

LA REVISTA DE LOS PROFESIONALES COLEGIADOS DE ENFERMERÍA

enfermería

facultativa

Año XXIV | Número 347 | 1 - 15 junio 2021



BREXIT

ASÍ AFECTA A LAS ENFERMERAS
ESPAÑOLAS



Las claves del COVID
persistente



Elecciones al Pleno del
Consejo General de
Enfermería

2021

Oferta formativa

REFERENTES EN FORMACIÓN DE POSGRADO

- Posgrados universitarios
- Formación continuada
- Cursos de autoayuda COVID
- Seminarios COVID-19

Información:

INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN SANITARIA

 Fuente del Rey, 2. 28023 Madrid  Tel.: 91 334 55 20  info@isfos.com

 www.isfos.com

“

Constantes vitales

¿Qué encuentran allí?



**Florentino
Pérez Raya**

Presidente del Consejo
General de Enfermería

La salida del Reino Unido de la Unión Europea ha supuesto un importante varapalo para miles y miles de personas a una y otra orilla del Canal de La Mancha. Las rupturas en general no son positivas y podríamos afirmar que casi todos salen perdiendo. Aunque las implicaciones del llamado Brexit en el comercio y la libre circulación de personas en Europa son innegables, por lo que a la enfermería respecta este tsunami geopolítico ha supuesto un problema para muchos profesionales. Tanto para los que estaban ejerciendo en las islas, como para los que pensaban emigrar la tónica general ha sido el desconcerto, la burocracia y la incertidumbre. Como muestran los datos del Consejo de Enfermeras y Matronas de Reino Unido, la cifra de enfermeras españolas en su país ha caído un 50% en los últimos años.

Hasta este momento, había sido un destino de trabajo muy atractivo que, por decisión propia o empujados por la crisis económica, escogían las enfermeras. Evidentemente, el idioma influía. Es más común hablar inglés que alemán o sueco. Pero lo que han encontrado allí muchas enfermeras les compensa instalarse en un país donde puede que tengan peor calidad de vida en algunos aspectos —clima o comida— y, todo, les obliga a estar lejos de sus familiares y amigos.

Así, si muchas enfermeras y enfermeros han emigrado a Reino Unido es porque han encontrado un grado de reconocimiento laboral y profesional, estabilidad, buenas condiciones, respeto... Eso, sumado a la excelente formación de nuestras enfermeras, hacía el cóctel perfecto para sostener el sistema de salud británico mientras se debilita el nuestro.

La inacción de los políticos, de todo signo y condición y a todos los niveles de la Administración, con respecto a los recursos humanos sanitarios ha provocado con los años que los profesionales vivan en una insatisfacción permanente, algo que no les impide darlo todo en su trabajo y ser la mejor garantía para la salud de los ciudadanos. Pero es injusto que su aportación a la sociedad —y no sólo durante la pandemia— se vea “recompensada” con una sucesión de contratos precarios, con techos de cristal a su desarrollo profesional, con una discriminación flagrante en la escala de la Administración pública con un nivel que no les corresponde —A2 en lugar de A1—.... Más que injusto es vergonzoso. Necesitamos a nuestras enfermeras en nuestro país, donde tenemos unas ratios inaceptables. Eso no quita para que muchas enfermeras sigan emigrando, para conocer otros sistemas sanitarios o por motivos profesionales o personales, pero que no lo hagan porque crean que aquí no van a poder crecer o realizarse profesionalmente.

GRATUITO PARA LAS ENFERMERAS ESPAÑOLAS



2021

CURSO

LIDERAZGO ENFERMERO

Desafío Nightingale

Curso Universitario aprobado por la UNIR con 5 créditos ECTS



PROGRAMA FORMATIVO

Liderazgo enfermero y liderazgo en entornos sanitarios

- Contextualización situación y necesidades de la población.
- ¿Dónde deben estar las líderes enfermeras?
- La personalidad y el liderazgo. Tipos de liderazgo.
- Factores y componentes del líder.
- Liderazgo en entornos sanitarios.
- Liderazgo del gestor sanitario en materia de prevención de riesgos laborales.
- El futuro de la gestión de enfermería.

Liderazgo y comunicación

- Comunicación y equipo.
- Liderar 2.0.
- Comunicar con éxito.

Liderazgo y dirección

- Definición de dirección.
- La motivación en el trabajo.
- Negociación.
- Descentralización de la gestión.
- Instrumentos para la toma de decisiones.
- Delegación de tareas.
- Coordinación de equipos.
- Coaching.
- Gestión de recursos materiales.

Responsabilidad profesional y social. Gestión de la Calidad

- Eficiencia, excelencia y seguridad.
- Compromiso con mejora continua.
- RSC y orientación a resultados en salud.

Recursos Humanos

- Análisis y descripción de los puestos de trabajo.
- Estimación de las necesidades de plantilla.
- Captación de personal interno y externo.
- Selección de personal.
- Evaluación de competencias profesionales.

Dirigido a enfermeros
Curso online
125 horas
Diploma acreditativo con 5 créditos ECTS
Acceso gratuito

Fuente del Rey, 2. 28023 Madrid
 Tel.: 91 334 55 20
 info@isfos.com

www.isfos.com



PROMOVIDO POR LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA



Sumario

Número 347

1 - 15 Junio 2021



- 6 Portada**
Así afecta el Brexit a los enfermeros españoles
- 12 Noticias**
 - Más de 500.000 personas podrían sufrir COVID persistente en España
 - El CGE convoca elecciones al Pleno para el próximo 12 de junio

- Formación**
ISFOS inicia un seminario gratuito para interpretar pruebas del COVID-19
- Opinión**
Sergio Alonso "El gobierno infrafinancia la Sanidad pública que tanto dice defender"
- Agenda**
Agenda y convocatorias



- 46 Publicaciones**
El enfermero Joan Pons cuenta su experiencia en un libro
- 51 Apps & Gadgets**
Dispositivos venosos al cuidado de una App enfermera
- 52 Lo + Viral**

- 54** Desarrollo y Evaluación Psicométrica de la Versión Española de la Escala de Preparación para el Cuidado
- 64** La salud en los refugiados: estudio de las necesidades en Atención Primaria



Staff

Director: Florentino Pérez Raya. **Director técnico:** Íñigo Lapetra (i.lapetra@consejogeneralenfermeria.org). **Coordinador editorial:** David Ruipérez (d.ruiperez@consejogeneralenfermeria.org). **Redactores:** Gema Romero (g.romero@consejogeneralenfermeria.org), Alicia Almendros (a.almendros@consejogeneralenfermeria.org), Ángel M. Gregoris (am.gregoris@consejogeneralenfermeria.org), Marina Vieira (m.vieira@consejogeneralenfermeria.org), Raquel González (r.gonzalez@consejogeneralenfermeria.org).

Consejo editorial: Pilar Fernández, José Ángel Rodríguez, José Vicente González, Francisco Corpas, Diego Ayuso y José Luis Cobos. **Asesora Internacional:** Alina Souza. **Diseño:** Kelsing Comunicación. **Maquetación:** Fernando Gómara y Ángel Martínez. **Ilustraciones:** Augusto Costhazo. **Asesoría Socioprofesional:** María José Fernández. **Enfermería Científica:** Instituto de Investigación Enfermera (instituto@consejogeneralenfermeria.org)

Enfermería Facultativa: C/ Fuente del Rey, 2. 28023. Madrid. Suscripciones y modificación de datos: 91 334 55 20. Redacción: Tel.: 91 334 55 13. comunicacion@consejogeneralenfermeria.org. Marketing y publicidad: Tel.: 91 334 55 20. Edita: Consejo General de Enfermería. Depósito legal: M-30977-1995. ISSN: 1697-9044. Ámbito de difusión: nacional.



ASÍ AFECTA EL BREXIT A LOS ENFERMEROS ESPAÑOLES

GEMA ROMERO. Madrid

Tradicionalmente Reino Unido ha sido un destino estrella para las enfermeras españolas que, hartas de la precariedad laboral en nuestro país, emigraban a países con mejores condiciones. Sin embargo, una vez consumado el Brexit, el 1 de enero de este año, la situación ha cambiado tanto para los enfermeros españoles que quieren ir a Reino Unido a trabajar como para los que ya llevan tiempo allí afincados. Y aunque ha sido destino de acogida de muchos, ahora envueltos en la burocracia y una vez terminada la libre circulación de personas auspiciada por la Unión Europea, que ya han abandonado, quizá no resulte tan atractivo. No en vano, en los últimos cinco años el número de enfermeras formadas en España que están colegiadas en Reino Unido ha caído un 47,9%.

En marzo de 2017, más de 7.300 enfermeras españolas estaban registradas en el Consejo de Enfermeras y Matronas de Reino Unido (NMC por sus siglas en inglés). Cinco años después, en marzo de 2021, esa cifra ha bajado hasta las 3.843, lo que supone una caída del 47,9%, el mayor descenso de todos los países del

Espacio Económico Europeo (EEE). Así, se pone de manifiesto en el último informe del [Registro del NMC](#).

En total en Reino Unido, hay 731.918 enfermeras registradas —lo que sería la colegiación en España— con un incremento del 2,1% en el último año, de las que más de 30.000 proceden de Europa. Cifras que siguen cayendo, con una reducción del 3% con respecto al año pasado. En este caso el mayor descen-

Las enfermeras españolas disminuyen casi un 50% en cinco años

so lo constituyen las enfermeras formadas en España que continúan en caída libre: de las 4.464 en 2020 a 3.843 en 2021, un descenso de casi el 14%. De hecho, el 60% de las enfermeras del EEE que han dejado Reino Unido son españolas.



Cuando notifican la baja, desde el NMC realizan una encuesta sobre sus motivos. “Aunque sabemos que el Brexit es un factor determinante para algunas enfermeras y matronas de la UE que han abandonado nuestro registro, también nos indican otras razones, como que dejan el Reino Unido, que tienen demasiada presión en el trabajo o que sus circunstancias personales han cambiado”, explica Andrea Sutcliffe, directora ejecutiva y responsable del registro del NMC, tal y como demuestran los datos de que disponen relativos a 2018/2019, es decir, antes de la pandemia.

Pero no sólo está el caso de las que se marchan, “desde el referéndum del Brexit, hemos visto una disminución significativa en el número de personas formadas en la UE que se unen a nuestro registro por primera vez”. Pero el caso de las españolas es muy relevante: “durante el último año sólo se han inscrito 59 enfermeras procedentes de España, en comparación con las casi 1.000 (982) que lo hicieron hace cinco años”, señala Sutcliffe.

Gran demanda

Pese a estos datos, Reino Unido es un gran demandante de enfermeras de fuera de sus fronteras, puesto que ha sido parte de la estrategia de contratación de la fuerza laboral del NHS (Sistema Nacional de Salud británico), de ahí que hayan incluido a la enfermería dentro de los puestos cualificados prioritarios. Como explica Gail Marzetti, directora de la Oficina de Contratación Internacional del Departamento de Salud Británico —lo que sería nuestro

Ministerio de Sanidad— “como parte del compromiso de este Gobierno de aumentar el número de enfermeras en 50.000 para 2024, estamos intensificando los esfuerzos para ampliar la contratación internacional. Las enfermeras españolas que vengan a trabajar en el NHS serán una aportación valiosa que nos ayudará a conseguir este objetivo. España tiene un currículum universitario muy bueno para la formación de enfermeras, lo que significa que son muy deseadas”, cuenta en declaraciones a ENFERMERÍA FACULTATIVA.

Quieren incrementar en 50.000 sus enfermeras para 2024

“Está bien documentado que hay decenas de miles de vacantes de enfermería en el NHS, sólo en Inglaterra, y creemos que es realmente importante que podamos crear una fuerza laboral sostenible para el futuro que incluya todas las opciones posibles. Las enfermeras españolas, y de los países de la UE, son una parte muy valorada de nuestra fuerza laboral mientras nos esforzamos por lograr una atención segura, amable y eficaz para todos”, destaca la directora ejecutiva del NMC.

