseñanza, la clínica y la resolución de problemas como métodos para facilitar el cambio.	9/10 ; N: 3b ; GR: C
Competencias docentes	Colleen J, Klein Eileen RF. American Association of Colleges of Nursing, 2006. An Investigation of Nursing Competence and the Competency Outcomes Performance Assessment Curricular Approach: Senior Students' Self-Reported Perceptions. Journal of Professional Nursing, 22 (2006), pp. 329-330.	Descriptivo Exploración de un modelo de estudios basado en competencias llamado COPA (Competencies Outcomes Performance Assessment). Las competencias según la percepción de los estudiantes de enfermería en los diferentes programas de estudio, obtuvieron mayor puntuación en cuanto a preparación durante su formación los estudiantes cuya escuela seguía un modelo COPA.	- ; N: 3b ; GR: C
Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario	Parra Hidalgo P, Bermejo Alegría RM, Más Castillo A, Hidalgo Montesinos MD, Gomis Cebrián R, Calle Urra JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. Gac Sanit vol.26 no.2 Barcelona mar.-abr.	Descriptivo, transversal. Variables de calidad percibida que se relacionan con la satisfacción del paciente. Correlación medio-alto en preguntas sobre trato y profesionalidad del personal de enfermería, correlación de nivel medio con el tiempo que el	- ; N: 3b ; GR: C

	2012.	individuo permaneció en urgencias, correlación de nivel bajo con el estado de las instalaciones en cuanto a limpieza, temperatura, ruido y el trato y la información que reciben los acompañantes.	
Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario	Serrano del Rosal R, Ranchal Romero J. La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. Index Enferm, Mar 2010, vol.19, no.1, p.9-13.	Descriptivo, transversal. El personal mejor valorado en Servicio de Atención Primaria son los enfermeros, aunque no ocupan los puestos principales cuando se habla de satisfacción global del centro.	- ; N: 3b ;GR: C
Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario	Rincón Gómez M, Bernabeu Wittel M, Bohórquez Colombo P, Moreno Gaviño L, Cassani Garza M, Ortiz Camúñez MÁ, et al. Perceived quality of healthcare in a multicenter, community-based population of polypathological patients. Arch Gerontol Geriatr. 2011 Mar-Apr;52(2):142-6. Epub 2010 Mar 25	Descriptivo, transversal. En general la percepción de calidad de los pacientes de Atención Primaria está entre “justo como esperaba” y “mejor de lo que esperaba”; obteniendo mayor puntuación en escala Likert las dimensiones personales y humanas, y menor las de instalaciones, sistemas o funcionamiento del servicio.	- ; N: 3b ; GR: C
Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario	Faleiros Sousa FA, Hortense P. Social perception of nursing professional assessed by different scales. Rev Lat Am Enfermagem. 2006 Nov-Dec;14(6):857-62.	Descriptivo, transversal. El propósito de este estudio fue escalar la percepción social del enfermero. Las características aseado, responsable, limpio, cuidadoso y eficaz ocupan las primeras posiciones en términos de percepción social del enfermero, mientras inútil, vergonzoso, deshonesto, irresponsable y odioso ocupan las últimas posiciones en todas las escalas obtenidas por los diferentes métodos psicofísicos directos	- ; N: 3b ; GR: C
Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario	Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, Gracia J, et al. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. Rev Calidad Asistencial 2003;18(5):263-71.	Descriptivo, transversal. La población satisfecha correspondió al 90´6% de los pacientes y la insatisfecha al 9´4%. La población satisfecha dio una gran importancia al factor humano. La población insatisfecha, se quejó de los componentes de la calidad objetiva, como tiempos de espera, confort e información.	- ; N: 3b ; GR: C
Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario	Duarte Clíments G, Aguire Jaime A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los	Estudio descriptivo de validación del cuestionario AMABLE, útil por disponer, en poco tiempo y de forma sencilla, de una información con criterios	- ; N: 3b ; GR: C