Condiciones laborales

Por su parte, Marzetti, desea de que lleguen enfermeras españolas a Reino Unido, se-



Ana Casillas

ñala que “el NHS es uno de los mejores lugares para ser enfermera, con unas condiciones de trabajo que están entre las mejores del mundo. Las enfermeras españolas son muy valoradas en el Reino Unido y el Gobierno se compromete a garantizar su protección mientras vivan y trabajen aquí. Las enfermeras españolas tienen contratos indefinidos, buenas pensiones, fantásticas pólizas de enfermedad y excelentes vacaciones anuales. También tienen excelentes oportunidades para el desarrollo personal y profesional”, destaca.

Y es que las enfermeras españolas gozan de gran prestigio en el Reino Unido: “son reconocidas por su excelente educación y formación, y son vistas como trabajadores comprometidos. El Reino Unido valora mucho su contribución al NHS”, cuenta la directora de la Oficina de Contratación Internacional del Departamento de Salud.

La principal barrera que encuentran es el idioma, sobre todo desde que el NMC estableciese como requisito en 2016



Joan Pons

“Para los españoles el *settled status* es un insulto”

tener un nivel 7, sobre 9, en el IELTS (International English Language Testing System), el test más utilizado en el mundo para los hablantes de inglés no nativos de la Universidad de Cambridge y el British Council. De hecho, para Gail Mar-

zetti “es probable que estos controles de idioma hayan sido un factor determinante en la reducción del número de enfermeras de la UE, más que el Brexit”, destaca.

Sin embargo, ahora, tras el Brexit a esta barrera se ha añadido la burocracia: los enfermeros españoles que ya estaban allí deben solicitar el estatus de asentado, y los que quieran trasladarse a Reino Unido deben solicitar un visado.

Residencia permanente

Para los europeos que han vivido allí durante 5 años, antes del 1 de enero, es posible obtener la residencia permanente o estatus de asentado (*settled status*). Como explica Lara Paya, enfermera que lleva 10 años en Londres, “siempre que pudieras demostrar que has estado trabajando (a través del número de Seguridad Social/ National Insurance Number —NIN—) y viviendo en el país (aportando las direcciones donde has vivido) es bastante sencillo: sólo necesitas una aplicación en



el móvil —también es posible hacerlo por [internet](#)— donde responder una serie de preguntas sobre tu estancia en el país. Se tardan unos 15 ó 20 minutos en cumplimentar los datos necesarios y es bastante sencilla de utilizar. A partir de ahí, en menos de un mes, recibí una carta notificándome que tengo el *settled status*”, subraya. Quienes cumplan este requisito tienen hasta el 30 de junio para tramitar la residencia.

Para los que llevan menos tiempo, pueden solicitar el estatus de pre-asentado (*pre-settled status*), que les da derecho a quedarse en el país durante cinco años. Además, una vez cinco llegaron a Reino Unido pueden solicitar la residencia permanente.

Un trámite rápido y sencillo del que han tenido puntual información “tanto a través del Gobierno y la Embajada de España como a



Lara Paya

personalmente. Ana Casillas, por ejemplo, lleva siete años en Escocia, donde en el referéndum optaron por la permanencia, y donde ella incluso terminó la carrera de Enfermería: “al principio me cabré mucho pero jamás me

he sentido discriminada o desplazada. De hecho, para mis amigos escoceses también fue un día triste y siempre me han dicho que no sintiera que no me querían aquí”, cuenta. Para Lara Paya tras casi 10 años de residencia, todo el

Por ser trabajadores esenciales sólo pagan el 10% del visado

través de nuestros propios empleadores. Sólo en el NHS trabajamos más de 65.000 europeos (5,5% del staff) con lo cual eran los primeros interesados en que regularizáramos nuestra situación para no perdernos”, destaca Paya.

El proceso

Otra cuestión distinta ha sido cómo han vivido el proceso

Plan retorno

Mientras España tiene un grave déficit de enfermeras, cientos de profesionales traspasan nuestras fronteras año tras año en busca de mejores condiciones laborales, huyendo de la precariedad y de encadenar contratos por días de forma indefinida. Como explica Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería, “en nuestro país estamos desperdiciando talento y dinero, formamos a las enfermeras mejor preparadas de toda Europa para que luego se beneficien otros sistemas sanitarios ajenos al nuestro, con lo que los ciudadanos pagan con sus impuestos la formación de unos profesionales que después no les cuidan. Un contrasentido que es preciso atajar. Por ello desde el CGE estamos poniendo en marcha un plan retorno, en el que esperamos contar con las Administraciones pública que no sólo evite la fuga de este talento, sino que favorezca el regreso de los que se han marchado”, sostiene.

TABLA: Visado por puntos

Requisitos	Puntos*
Oferta de trabajo de un empleador autorizado **	20
Trabajo en el nivel de habilidad apropiado **	20
Habla inglés en el nivel requerido **	10
Salario de £ 20.480 a £ 23.039 **	0
Salario de £ 23.040 a £ 25.599	10
Salario de £ 25.600 o superior	20
Trabajo en una ocupación de escasez, según el Comité Asesor de Migración **	20
Doctorado en una materia relevante para el trabajo	10
Doctorado en una materia STEM relevante para el trabajo	20

*Se necesitan un total de 70 puntos para obtener el visado

** Requisitos mínimos para las enfermeras

Fuente: Ministerio de Salud y Asuntos Sociales (Reino Unido). Elaboración propia

proceso fue “una decepción, sobre todo cuando hablamos de que el resultado de la votación fue de 51 a 49 y que a fecha de hoy hay evidencias de que la campaña fue sesgada y que incluyó falsas promesas”, comenta.

Mucho más tajante se muestra Joan Pons, para quien el *settled status* es “un insulto”, no en vano lleva casi 21 años fuera de España: “Llegué al Reino Unido de buena fe y he trabajado mucho para construir mi futuro y mi vida aquí, como tantos y tantos otros ciudadanos europeos que viven y trabajan en todos los niveles y en todos los sectores de la sociedad británica”. En un primer momento Boris Johnson prometió que los derechos de los ciudadanos de la Unión Europea no se verían afectados, pero tal y como cuenta Pons, “para culminar la humillación, el gobierno británico no ha cumplido su palabra y nos ha hecho pedir un permiso para poder continuar viviendo en nuestras casas y trabajar tal como lo hemos venido haciendo hasta ahora. El *settled status* es un insulto

para mí y para mis compañeros de la Unión Europea, con el que perdemos parte de los derechos que teníamos antes del Brexit: por ejemplo, ya no podemos salir del Reino Unido durante más de dos años sin perder el derecho a la permanencia. Si quiero ver crecer a mis hijos aquí, y a mis futuros nietos, no puedo trasladarme a vivir ni trabajar fuera del Reino Unido”, cuenta realmente indignado.

La libre circulación de personas entre Reino Unido y la UE ya es historia

Sin embargo, pese a las trabas, todos ellos manifiestan que no tienen ninguna intención de dejar el Reino Unido. Para Ana Casillas, “más allá de la comida y nuestra familia, no veo nada que me pueda ofrecer España que aquí no tenga”. Algo en lo que coincide Lara Paya, “sobre to-



do viendo que a pesar de que los profesionales sanitarios han demostrado estar a la altura de la crisis provocada por la pandemia, no ha cambiado absolutamente nada en sus condiciones laborales”. Y es que en Reino Unido acceden muy rápido a puestos de trabajo fijos, tienen siete semanas de vacaciones, sueldos competitivos, conciliación laboral, bajas de maternidad de hasta un año... “Además, aquí puedes progresar en tu carrera profesional, escoger especialidad y el propio sistema nacional de salud te sub-

venciona la especialización”, añade Joan Pons.

En Reino Unido pueden progresar en su carrera profesional

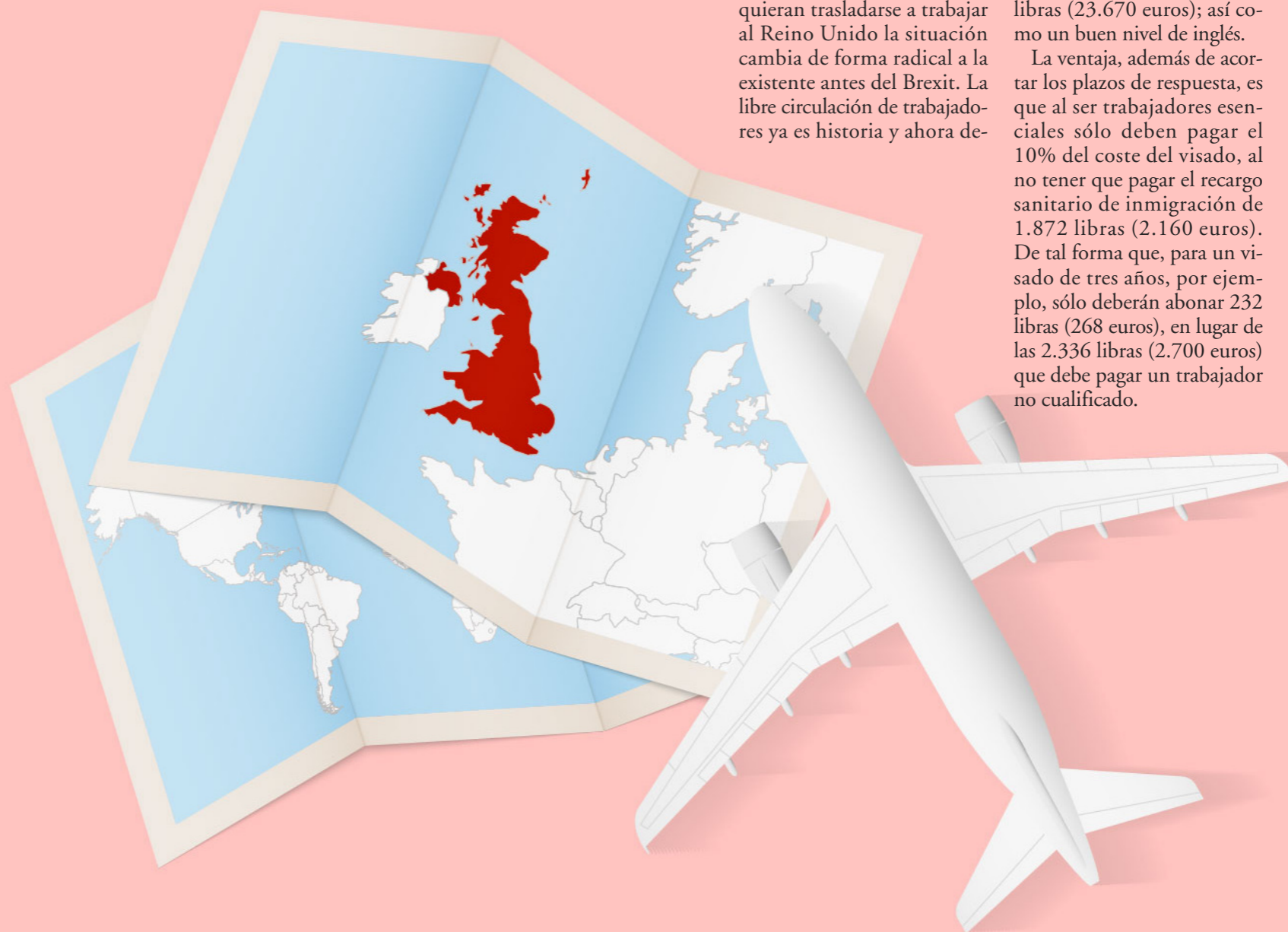
Visado por puntos

Para aquellos enfermeros que quieran trasladarse a trabajar al Reino Unido la situación cambia de forma radical a la existente antes del Brexit. La libre circulación de trabajadores ya es historia y ahora de-

ben solicitar un visado para el que se ha establecido un sistema de puntos, en el que deben obtener 70 puntos (ver tabla).

Sin embargo, las enfermeras, por ser tan necesarias, se benefician de la ruta para trabajadores cualificados, a través del [Visado de Salud y Asistencia](#). Para ello deberán cumplir una serie de requisitos: tener una oferta de empleo del Sistema Nacional de la Salud (NHS), del sector de asistencia social o empleadores y organizaciones que proveen servicios al NHS; cobrar un salario superior a las 20.480 libras (23.670 euros); así como un buen nivel de inglés.

La ventaja, además de acortar los plazos de respuesta, es que al ser trabajadores esenciales sólo deben pagar el 10% del coste del visado, al no tener que pagar el recargo sanitario de inmigración de 1.872 libras (2.160 euros). De tal forma que, para un visado de tres años, por ejemplo, sólo deberán abonar 232 libras (268 euros), en lugar de las 2.336 libras (2.700 euros) que debe pagar un trabajador no cualificado.



Más de 500.000 personas podrían sufrir COVID persistente en España

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Entre el 10 y el 20% de quienes han sufrido COVID-19 podrían continuar con sintomatología semanas después de la infección, tal y como apuntan diversos estudios internacionales. A este complejo de síntomas que perduran en el tiempo más de 4 o incluso 12 semanas se le conoce como COVID persistente y se estima que podría afectar a **más de medio millón de personas en España** y hasta 25 millones en el mundo. Una situación muy incapacitante en algunos casos, que mina enormemente la calidad de vida de aquellos pacientes que la padecen. De hecho, tal y como exponen numerosos investigadores, los síntomas propios de la enfermedad permanecen con la misma intensidad e, incluso, pueden aparecer nuevos.

Sin duda, el COVID persistente es uno de los estragos más duros y a la vez invisibles

de la pandemia. “La crisis sanitaria que atraviesa el mundo entero está dejando tras de sí un sistema sanitario enormemente herido y con unos profesionales cada vez más agotados. Casi 3,5 millones de fallecidos en el mundo dejan latente la crudeza de esta enfermedad, pero, además, existen miles de afectados

“Estamos muy atentas a este tipo de patologías”

que, tras la infección, continúan luchando con síntomas derivados del COVID. Las enfermeras y enfermeros, como profesionales más cercanos al paciente, vamos a estar a su lado también en estos momentos, cuidando y ayudándolos para mejorar estas

dolencias”, afirma Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería, que recuerda que todos aquellos que lo necesiten pueden consultar sus dudas con profesionales de referencia como las enfermeras.

Infografía

Con el objetivo de explicar y desgranar estas posibles dolencias tras sufrir la enfermedad, la Organización Colegial de Enfermería ha lanzado una infografía y un vídeo animado de uso público con todos los detalles sobre el COVID persistente. Actualmente, no hay factores de riesgo claros y puede aparecer aunque los síntomas hayan sido leves. Aunque daña primariamente a los pulmones, el SARS-CoV-2 puede afectar a otros órganos y esto puede aumentar el riesgo de efectos prolongados.

Tal y como detalla el CGE, la enfermedad puede conllevar consigo problemas respiratorios, neurológicos, cardíacos y circulatorios, del sistema nervioso autónomo, digestivos, de salud mental y otros como alteraciones del olfato y el gusto.

Fatiga, dificultad para respirar, tos, dolor en las articulaciones, muscular, en el pecho, de cabeza, fiebre intermitente, falta de apetito, diarrea, insomnio, formación de coágulos... son sólo algunos de es-



tos posibles síntomas que podrían ser consecuencia del COVID persistente.

Valorar

“Es imprescindible que las personas que tienen estos síntomas consulten con el profesional de referencia y las enfermeras estamos muy atentas a este tipo de patologías porque debemos identificarlos para que no pasen desapercibidos. Hay que valorar para que no haya un infradiagnóstico de este síndrome o que se enmascaren otro tipo de enfermedades o patologías pensando que todo se achaca al COVID-19”, explica Guadalupe Fontán, enfermera del CGE.

UCI

Además, aquellos que han estado ingresados en la UCI,

por el mero hecho de sobrevivir a esta experiencia, pueden ser más propensos a sufrir problemas como el síndrome de estrés postraumático, depresión o ansiedad. Para las enfermeras, cuidar de la salud mental de estos pacientes es una pieza clave para mejorar

“Hay que respetar todas las medidas de seguridad”

su calidad de vida. “Hay otras necesidades de salud que se pueden ver afectadas en estos momentos como es la incorporación al trabajo, el estrés que puede suponer, trastornos del sueño... Las enfermeras debemos estar muy atentas a

ese tipo de situaciones para poder prevenirlas o tratarlas en el caso de que ya se hayan producido”, apunta Fontán.

Vacunación

Por último, el presidente de las 316.000 enfermeras de España quiere dar un mensaje de ánimo a todos los que han sufrido esta terrible enfermedad, pero también a todos aquellos que sin padecer el diagnóstico continúan día tras día cumpliendo las medidas para frenar la expansión del virus cuanto antes. “Llevamos 15 meses durísimos, pero la vacunación está funcionando y va a seguir haciéndolo. Debemos seguir respetando todas las recomendaciones sanitarias porque ya se vislumbra el principio del fin y la prevención de la infección se hace ahora más importante que nunca”, subraya.



Personas afectadas por COVID

Más de 3.600.000

Casos confirmados en España



Más de 52 millones

Casos confirmados en Europa



Más de 167 millones

Casos confirmados en el mundo



Cifras a fecha 24-5-2021. Fuente: Ministerio de Sanidad

Entre el 10% y el 20% de las personas que han sufrido COVID-19 continúan con síntomas pasadas 4-12 semanas de la infección. En España, podrían ser más de 500.000 afectados

Definición

Complejo sintomático multiorgánico que afecta a pacientes que han padecido COVID-19 (con diagnóstico confirmado o sin confirmación analítica) y que permanecen con síntomas tras la fase aguda de la enfermedad. Los efectos prolongados son aquellos que persisten más de 4 semanas después del diagnóstico. Los síntomas propios de la enfermedad permanecen con la misma intensidad e incluso pueden aparecer nuevos.



¿Qué lo causa y a quién afecta?

- Actualmente, no hay factores de riesgo claros y pueden ocurrir aunque los síntomas hayan sido leves.
- Aunque el COVID-19 daña primariamente a los pulmones, puede afectar a otros órganos y esto puede aumentar el riesgo de efectos prolongados.
- Algunos estudios clínicos y epidemiológicos señalan factores de riesgo previo, pero no existe suficiente evidencia.



Síntomas y efectos a largo plazo

Fatiga, dificultad para respirar, tos, dolor en las articulaciones, muscular, en el pecho, de cabeza y fiebre intermitente. Los síntomas empeoran después de actividades físicas o mentales.



Problemas de salud mental

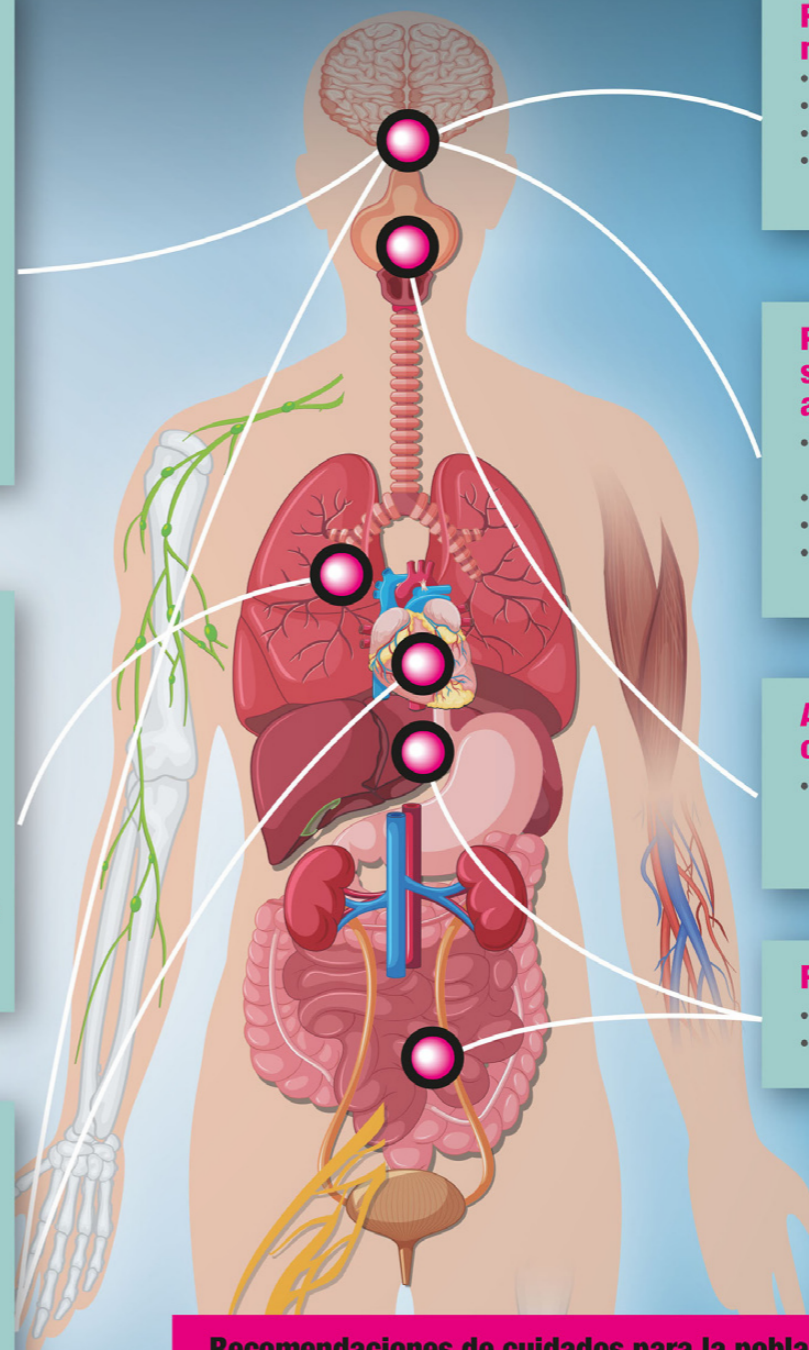
Las personas tratadas en UCIs, por el mero hecho de sobrevivir a esta experiencia, pueden ser más propensas a sufrir síndrome de estrés postraumático, depresión o ansiedad, estrés por pérdida de trabajo, dolor por la muerte de familiares y pérdida de calidad de vida y salud. Desarrollo del síndrome de fatiga crónica, que empeora con la actividad física o mental y no mejora con el descanso.

Problemas respiratorios

Las infecciones leves pueden provocar también falta de aire persistente incluso con esfuerzos leves. La función pulmonar afectada durante meses es consecuencia de daños más duraderos en los alvéolos de los pulmones y el tejido cicatricial resultante puede provocar problemas respiratorios a largo plazo.

Problemas cardíacos y circulatorios

- Inflamación del músculo cardíaco continua (60% de las personas), palpitaciones, latidos cardíacos rápidos.
- Formación de coágulos y problemas en los vasos sanguíneos, que pueden causar ataques al corazón, derrames cerebrales, afectar también a los pulmones, las piernas, el hígado y los riñones.



Problemas neurológicos

- Fatiga
- Dolores de cabeza
- Mareos
- Dificultad para concentrarse

Problemas del sistema nervioso autónomo

- Síndrome de taquicardia ortostática postural (POTS)
- Insomnio
- Confusión mental
- Pérdidas de memoria a corto plazo

Alteraciones del olfato y el gusto

- Falta de apetito (60-80% de posibilidades de recuperar el olfato en un año)

Problemas digestivos

- Diarrea
- Reflujo

Recomendaciones de cuidados para la población en general

- Prevenir la infección
- Vacunación
- Consultar a los profesionales sanitarios de referencia cualquier síntoma para descartar otras afecciones
- En caso de infección:
 - Ejercicios respiratorios
 - Monitorizar saturación de oxígeno





Los primeros EIR de Enfermería Médico-Quirúrgica en Operaciones con sus tutores y el coordinador de la formación

Los primeros EIR de Enfermería Médico-Quirúrgica en Operaciones ya son especialistas

GEMA ROMERO. Madrid

En 2018 tres enfermeros militares iniciaban su residencia en la especialidad de Enfermería Médico-Quirúrgica en Operaciones. Hoy, tras una formación eminentemente práctica y con rotaciones por todos los servicios relacionados: urgencias, quirófano, UCI, quemados o trauma, entre muchos otros, tanto en el ámbito civil como militar, ya son especialistas, los primeros formados por la vía EIR en una especialidad que sólo se ha desarrollado en el ámbito militar.