comunitario	usuarios. Enfermería clínica 2003;13(1):7-15.	métricos de calidad, sobre la satisfacción del usuario, que permite identificar aspectos deficientes y susceptibles de mejora en esa calidad percibida.	
Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario	Santiñá M, Prat A, González M, Trilla A, Asenjo M. Calidad percibida y sexo de los pacientes atendidos en un hospital universitario / Perception of health care quality and gender in an University hospital. Rev. calid. asist;17(4):218-223, jun. 2002. tab	Descriptivo, transversal. Varones y mujeres manifiestan puntos de vista diferentes en relación con las distintas variables que miden la atención que reciben en un hospital universitario. Se plantean enfoques organizativos diferenciados en función de quién recibe el servicio, puesto que el objetivo de un hospital centrado en el paciente es dar la asistencia que éste precise, en unas condiciones que satisfagan sus necesidades.	- ; N: 3b ; GR: C
Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario	Attree M. A study of the criteria used by healthcare professionals, managers and patients to represent and evaluate quality care. J Nurs Manag. 2001 Mar;9(2):67-78.	Estudio cualitativo. Se identifican tres temas de criterios de calidad diferentes: humano, ya que tanto pacientes como personal sanitario refieren un déficit en número de personal, lo que acaba en una calidad de asistencia pobre; espacio físico, ambiente y material sobre lo que los pacientes son los que más quejas dan sobre este tema y economía y financiación, donde el personal ve una baja calidad del material y adecuación de instalaciones por un déficit económico.	9/10 ; N: 3b ; GR: C
Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario	Zimmermann PG.. Health care customer satisfaction surveys still running amok: surveys degrade nurses. J Emerg Nurs;26(2):174-7, 2000 Apr.	Opinión de experto. Resuelve que a más personal de enfermería y más cualificado aumenta la satisfacción del paciente. Directamente proporcional el tiempo que se le dedica al cuidado del paciente con su nivel de satisfacción.	- ; N: 4 ; GR: C
Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario y Competencias en investigación	Alonso R, Blanco-Ramos MA, Gayoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería / Validation of an instrument to measure the quality of nursing care. Rev. Calid. Asist.;20(5):246-250, jul. 2005.	Validación al castellano y gallego el instrumento de valoración de cuidados de enfermería The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS). La atención recibida de las enfermeras se valora como positiva por un 98% de los encuestados; la valoración global de la estancia es positiva en un 97% y, por último, el 60% opina que la atención de las enfermeras podría mejorarse en algún aspecto.	- ; N: 3b ; GR: C

Competencias en investigación	Wallin L, Gustavsson P, Ehrenberg A, Rudman A. A modest start but a steady rise in research use. <i>Implementation Science</i> 2012, 7:19 doi:10.1186/1748-5908-7-19.	Estudio descriptivo con mediciones temporales. (5 años). Evalúa el grado de aplicación de los conocimientos de investigación adquiridos durante la formación universitaria por parte de enfermeros graduados durante su práctica diaria. El uso de la investigación fue en aumento de una media de 2´6 en el primer año a 3´6 en el quinto año. Los resultados indican que el incremento es a partir del segundo año.	- ; N: 3b ; GR: C
Competencias en investigación	Moseley MJ. The Role of the Advanced Practice Registered Nurse in Ensuring Evidence-Based Practice. <i>Nurs Clin North Am.</i> 2012 Jun;47(2):269-81.	Opinión de experto. Se describe el modelo estrella ACE (Academic Center for Evidence-Based Practice). Subraya la importancia de que la Enfermera de Práctica Avanzada utilice y difunda en su práctica diaria la EBE.	- ; N: 4 ; GR: C
Competencias en investigación	de Pedro Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Ruiz Roman MJ, Muñoz Ronda F. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. <i>Rev Esp Salud Publica.</i> 2009 Jul-Aug;83(4):577-86	Estudio descriptivo transversal de validación. El objetivo de la investigación es validar en el entorno español el Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ) (Upton y Upton, 2006).	- ; N: 3b ; GR: C
Competencias en investigación	Fernández San Martín MI, Rebagliato Nadal O, de Gispert Uriach B, Roig Carrera H, Artigas Guix J, Bonay Valls B, et al. Adaptación de un cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería <i>Aten. prim. (Barc., Ed. impr.);40(12):611-616, dic.2008. tab.</i>	Estudio descriptivo transversal. La adaptación al castellano y al catalán del cuestionario de Baker y Poulton. Distribución de los ítems: cuidados profesionales, profundidad de la relación con el profesional y tiempo en consulta.	- ; N: 3b ; GR: C