Como explica el director de la Escuela Militar de Sanidad,

el coronel médico Enrique Bartolomé Cela, “la formación como especialistas en Enfermería Médico-Quirúrgica de los tres oficiales que egre-

Son los primeros candidatos para ir de misión

san este año es la consecución de un objetivo ya planteado por el Ministerio de Defensa para solventar una necesidad

en operaciones o en el apoyo sanitario cuando se despliega en misiones internacionales”.

“La razón de ser del apoyo sanitario en esas unidades desplegadas es estabilizar la baja o ponerla en situación de evacuación a los escalones sanitarios posteriores, el role 3 o el role 4, y tienen que tener unas capacitaciones muy específicas para la asistencia al paciente politraumatizado, a un quemado o a una situación que pueda comprometer efectivamente la vida del herido, lesionado o del paciente en este caso”, subraya Bartolomé. De ahí que desde el Ministerio de Defensa se haya apostado por esta especialidad, pues “quienes no la han cursado no tienen esas competencias específicas de su trabajo en zona de operaciones”.

Tras superar una carga lectiva de 180 créditos, con rotaciones de entre 15 días y dos meses, dependiendo de la unidad, para la capitán enfermera Ana Mayoral, “estos tres años han supuesto seguridad sobre todo a la hora de desempeñar nuestras funciones tanto en territorio nacional como en operaciones y soltura a la hora

del manejo del paciente en diferentes ámbitos”.

Para la teniente enfermera Elena Rodríguez “ha sido una oportunidad única, esto era una formación complementaria nueva, novedosa, abríamos brecha y veía la oportunidad de lanzarme al mundo de la especialidad de la enfermería militar que, además, pone en boga todos los valores y las competencias que nosotros desarrollamos en esta institución. Ser los primeros supone pegarnos a veces con esa formación que todavía no está asentada, pero a la vez descubrir un mundo de posibilida-

des y mejoras para el resto de nuestros compañeros”, destaca.

Hay otros cinco residentes cursando la especialidad

Y es que para estos ya especialistas la formación “ha supuesto aprender muchas cosas que pensaba que sabía, pero que hasta que no te metes en faena no te das cuenta de ello y sobre todo relacionar todos

los aspectos intrahospitalarios que lleva a cabo un paciente en su recorrido para tratar su problema de salud”, cuenta el también teniente enfermero Javier Almagro.

Para todos ellos lo más valorado ha sido el rotar por servicios muy distintos y conocer en profundidad “todas sus dependencias y organismos, como banco de sangre, sitios como hemodinámica o zonas de gestión, tanto de personal como logística, que se necesitan para tener una visión global de lo que es una unidad hospitalaria y que nos va a servir luego en zona de operaciones para hacer una mejor gestión y tener una mejor atención al paciente, con más seguridad también para nosotros”, destaca Almagro.

Los tres coinciden en que realizar la especialidad “es casi obligado para una persona que está destinada a ir a un role2 o superior en una zona de operaciones”. Su destino ahora será UCI o quirófano, aunque también tienen claro que son los primeros candidatos para ir destinados de misión: “para eso estamos aquí”, recalcan.





Punto final a la discriminación por edad para ser enfermero militar

GEMA ROMERO. Madrid

Hasta ahora uno de los principales hándicaps para llegar a ser enfermero militar estaba en el límite de edad que fijaban las bases: 31 años. Ello suponía una clara discriminación por edad con respecto a otros Cuerpos Comunes donde, o no existe tal límite, o este es más elevado que para los enfermeros.

31 años para los enfermeros, 33 para médicos sin especialidad, 37 para los que ya la tienen, o sin límite de edad para los abogados del Cuerpo Jurídico Militar. Así de dispar era el acceso a los llamados Cuerpos Comunes del ejército. En el Consejo General de Enfermería, conscientes de esta situación denunciada por varios enfermeros afectados, se presentó recurso contra la última convocatoria, de 2020, por la que se convocaban los procesos de selección para el acceso como militar de carrera al Cuerpo Militar de Sanidad.

Sin embargo, y antes de concluir el proceso judicial, el Ministerio de Defensa ha en-

trado en razón y ha procedido a eliminar estos límites de edad. Así, en el Consejo de Ministros del pasado 4 de mayo ha procedido a modificar el [Reglamento de ingreso y promoción en las Fuerzas Armadas](#), por el que “se suprimen

En la última convocatoria ya se ha eliminado

las edades máximas para el ingreso, tanto por acceso directo como por promoción, con y sin titulación previa, a la totalidad de los Cuerpos Comunes”, incluyendo en acceso al Cuerpo Militar de Sanidad en la rama de Enfermería.

Anacronismo

Como explica Diego Ayuso, secretario general del Consejo General de Enfermería, “desde

el Ministerio de Defensa se alegaba la necesidad de un límite de edad por la exigencia física de los cometidos a realizar, pero esta razón no justificaba el que enfermeros y médicos, por ejemplo, tuviesen distinto límite de edad o que otros colectivos, como el Cuerpo Jurídico Militar y el Cuerpo Militar de Intervención no tengan límite alguno. Era un anacronismo que, finalmente, hemos conseguido corregir”. “Es un gran logro y un reconocimiento para todas las enfermeras y enfermeros que quieren acceder al Cuerpo Militar de Sanidad, y que ya pueden hacerlo sin ser discriminados por razones de edad”, subraya Ayuso.

La nueva regulación, en vigor tras su publicación en el BOE, ya ha sido tenida en cuenta en la convocatoria de este año para la incorporación como militar de carrera a los Cuerpos Comunes de las Fuerzas Armadas, por lo que todos los enfermeros de cualquier edad por fin pueden optar al [acceso a la carrera militar](#).



El CGE convoca elecciones al Pleno para el próximo 12 de junio

REDACCIÓN. Madrid

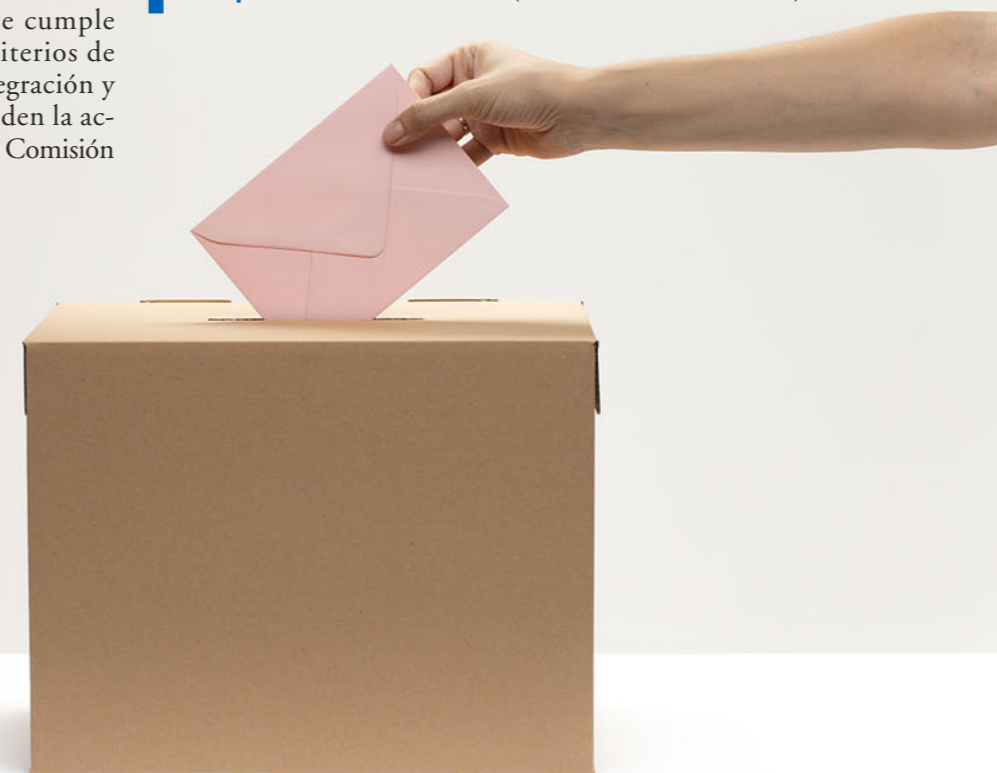
La Comisión Ejecutiva del Consejo General de Enfermería de España ha acordado convocar [elecciones al Pleno de la institución](#) para el próximo 12 de junio de 2021, según informa en una nota de prensa. Se trata de la primera vez que esta corporación se adelanta a los plazos legales comunicándolo a los colegios provinciales con más antelación a los 8 días de plazo para presentación de candidaturas, con el fin de fomentar la transparencia, la participación y el pleno cumplimiento de los principios democráticos. De esta manera se cumple con los nuevos criterios de participación, integración y apertura que presiden la actuación de la actual Comisión Ejecutiva.

El Pleno del Consejo General de Enfermería es uno de los órganos de representación de la Organización Colegial de Enfermería, junto a la Asamblea General de presidentes, el Consejo Inter-

Uno de los órganos de representación de las enfermeras españolas

autonómico y la Comisión Ejecutiva. Está compuesto por 21 representantes titulares y otros tantos suplentes electos de los distintos sectores profesionales que actúan en este órgano como vocales. También forman parte del Pleno de forma directa el presidente del Consejo General de Enfermería, de los Consejos Autonómicos, de la Comisión Deontológica Nacional y del Instituto Superior de Acreditación y Desarrollo Profesional de la Enfermería y otras Ciencias de la Salud; así como los miembros de la Comisión Ejecutiva.

Tal y como establece el régimen electoral para las elecciones al Pleno, las candidaturas deberán estar compuestas por 42 miembros: 21 candidatos titulares y 21 suplentes. Dicho procedimiento electoral está recogido en los [Estatutos generales](#) de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería (Real Decreto 1231/2001).





El representante de Taiwán en España visita la sede del CGE

RAQUEL GONZÁLEZ. Madrid

El representante de la Oficina Económica y Cultural de Taipei en España, José María Liu, ha visitado la sede del Consejo General de Enfermería con el objetivo de trasladar a sus representantes su máximo reconocimiento y felicitación hacia las enfermeras españolas.

El representante de Taiwán ha sido recibido por el presidente del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya; su vicepresidenta primera, Pilar Fernández; Diego Ayuso, secretario general, y José Luis Cobos, vicesecretario.

Además de trasladar su admiración por la enfermería es-

pañola, José María Liu ha trasladado a los representantes del Consejo su deseo de “fortalecer aún más nuestras ya buenas relaciones y que, me consta, se hacen extensivas a la Asociación de Enfermería de Taiwán”.

1.256 casos y 12 fallecidos en total

La buena relación entre la enfermería de ambos países se ha venido construyendo a lo largo de los años gracias al lugar que ocupa la enfermería

española en el ámbito internacional. Como ha explicado el presidente del Consejo, Florentino Pérez Raya, “con este encuentro, se fortalecen las relaciones entre la enfermería de ambos países, una relación afianzada por la posición que el Consejo General de Enfermería ocupa en el Consejo Internacional de Enfermeras”.

El representante asiático ha trasladado al presidente del Consejo su predisposición a colaborar con la enfermería española en aquello en lo que pueda ser oportuno y ha recordado la donación que a inicios de la pandemia hiciera Taiwán a varios países, entre ellos Espa-

ña, ya lo era antes”. Con respecto a la pandemia, ha destacado “su gran sacrificio” ya que “lo están dando tanto para ayudar a los pacientes y controlar la pandemia. Las enfermeras merecen nuestro máximo respeto y reconocimiento”.

Pandemia en la isla

Con respecto a cómo ha afectado la pandemia a la isla de Taiwán, ha reconocido su situación privilegiada en este sentido y es que, como le ha explicado al representante de las enfermeras españolas, allí ya era habitual el uso de mascarillas, aunque el motivo fuese en gran medida prote-

nueva crisis sanitaria. Asimismo, ha asegurado, la tecnología ha sido también un aliado para enfrentarse al coronavirus en cuestiones como la detección de nuevos casos y trazabilidad de contactos. “La gestión de la pandemia en Taiwán ha sido muy exitosa. Desde que todo comenzara, hemos tenido 1.256 casos y 12 fallecidos. En esto ha sido fundamental la rápida actuación del gobierno y la cooperación del pueblo. Sin esa cooperación no hubiera sido posible. De otro lado, es cierto que el hecho de ser una isla supone una ventaja ya que se facilita el control”.

Lazos de unión

Al término del encuentro, Florentino Pérez Raya ha hecho hincapié en que enfermeras españolas y taiwanesas tienen mucho en común a pesar de la distancia: “nos separan más de diez mil kilómetros y, sin embargo, es mucho lo que compartimos. La enfermería en Taiwán, al igual que en España, es una de las más avanzadas del mundo en cuanto a su formación. Las experiencias que profesionales españoles y taiwaneses han tenido la oportunidad de compartir nos dicen que tenemos una visión muy parecida del cuidado. Nos entregamos a la sociedad, algo que hemos hecho siempre y que ahora, con la pandemia, se ha visibilizado aún más a ojos de la sociedad y las instituciones, aunque estas no siempre atiendan a las necesidades de la profesión, desgraciadamente. Además, ambas sociedades coincidimos también en la importancia que otorgamos a la familia. Todo ello nos une aún más como familia enfermera”.

Enfermeras taiwanesas y españolas: mucho en común

ña, que recibió 500.000 mascarillas de los 5,6 millones que destinó a Europa.

Liu no ha querido dejar pasar la oportunidad de ensalzar el trabajo de las enfermeras: “su labor es esencial y no sólo

gerse de la polución. Además, ha añadido, el hecho de haber vivido el SARS como precedente en 2003 les ha hecho contar con una experiencia que les ha servido para reaccionar con rapidez ante





Concentración contra la elección telemática

“CAROLINA, TRÁTAME BIEN”, RECLAMAN LOS FUTUROS ENFERMEROS ESPECIALISTAS

GEMA ROMERO. Madrid

“Carolina, trátame bien, o a final te tendrás que marchar”, a ritmo de M Clan, en clara referencia a la Ministra de Sanidad, Carolina Darias, y gritos de “Carolina Dimisión”; eso ha sido lo más coreado por los más de 2.000 asistentes a la concentración convocada a las puertas del Ministerio de Sanidad para pedir el cambio en la elección telemática de plazas de la formación sanitaria especializada.

Como explica Noelia Purriños, enfermera de Benavente

(Zamora) y miembro del comité de FSUnida, organizador de la protesta, en representación de los EIR, “la elección telemática es opaca, no tiene garantías, las enfer-

“El sistema de elección de plazas es nuestro futuro”

meras van a perder plazas por las que han estudiado y peleado a la vez que han trabajado durante este duro año. La lista no va a poder correr, puede que queden más de 150-200 plazas vacías que en dos años se traducen en menos enfermeras especializadas”.

Así, han reclamado al Ministerio de Sanidad “una elección transparente y con garantías, se puede hacer en las delegaciones, con una elección por turnos, hay muchas alternativas”, ha señalado Purriños.

Con el procedimiento telemático, cada aspirante entrega una lista con sus preferencias, tanto de especialidad como de destino, para que el sistema informático les asigne su plaza una vez llegue su turno. Esto, según las asociaciones convocantes, genera una desventaja, ya que hasta antes de la pandemia la elección se realizaba en directo y en tiempo real en la sede de Sanidad, de forma que cada aspirante podía ver qué plazas estaban disponibles en el momento de su decisión.



“El Ministerio ha cambiado totalmente el paradigma de elección de plazas. En este momento en la asignación tienes que mirar un listado y hay una asignación diferida y opaca en el que no sabes qué plaza te van a dar. Esta no es una forma de plantearse el sistema de elección de plazas, es nuestro futuro”, ha detallado Sheila Justo, secretaria técnica de Médicos Jóvenes y MIR de CESM.

Así, denuncia que “se podrían dejar descubiertas muchas plazas” con este sistema. “El compromiso del Ministerio sobre la elección en tiem-

po real viene del 4 de diciembre, en varias reuniones avisamos de lo que pasó el año pasado y ahora parecen sorprendidos. Esto es algo que se viene avisando”, ha recordado.

La concentración ha contado con el apoyo del Consejo

La concentración ha contado con el apoyo del CGE

General de Enfermería (CGE), en las figuras de Diego Ayuso y José Luis Cobos, secretario y vicesecretario general, respectivamente. “Al cambiar la forma de elección les obliga a hacerlo de forma previa, con lo que se pierde el control en directo de cuáles son las plazas que van quedando vacantes y por otra parte, desde que se adjudica la plaza hasta que toman posesión hay un plazo muy corto, de 15 días, y tienen menos posibilidades de adaptarse a la nueva situación”, explica Cobos.

Los convocantes han leído una serie de manifiestos en los que han pedido acabar con el “maltrato” del Ministerio. Además, han realizado una sentada silenciosa para expresar su rechazo para terminar cortando el Paseo del Prado. Unas protestas para las que, si desde Sanidad no dan marcha atrás, ya tienen un plan B: “tenemos abiertas varias vías legales porque la justicia nos avala. Esto es un recorte de nuestros derechos como opositores, como enfermeras, como sanitarios”, concluye Purriños.



El acto ha concluido cortando el tráfico en el Paseo del Prado



José Luis Cobos (CGE), Elvira Velasco (PP), Guillermo Díaz (Cs) y Diego Ayuso (CGE)

Las enfermeras lamentan el descontrol tras el fin del estado de alarma

RAQUEL GONZÁLEZ Madrid

“Si sus ojos hubieran visto lo que he visto yo...” Así lamenta Esther Rey, directora de Enfermería del Hospital La Paz de Madrid, las aglomeraciones, fiestas y botellones que ponían de manifiesto que muchos, claramente, han confundido el fin del estado de alarma con el de la pandemia. El primero ha concluido, pero a la pandemia todavía estamos lejos de decirle adiós.

La vacunación permite mirar al futuro con optimismo y la situación dista ya mucho de la que vivíamos hace apenas unos meses, pero de ahí a la normalidad que conocíamos aún queda mucho por andar, si es que vuelve algún día, como muchos ponen en duda.

El presidente del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya, ha reconocido que “estamos preocupados. Veremos qué ocurre dentro de unos días como consecuencia de esas concentraciones. No es lógico, con lo que hemos vivido y estamos viviendo, que haya personas que decidan quitarse la mascarilla y romper la distancia de seguridad. Es realmente preocupante”.

Por su parte, Esther Rey, afirma no saber “en qué es-

“Si sus ojos hubieran visto lo que he visto yo...”



tán pensando cuando se comportan así. Desde luego, no conocen lo que nos pasa en un hospital, no conocen el sufrimiento y lo terrible que es esta enfermedad, que puedes pasar en un minuto de estar bien a estar a pocos minutos de morir”. Y recuerda que “esta enfermedad se ha llevado muchas vidas por delante, ha dejado muchas familias rotas y mucho sufrimiento”.

“Necesitamos que esto acabe ya”

La directora de enfermería de La Paz reconoce que los profesionales también anhelan que esto termine ya: “tenemos la necesidad de que esto acabe. Yo estoy todo el día en vacunación y lo disfruto muchísimo porque la única manera de acabar con esto es la vacuna, la vacuna y hacer las cosas bien: mascarillas, distancia de seguridad...”.

“Tenemos que ser responsables para evitar contagiarnos nosotros y contagiar a los demás, sean mayores o jóvenes. Por ello, pedimos responsabilidad total a la población”, concluye Pérez Raya.

Homenaje versus descontrol

La euforia en las calles ha puesto de manifiesto el contraste existente entre el reconocimiento y aplauso de la población al esfuerzo y dedicación de nuestras profesionales y la inconsciencia de quienes han decidido mirar a otro lado como si eso bastara para acabar con un virus que ha puesto al mundo patas arriba.



Protocolo antiCOVID para una consulta segura de endoscopia

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Una entrevista personal sobre posibles síntomas, contactos con infectados y toma de temperatura. Así es el inicio del protocolo COVID para entrar en la unidad de endoscopias del Hospital del Henares de Madrid y conseguir una consulta segura tanto para los pacientes como para los profesionales. “Tras la suspensión de la actividad por la pandemia, surge la necesidad de retomar las endoscopias.”, afirma Celia Ramos, enfermera de la unidad.

Una vez que ella valora la situación y considera que el paciente es negativo, le acompaña hasta la consulta y allí es donde se realiza el lavado de manos. “Lo más importante es la entrevista personal que tenemos con el paciente. Le preguntamos si ha tenido síntomas respiratorios, fiebre, qué medidas higiénicas sigue cuando sale a la calle, si ha tenido relación con positivos, si ha ve-



nido al hospital en los últimos días...”, explica Ramos.

También durante y después de la prueba deben seguir

una serie de medidas como la desinfección completa del aparataje para poder atender a otros pacientes.

Medidas antes, durante y después de la cita

¿Positivo?

Este protocolo, que ha logrado uno de los premios de la Asociación Española de Enfermería Endoscópica Digestiva y se ha adaptado a otras unidades del hospital, también contempla la posibilidad de un posible positivo. “Hablamos con los médicos para que reevalúen la necesidad de hacerle la prueba y si se puede demorar, le citamos dentro de un tiempo. En el caso de que sea urgente, lo hacemos en una sala con ventanas y ventilación natural; nos ponemos todo el equipo de protección y después se avisa a limpieza para hacer una desinfección por arrastre. Después, esa sala quedaría cerrada durante una hora”, subraya.





El Gregorio Marañón y La Paz, reconocidos por su gestión de la pandemia

REDACCIÓN. Madrid

La pandemia por COVID-19 puso en jaque hace ya 15 meses a la sanidad de todo el planeta. Los sistemas sanitarios tuvieron que adaptarse en cuestión de días para hacer frente a la mayor crisis de la historia, que se ha cobrado 3,5 millones de vidas en el mundo. La percepción de la sociedad de los hospitales, su actuación durante la pandemia y la reputación de cada uno de los servicios clínicos ha sido evaluada por el Monitor de Reputación Sanitaria (MRS) a través de más de 6.700 encuestas

a médicos, enfermeras, asociaciones de pacientes, periodistas sanitarios, gerentes de hospitales, gestores de enfermería,

“Mención especial a las supervisoras de unidad”

miembros de la administración pública sanitaria, responsables de farmacia hospitalaria y directivos de empresas.

Tras analizar los resultados, el ranking sitúa a los hospitales Gregorio Marañón, La Paz, Fundación Jiménez Díaz, Vall D’Hebron y 12 de Octubre como los que mejor abordaje clínico de la pandemia han realizado.

“Todos han hecho un trabajo estupendo, pero estos han tenido mejor valoración. Me gustaría aprovechar para dar las gracias a todos los profesionales que se han dejado la piel durante todo este tiempo para cuidarnos y curarnos”, ha resaltado José María San Segundo, director del MRS. Para él, ha habido un abordaje frente a la pandemia en estos hospitales que ha sido reconocido en la percepción de todos los especialistas.

Por su parte, Rubén Francisco Flores, director de Enfermería del Hospital Gregorio Marañón (Madrid), tras enterarse del reconocimiento, ha querido hacer una mención especial a las supervisoras de unidad “porque han sido uno de los grandes pilares de

esta pandemia y han estado siempre en primera línea”.

Clasificación general

En la clasificación general del monitor, los cinco primeros puestos se mantienen igual con respecto a 2020. La Paz lidera la clasificación, seguido del Clínic de Barcelona, Gregorio Marañón (Madrid), 12 de Octubre (Madrid) y Vall D’Hebron (Barcelona). La Fe (Valencia), el Ramón y Cajal

(Madrid), Virgen del Rocío (Sevilla), Fundación Jiménez Díaz y Clínico San Carlos, en Madrid, cierran el top ten de esta edición.

Único estudio independiente que analiza la reputación

En esta ocasión, los cinco primeros puestos entre los hospitales privados también se mantienen inamovibles con la Clínica Universidad de Navarra liderando la lista, por encima de Quirónsalud Madrid, HM Sanchinarro, Sanitas La Zarzuela y Teknon-Quirónsalud.

En cuanto a la valoración de los equipos de dirección enfermera, La Paz, el Clínic y el Gregorio Marañón son los que cuentan con la mejor valoración en este punto.

Además de las categorías generales, el MRS ofrece también el ranking de servicios clínicos con mejor reputación por especialidad.

El Monitor cuenta con un consejo asesor formado por los Consejos Generales de médicos y enfermeros, Asociaciones de Pacientes, perio-

distas y comunicadores sanitarios; así como personas de reconocido prestigio y trayectoria en la sanidad española. En concreto, encontramos a Luis Cayo Pérez Bueno (CERMI), Graziella Almendral del Río (Asociación Nacional de Informadores de la Salud), Fernando Lamata (a título personal), Florentino Pérez Raya (Consejo General de Enfermería), Tomás Cobo Castro (Organización Médico Colegial), Julio Sánchez Fierro (a título personal) y Alejandro Toledo Noguera (Plataforma de Organizaciones de Pacientes).

Actores del sistema de salud

Tal y como ellos mismos destacan, el Monitor de Reputación Sanitaria (MRS) es el único estudio independiente que analiza la reputación de toda la sanidad española, y a través del cual se ha evaluado a los actores del sistema sanitario a partir de tres valoraciones: la primera, la realizada por los profesionales médicos (2.248 médicos especialistas hospitalarios y 301 médicos de medicina familiar y comunitaria); la segunda, la de enfermeros, 259 gerentes y responsables de hospitales, 251 gestores 2.758 enfermeros, 72 directivos de empresas farmacéuticas, 72 responsables de farmacia hospitalaria, 549 responsables de asociaciones de pacientes así como 163 periodistas e informadores de la salud en base a 16 variables de reputación para los servicios clínicos; y, por último, todas estas valoraciones se complementan con el tercer análisis de más de 2.853 indicadores objetivos específicos de 2.704 servicios clínicos.





VACUNACIÓN EN DOMICILIO: el reto de no dejar a nadie atrás

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Vacunación, vacunación y vacunación. Esta es, probablemente, la palabra del año y también el principal objetivo del Sistema Nacional de Salud en estos momentos. Con la vista puesta en inmunizar al 70% de la población en los próximos meses, las enfermeras lideran la mayor campaña de vacunación de la historia. Casi 25 millones de dosis administradas en los primeros meses llevan a España a ser uno de los países con mejores tasas de la Unión Europea.

Acabar con la transmisión comunitaria se ha convertido en el deseo de todos y este propósito sólo se conseguirá

si no se deja a nadie atrás. Por este motivo, la vacunación en los domicilios cobra un protagonismo esencial en estos momentos en los que miles de personas dependientes no

“Estamos 15 minutos con ellos después de la vacuna”

pueden salir de sus casas para acudir a los centros habilitados para vacunar. Grandes estadios, hospitales y centros de salud trabajan durante horas para vacunar a la población,

pero son muchas las enfermeras que, día tras día, preparan una pequeña mochila y una nevera con los viales y se trasladan a aquellos lugares en los que vive alguien con una necesidad especial porque cada vacuna cuenta y cada persona inmunizada es un triunfo contra la pandemia, que se ha cobrado ya casi 80.000 vidas en España.

Planificar

“Las direcciones asistenciales hemos planificado tanto la petición como la recepción, comprobación y suministro de las vacunas. Nos hemos puesto en contacto con los

les (Madrid), que asegura que “está asumiendo el reto con muchísima ilusión”.

Nuria se encarga ahora de vacunar a aquellos dependientes que, por circunstancias especiales, no se encontraban en el domicilio. Como cada vial de Pfizer cuenta con seis dosis, deben programar las seis visitas en un mismo día porque es importantísimo no perder ninguna dosis; en definitiva, es esencial organizar la agenda al milímetro. “hasta que no los cuadramos no organizamos la salida”, resalta.

Una mochila y una nevera para trasladarse

pacientes grandes dependientes para que cada enfermera valorase si tenía alguna contraindicación a la vacuna y detectase a sus cuidadores principales”, afirma María Teresa Sanz, enfermera responsable de centros de la Dirección Asistencial Oeste de la Comunidad de Madrid.

Desde allí se coordina a 30 centros de salud y 15 consultorios de tres ciudades madrileñas y 14 municipios rurales. “Está siendo un reto importante porque hemos tenido que ir adaptándonos a los cambios en la estrategia de vacunación. En tiempo récord, los centros de salud han hecho un esfuerzo enorme para poder depurar y atender a los pacientes”, explica Sanz.

Ilusión

En esta misma línea se muestra Nuria Zorita, responsable de Enfermería del Centro de Salud Dos de Mayo, Móstol-

En definitiva, tal y como recalca M.^a Teresa Sanz, “se ha establecido un circuito con los centros de salud para poder solucionar de la mejor manera un contratiempo como el sobrante de una dosis”.

Material

Antes de salir, deben preparar el material. “Llevamos una nevera con un acumulador de frío, donde llevamos los viales con las dosis que vamos a administrar de forma exacta. También llevamos un maletín por si se produce alguna reacción adversa importante. En el domicilio, confirmamos la identidad de las personas, realizamos higiene de manos y procedemos a la carga de las dosis. Administramos la vacuna y, después, es imprescindible que nos quedemos al menos 15 minutos en el domicilio, en los que se puede aprovechar para dar recomendaciones vacunales”, detalla Nuria.

Un engranaje perfecto que permite a las enfermeras llegar a distintos lugares, incluso a varios de kilómetros de su puesto de trabajo. Y ellas, como responsables de la vacunación, se han convertido en ejemplo de liderazgo y gestión.





Ampliar por Ley la presencia de enfermeras reduce la mortalidad, según *The Lancet*

MIRIAM OLIVAS. Madrid

España sigue a la cola de Europa en la tasa de enfermeras en relación a la población que deben atender. Con una ratio de 5,6 enfermeras por cada 1.000 habitantes, según los datos del último informe de Recursos Humanos en Enfermería del Consejo General de Enfermería, la seguridad del paciente en los centros sanitarios se ve comprometida en nuestro país, especialmente en Comunidades Autónomas como Andalucía o Murcia, donde el déficit de profesionales es más que preocupante.

Un nuevo estudio publicado por *The Lancet* y realizado por Matthew D. McHugh y Linda H. Aiken (Efectos de la legislación sobre la relación enfermera paciente) pone en evidencia que ampliar legalmente la presencia de enfermeras contribuye a reducir el riesgo de muerte.

El ejemplo de Queensland

Esta investigación muestra los resultados recogiendo el ejem-

plo de Queensland (Australia). En 2016, este estado australiano estableció, a través de una ley, proporciones mínimas de enfermera por paciente: 1 enfermera por 4 pacientes (turnos diurnos) y de 1 por cada 7 (turnos nocturnos).

Con estas proporciones, el estudio ha analizado a más de 400.000 pacientes. Estos fueron comparados entre los que procedían de hospitales que estaban sujetos a esta política (27) y aquellos de hospitales que no lo estaban (28) en dos momentos concretos: antes

de la implementación y dos años después.

Los resultados a nivel clínico no dejan dudas. En los hospitales con ratio mínimo se comprobó que la tasa de mortalidad se había reducido hasta un 7% en 30 días. Además, las readmisiones en una semana también descendieron en un 7% y la duración de la estancia se acortó un 3%.

Por otra parte, a nivel económico el ahorro también es mayor. El coste de contratar a las 167 enfermeras necesarias para reducir la carga de trabajo sería de más de 27 millones de euros durante los dos años. Sin embargo, el ahorro del presupuesto general de salud que se habría evitado debido a la reducción de reingresos y estancias hospitalarias asciende a 54 millones de euros, más del doble que las nuevas contrataciones.

La posición del CGE

En este sentido, el presidente del CGE, Florentino Pérez Raya, pide un esfuerzo político para regular esta situación: "Las enfermeras necesitan una medida legal que les permita trabajar en condiciones adecuadas en las que el paciente obtenga una atención y cuidado de calidad. España necesita, al menos 140.000 enfermeras más para poder prestar una atención digna y eso implica voluntad política y un cambio en las plazas universitarias para cursar el grado de Enfermería".

Hacia el cambio

California, en EE.UU., se convirtió en 2004 en el primero en establecer una proporción mínima con una 1 enfermera por cada cinco pacientes. En tres años se evitaron 400 muertes.

España ya ha tomado cierta conciencia. El 15 de diciembre de 2020 se aprobó, en el Congreso de los Diputa-

Más enfermeras, menos muerte, más ahorro

dos, elaborar la Ley de Seguridad del Paciente con un apoyo mayoritario, una norma que, de salir adelante, será pionera en Europa y que fue propuesta por el sindicato de enfermería (SATSE) con el apoyo del CGE. Una iniciativa que debe materializarse para poder abandonar el furgón de cola de la enfermería europea, no en preparación y profesionalidad, pero sí en número.

Estudios previos avalan estos resultados

Un estudio realizado por Linda Aiken junto al investigador Matthew D. McHugh (Caso de la proporción enfermera paciente en los hospitales de Queensland) en julio de 2020, llegó a nuevas conclusiones sobre cómo afecta la proporción paciente enfermera a la mortalidad, la calidad de atención al paciente y al agotamiento laboral.

Para ello se realizó una encuesta de enfermería donde de las 28.708 enfermeras contactadas, 8.412 respondieron (29%). Estos datos se cruzaron con las encuestas a 64 pacientes de los 68 hospitales públicos de Queensland.

Teniendo en cuenta los 68 hospitales públicos, la proporción media de enfermera paciente se situó en un 5,52, (5,07 turnos diurnos, siete nocturnos). La tasa de mortalidad fue relativamente baja en general (1,13%). Además, cada paciente adicional para las enfermeras se asocia con un 12% más de probabilidades de muerte, un dato que sería multiplicativo (por dos pacientes adicionales, riesgo del 25%).

La calidad del servicio y los resultados laborales también variaron. Sólo el 5% de las enfermeras con una proporción de cuatro o menos pacientes calificó la atención que prestaba su hospital como mala o deficiente. Sin embargo, el 15% de las enfermeras que trabajaban con un promedio de entre cinco y seis pacientes la calificó como negativa. El 43% de las enfermeras en hospitales con ratio superior a seis pacientes se mostraron agotadas.

Los estudios han demostrado que los hospitales que mejoraron en dotación de personal sanitario consiguieron reducir la tasa de agotamiento entre sus enfermeras.

Marian Roca, presidenta del Colegio de Enfermería de Teruel

“Los aplausos, sin responsabilidad, no nos sirven de nada”

M. VIEIRA / D. RUIPÉREZ. Madrid

Hablamos con Marian Roca, presidenta del Colegio de Enfermería de Teruel, sobre los últimos meses de pandemia y el desarrollo de la campaña de vacunación en una región que cuenta con poblaciones pequeñas y dispersas que en ocasiones son de apenas 30 e incluso 12 habitantes y grandes dependientes que residen en sus domicilios. Marian Roca nos habla también de aquellos momentos de confinamiento en los que los ciudadanos salían a sus ventanas para aplaudir el esfuerzo de los sanitarios, una iniciativa espontánea que han agradecido, pero que hoy, pasados los meses, no sirve de nada sin la responsabilidad de los ciudadanos.

En tu área sanitaria atendéis a población dispersa, a población mayor. ¿Cómo estás viviendo el proceso de la vacunación?

Va muy despacio porque son poblaciones muy pequeñas, muy dispersas. Eso hace que con este tipo de vacunación llegue muy poco a poco y que tengamos que centralizarlo en centros de salud de poblacio-

“Lo que queremos es que no muera la gente”



nes más grandes, nos tenemos que desplazar desde ahí a zonas menos pobladas. También hay que tener en cuenta a los grandes dependientes fuera de las residencias, en domicilio todavía no podíamos acudir a vacunar a estas personas. Debíamos subirlos a un coche, acercarlos a un consultorio y desde ahí vacunar.

Tras más de un año luchando por la pandemia. ¿Qué sensaciones te trasladan las enfermeras de Teruel?

Al principio se agradecía todo: los aplausos, la ilusión de la gente, el reconocimiento popular. Después llegó el agotamiento, no sólo fue una primera ola, fue la segunda, en Aragón vamos por la tercera y cuando todo el mundo esté en la cuarta nosotros estaremos en la quinta. Estamos agotadas y, si me lo permites, un poco de mala leche. Porque mucha gente lo está haciendo bien pero hay unos pocos que no lo están haciendo nada bien. Encima lo que hemos detectado es que cuando les decimos las cosas —yo estoy en Atención Primaria y hago mucha educación para la salud— dicen, «si sois pocas que pongan más, qué queréis dinero, pues que os paguen más». El problema no es que nosotras no queramos trabajar, seguiremos trabajando, tú dame vacunas que yo estoy mañana, tarde y noche poniéndolas. No nos importa. Lo que queremos es que no muera la gente y parece que eso no lo entienden. El problema está en la saturación de los hospitales, no que nos estén saturando a nosotras de trabajo. No queremos los aplausos, queremos que la gente cumpla con lo que tiene que

cumplir. Hemos aprendido que ser la voz, la mano de la familia frente al paciente es muy duro y mantenerlo en el tiempo está costando mucho. Está siendo psicológicamente muy duro.

¿Crees que este agradecimiento verbal y emotivo se va a trasladar a que se cambie el rol de las enfermeras, se solucionen las históricas demandas que tiene la profesión?

Todos deseamos que sí. Los que dirigen las universidades deberían ser más conscientes de que necesitan abrirse a más número de enfermeras. Las especialidades son básicas, los políticos deberían darse cuenta de la importancia de especializarse en cuidados intensivos, en quirófano, en urgencias, en urgencias domiciliarias: no es lo mismo estar en un hospital que estar en la calle. Hay que estar muy bien preparado. La enfermería diariamente tenemos que estar formándonos porque nos toca tratar tantos temas que si no sería imposible.

En cuanto al Colegio de Enfermería, ¿cuáles son las actividades planificadas para las enfermeras de la provincia por parte del colegio?

El año anterior se tuvieron que suspender los cursos presenciales que tanto éxito tenían. Nuestra bandera es la formación posgrado y este año apostamos por la formación *online*. Ya lo iniciamos el año pasado y este hemos empezado desde el 1 de enero con más fuerza, si cabe. Al principio pensábamos que costaría este tipo de formación, pero al final sí está funcionando, nos adaptamos a todo lo que nos echan.





ISFOS inicia un seminario gratuito para interpretar pruebas del COVID-19

MARINA VIEIRA. Madrid

En estos momentos de pandemia, en los que todo cambia al minuto, la formación continuada de los profesionales sanitarios se vuelve incluso más necesaria. Por esta razón, desde el Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS), el centro de formación del Consejo General de Enfermería, se está trabajando sin cesar para adaptar su catálogo formativo a los nuevos tiempos y así ayudar a las enfermeras a enfrentarse con las mejores herramientas a los nuevos retos de crisis sanitaria.

Formación necesaria

La nueva novedad formativa que ha lanzado ISFOS es un curso gratuito para enfermeras donde podrán aprender a

interpretar pruebas diagnósticas, resultados y recomendaciones sobre el COVID-19.

“Teniendo en cuenta la situación a la que se enfrenta la sanidad en este momento creemos que esta es una formación necesaria para las enfermeras españolas. Por esta

Formación continuada para afrontar la pandemia

razón, desde que comenzó la pandemia siempre tuvimos el objetivo de lanzar un curso que englobase todo lo relacionado con las pruebas diagnósticas. Queremos acercar esta formación esencial a todas las enfermeras españolas”,

explica Pilar Fernández, directora del Instituto Superior de Formación Sanitaria.

A través de un contenido teórico y audiovisual interactivo, los alumnos conocerán todo lo necesario para saber cómo interpretar los resultados de las pruebas del COVID-19. Además, contarán con infografías de libre uso donde se expondrá toda la información del curso, contrastada con todos los protocolos nacionales e internacionales vigentes. El curso, con plazas limitadas, cuenta con una prueba final de evaluación y, si se supera, se otorgará un diploma acreditativo de todos los conocimientos adquiridos. Se ha realizado gracias a la colaboración del Consejo General de Enfermería y toda la Organización Colegial y ya tiene abiertas sus inscripciones, a través de [este enlace](#).



Tu enfermera deja huella



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

Nursing now
España



Antonio Mingarro
Redactor jefe de Sanifax



Vuelta a las andadas

El Ministerio de Sanidad ha vivido los últimos 15 meses en el alambre diario. Lastrado por una infraestructura técnica y administrativa en absoluto preparada para lo que se vino encima. Y con competencias deliberadamente vaciadas con el paso de los años, a base de ceder a las presiones de las CC.AA. para que así fuera. Pese a las señales e informes, nadie quiso encargarse del contrato para traer a España material de protección. Y cuando escaseaba, los procesos fueron un desastre. Hasta el punto de que otros organismos, como la Policía, la Guardia Civil o grupos privados de sanidad (como HM Hospitales o Ribera, estos últimos por mera intuición al ver lo que pasaba en sus centros), sí tuvieron protección para sus profesionales sanitarios. Mientras que, en la sanidad pública, éstos se apañaban forzosamente con bolsas de basura...

100.000 muertos y cuatro "olas" después, parece que empieza a amainar la tormenta que, ya sin duda, ha marcado nuestras vidas. Todos recordaremos lo que hicimos en estos meses terribles. Y más que nadie, las profesiones más numerosas del SNS, la Enfermería y los médicos, que han pagado con su enfermedad (y en algunos casos, con su vida) el haber sido la "avanzadilla" contra el virus. Sólo por ese papel, que ni un solo profesional esquivó, otros países han reconocido económica y laboralmente a quienes estuvieron en el frente. Pero eso, que es lógica pura, es lo que pasa en nuestro entorno. España es diferente. Y según descienden los contagios y se vacían las UCIS, nuestras autoridades vuelven a lo suyo, que hasta ahora siempre ha sido tratar mal a quienes deberían tratar mejor que nadie. El ejemplo claro es el examen de acceso a la forma-

ción sanitaria especializada. El Ministerio de Sanidad ya intentó una "versión *online*" hace un año, que los tribunales frenaron. Pero el Ministerio apretó los dientes y a los dos meses, aprobó una Ley para dar "carta de naturaleza" a la modalidad. Y a la siguiente ocasión, se ha sacado una adjudicación de plazas que es un atropello flagrante. Lo llamamos "adjudicación *online*" por cuidar un poco las formas, pero no lo es. Es una adjudicación por méritos adquiridos (la nota del examen), hecha como se adjudican los pisos de protección oficial, o las entradas de algún evento. Que no permite cubrir plazas que pueden quedar vacías (1 de cada 4, según la estimación) y que supone un "trágala" inaudito y radicalmente injusto.

También tenemos el ejemplo de la Comunidad Valenciana, modélica en su incidencia acumulada gracias al trabajo de 9.000 profesionales incorporados para hacer frente al virus. Y que sin duda serían necesarios también ahora. Pero no... la Genera-

litat ha decidido no renovar a 1 de cada 3 de ellos. Y encima, lejos de darles agradecimiento alguno, lo ha hecho a través de un frío *WhatsApp*, en una decisión que, además, afecta otra vez mayoritariamente a la profesión enfermera, a la que se golpea siempre de forma más dura.

Si ni siquiera una situación límite como la vivida sirve para que se deje de maltratar a quienes hacen posible la sanidad cada día, estamos ante un grave problema en lo político y lo humano. Y también ante una certeza: salvo honrosas excepciones, quienes gestionan la sanidad pública en España, no tienen ni idea de su torpeza. Y para disimularla, envuelven sus argumentos en jactancia. Ojalá lo paguen políticamente. Pero antes, que rectifiquen...



ENFERMERAS esenciales en la pandemia discriminadas por la Administración



Porque salvamos vidas cada día, apóyanos para que no seamos marginadas en la escala profesional. Nivel A1 para todas. ¡Ya!

enfermerA1.com

Enfermeras, abogados, biólogos, psicólogos, físicos, periodistas o economistas tienen en común haber estudiado un grado universitario de 240 créditos. El trabajo de todos ellos es fundamental para la sociedad.

Todos estos profesionales pertenecen al nivel A1 de la Administración Pública, salvo las enfermeras, que son discriminadas diariamente a pesar de tener la máxima responsabilidad en Sanidad: la vida de los pacientes. ¿Te parece justo?

Ayúdanos a acabar con esta injusticia
Entra en www.enfermerA1.com



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

**Sergio Alonso**Fundador y director del suplemento
A Tu Salud, del diario *La Razón*

El gobierno infrafinancia la Sanidad pública que tanto dice defender

La pandemia de COVID-19 ha dejado herido de muerte al Sistema Nacional de Salud y las proyecciones presupuestarias del Gobierno pueden terminar de rematarlo. A pesar de que durante los últimos meses han sido centenares las voces que desde la izquierda han arremetido contra la infrafinanciación de la Sanidad pública, culpando de ello a los gobiernos del PP, mientras resaltaban la necesidad de reformas para hacerlo más sólido y “resiliente”, entre ellas las de Salvador Illa y Carolina Darias, lo cierto y verdad es que a lo largo de los próximos años apenas habrá recursos extra para lograr tan loables como etéreos propósitos. La actualización del Programa de Estabilidad Presupuestaria para el periodo 2021-2024 que el propio Ejecutivo ha enviado a la Comisión Europea desbarata todas esas proclamas atractivas, aunque carentes de contenido real, y desmonta además las promesas que formuló Pedro Sánchez durante su investidura y las que aparecieron recogidas en el acuerdo de Gobierno suscrito entre Unidas Podemos y los socialistas. En concreto, el presidente dijo en sede parlamentaria que “España debe alcanzar un inversión sanitaria equivalente a la media de los estados de la zona euro en esta legislatura, de modo que logremos el 7% del PIB en 2023”. Por su parte, la formación de Pablo Iglesias fue más allá y aseguró que el PIB en Sanidad pasaría del 6% al 7,5% en ese mismo año.



El documento remitido a Bruselas nada dice de ello y sí apunta, en cambio, que el gasto presupuestario para este área social tan sacudida por el coronavirus no sólo no crecerá, sino que decrecerá. En 2022 apenas será de un 6,6%; en 2023 se quedará en un 6,4%, y en 2024 descenderá aún más hasta situarse en un pírrico 6,2%. Todo ello, además, sobre la base de un PIB menguado por el parón económico derivado de la pandemia. El texto no es papel mojado. Son las directrices que Moncloa asegura a Europa que seguirá y que la Comisión revisa con lupa para evaluar el riesgo financiero de un país. Tan tristes son las perspectivas para la Sanidad pública que el Gobierno consigna que el gasto para esta área será del 6,2% en 2030, y del 6,4% y en 2040. Hasta 2050 no se alcanzaría el 7% prometido por Sánchez para 2023. Por si fuera poco, el Gobierno también ignora a la Sanidad pública en las partidas procedentes de los fondos europeos de reconstrucción, como bien ha denunciado CSIF y lamenta incluso la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública (Fadsp), una organización que no es precisamente de derechas. De hecho, los fondos de inversión en Sanidad son los más reducidos del plan —un 1,54%—, sólo por detrás de la industria de cultura y deportes. ¿Cómo se va a reforzar la Sanidad pública si no se destinan recursos para ello?

**Premios de Investigación**
Consejo General de Enfermería**Contribuye al avance de la profesión con tu iniciativa**

Premios de Investigación del Consejo General de Enfermería

6 galardones**55.000 € en premios**Manda tu propuesta a
instituto@consejogeneralenfermeria.org**TIENES
HASTA EL****OCTUBRE****15**

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

Febru
**INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA**



I CONGRESO INTERNACIONAL HUMANS

Lugar: Madrid y *online*
Fecha: del 17 al 19 de junio
Organiza: Fundación Humans
Más información: <https://www.congresohumans.com/>



VII CONGRESO INTERNACIONAL IBEROAMERICANO DE ENFERMERÍA

Fecha: del 21 al 23 de junio de 2021
Lugar: Oporto
Organiza: Fundación de Enfermería Funciden
Email: secretariatecnica@funciden.org
Más información: <https://www.campusfunciden.com/vii-congreso-internacional-iberoamericano-de-enfermeria-2021/>



IV CONGRESO EN CIENCIA SANITARIA

Fecha: del 1 al 3 de julio de 2021
Lugar: *online*
Organiza: SECIENTEC
Tel.: 649 689 342
Email: congreso.cienciasanitaria.es
https://congreso.cienciasanitaria.es/



XI CONFERENCIA DE LA RED DE ENFERMERAS DE ATENCIÓN DIRECTA/ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA (NP/APN) DEL CIE 2021

Fecha: del 29 de agosto al 1 de septiembre de 2021
Lugar: Canadá
Organiza: Consejo Internacional de Enfermeras
https://www.icn.ch/es/eventos/11-a-conferencia-de-la-red-de-enfermeras-de-atencion-directa-enfermeria-de-practica-avanzada



XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

Fecha: del 21 al 23 de octubre de 2021
Lugar: Alicante
Email: congreso@mpmundo.com
Tel.: 965130228
https://aesmatronas.com/congreso



54 CONGRESO NACIONAL SEPAR

Fecha: 4-7 noviembre 2021
Lugar: Sevilla
Organiza: SEPAR
Más información: secretaria@separ.es
https://www.separ.es/



XXIII EDICIÓN DE LOS PREMIOS METAS DE ENFERMERÍA 2021

Objetivo: Los trabajos, que serán inéditos y escritos en lengua española, podrán versar sobre cualquier área de conocimientos de la enfermería.
Plazo: 10 de septiembre de 2021
Dotación: El primer premio de investigación está dotado con 3.000 euros. Y hay un accésit dotado por una suscripción anual a Enferteca para cada uno de los miembros del equipo.
www.enfermeria21.com/revista-metas-de-enfermeria/premios-metas/

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

Organiza: Consejo General de Enfermería
Plazo de presentación de solicitudes: Hasta el 15 de octubre de 2021
Temática: Investigación Enfermera
Dotación total: 55.000 euros
Más información: <http://bit.ly/BasesPremiosInvestCGE>

XXXVII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA «CIUDAD DE SEVILLA»

Organiza: Colegio de Enfermería de Sevilla
Plazo de presentación: 31 de octubre de 2021
Tema: Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de enfermería, inéditos y que, con anterioridad, no se hubiesen presentado a ningún otro premio o certamen de esta misma naturaleza, que se presenten a este certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
Dotación: 4.140€ para el trabajo premiado en primer lugar; 2.070€ para el premiado en segundo lugar y 1.380€ para el premiado en tercer lugar y Accésit Enfermería Joven 1.150€.
<http://www.colegioenfermeriasevilla.es/servicios/participa/certamen-nacional-de-enfermeria/>



La revista de la comunidad científica internacional de enfermería eleva su nivel de impacto

- **International Nursing Review (INR)** la revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), cuya edición en español está totalmente apoyada por el Consejo General de Enfermería, amplía contenidos.
- Todos los enfermeros que lo deseen pueden sumarse a los autores de más de 120 países que comparten sus investigaciones y experiencias de campo dentro de la revista, fortaleciendo así la contribución de la enfermería española y latinoamericana en el escenario internacional.
- ¡Disfrute de la lectura de la revista informándose de los numerosos e importantes avances de la enfermería en todo el mundo!



Suscríbete llamando al 902 50 00 00



Nuevo Nissan Qashqai

EL REY DE LOS SUV CONSERVA SU CETRO

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

A pesar de su nombre exótico conquistó a los conductores de medio mundo hasta ser el auténtico referente en esa categoría de vehículos omnipresente: los SUV. Pasan los años y generación tras generación nadie desbanca al Qashqai. Por algo inventaron el concepto, pero sorprende que ni los Atecas, ni los Tucson, ni Sportage, ni la serie Q de Audi, ni la X de BMW, ni Kadjar, ni RAV4... ningún coche de ninguna marca puede con

el emblema de Nissan. Sólo en España, se han vendido desde su salida al mercado, más de 325.000 unidades durante sus casi tres lustros de vida. Y no parece que esa posición de privilegio corra riesgo alguno con el acertado rediseño del Qashqai.

Siguiendo la premisa de que no hay que tocar lo que funciona muy bien, los diseñadores han optado por retoques ligeros —pero acertados— en su estética. Por

ejemplo, la parrilla frontal en V cromada, las ópticas LED y en general unas líneas algo más atléticas. De hecho, el coche crece un poco en tamaño frente a las generaciones anteriores. La distancia entre ejes del coche se ha incrementado en 20 mm y la longitud total ha aumentado en 35 mm. La altura ha aumentado ligeramente (+25 mm) y la anchura se ha incrementado en 32 mm para mejorar su presencia en carretera. Por cierto, ahora puede montar llantas de hasta 20 pulgadas.

En el interior, como en todos los modelos que se presentan recientemente, la apuesta tecnológica es de primer nivel. Materiales de calidad y un diseño cabal y atractivo configuran un habitáculo cómodo, iluminado por nuevas luces de ambiente y con una gran pantalla de 9 pulgadas de NissanConnect.



Llegan novedades en materia de motores, una vez abandonado el diésel, apuesta por los gasolina 1.3 DiGT de gasolina con una hibridación ligera de 12V que ayuda a reducir tanto consumo de combustible como

emisiones. Sin embargo, los focos se sitúan sobre el innovador sistema de propulsión e-POWER, formado por una batería de alto rendimiento y una motorización integrados con un motor de gasolina de 154 CV con una

tasa de compresión variable que es la mejor de su categoría, un generador de energía, un inversor y un motor eléctrico de 140 kW de tamaño y potencia similares a los de los vehículos eléctricos de Nissan.





Destino y esperanza

El enfermero Joan Pons cuenta su experiencia en un libro

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

El enfermero español Joan Pons, que se dio a conocer en los medios de comunicación de todo el país por haberse presentado voluntario para la vacuna de Oxford-Astrazeneca en el Reino Unido, acaba de publicar su primer libro en el que narra la historia de su vida y su trayectoria.

Una vida que le llevó a cambiar su destino y trasladarse hace ya dos décadas a Reino Unido. Ahora, con una pandemia que ha azotado enormemente al mundo entero, ha querido contar su experiencia y cómo decidió dar un vuelco de 180° a su vida. Bajo el título *Destino y esperanza*, Pons expone detalles clave de su vida y de su trayectoria.

“Inicié el libro como terapia. El primer capítulo que escribí fue sobre mi experien-

cia trabajando en la UCI durante la pandemia. Después, mi tía M.^a Carme me sugirió que contase mi historia y, aunque al principio le dije que no, al final sucumbí”.

“He querido enseñar la enfermería desde dentro”

Dudas y contradicciones

Tal y como él mismo cuenta, “he querido enseñar la enfermería desde dentro”. “He querido mostrar que, detrás

de la imagen de seguridad que doy en televisión, existe una parte de mí llena de dudas y contradicciones. También he querido hacer hincapié en la importancia de cuidar nuestra salud mental y de saber que en la vida todo el mundo tiene altos y bajos, pero siempre hay que luchar por lo que creemos”, asegura.

En cuanto a la parte del libro que más le gusta, reconoce que es “como elegir a tu hijo preferido”. “Los he escrito todos con mucho cariño, pero la verdad es que si tengo que escoger uno, me quedaría con el de “La gran depresión”, en el que expongo mi lado más vulnerable. Es difícil, pero tenemos que empezar a hablar de salud mental y darle tanta importancia como le damos a la salud física”, afirma.



DIARIOENFERMERO

El mejor portal de noticias de enfermería y salud



legal



investigación



reportajes



ocio

diarioenfermero.es

síguenos en:





Drag Race, Atresplayer premium

Diez artistas luchan por ser la mejor drag queen de España

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Cocineros, pasteleros, cantantes, bailarines, costureros, náufragos... Toda profesión es buena para buscar “al mejor” y así lo han explotado las televisiones desde hace años. Con varias ediciones de *Masterchef*, *Maestros de la costura*, *Operación triunfo*, *Got Talent*, *El Conquistador*, *Fama* y un largo etcétera, España se enfrenta ahora a la adaptación de uno de los formatos más transgresores de la época. *Drag Race* llega a nuestro país con un objetivo claro, encontrar a la mejor drag de todo el territorio. Esta primera edición, que se emite ya en exclusiva a través de Atresplayer premium, cuenta con *Supremme de Luxe* como maestra de ceremonias y con la pareja de moda Los Jarvis (Javier Ambrossi y Javier Calvo) y la diseñadora Ana Locking como jurado experto.

El programa, en el que 10 concursantes lucharán por llevarse el tan ansiado premio, coge el testigo de la versión americana, presentada por el conocidísimo *drag queen* RuPaul, y que tiene en su haber una veintena de premios Emmy y adaptaciones en Países Bajos, Reino Unido, Tailandia, Canadá, Australia y Nueva Zelanda.

La llegada de *Drag Race* es una buena noticia para los

amantes del formato, pero también para la diversidad. Un nuevo *talent* transgresor y atrevido aterriza en España para dar un soplo de aire fresco a una televisión cada vez menos innovadora. Eso sí, como con la aplaudida serie sobre *La Veneno*, Atresmedia ha decidido apostar por el formato sólo en su plataforma de pago, porque hay que ser modernos, pero no mucho, no vaya a ser que se enfade alguien por ser demasiado progresistas.

Buena noticia

Lejos de polémicas, este estreno es una buena noticia. Incluso habrá representación sanitaria, ya que una de las concursantes, Killer queen, es médico de Urgencias en un hospital de Madrid.

Disponibile
ya en la
plataforma
Atresplayer
premium

España
Drag Race



EL MUSEO DEL PRADO SALE A LA CALLE

REDACCIÓN. Madrid

La iniciativa “A la vuelta de la esquina” pretende sorprender a los transeúntes y cautivarles con la fuerza y la belleza del arte, para estimular su visita a los museos. El título de la iniciativa participa del afán de la institución por exponerse en el entorno inmediato, en la comunidad local, como nunca lo había hecho.

Colaboración del ayuntamiento

Gracias a la colaboración del Ayuntamiento de Madrid, de Iberia y de Telefónica, una veintena de recreaciones a tamaño real de pinturas del Museo Nacional del Prado permanecerán expuestas durante tres semanas en lugares de tránsito habitual para alterar la cotidianidad de los madrileños y animarlos a visitar el Museo del Prado, pudien-

do adquirir la entrada a través de su nueva herramienta Prado Puerta Digital.

Cada reproducción de las pinturas seleccionadas evoca el formato del original tal y como se presenta en las salas del Museo, con un marco replicado y un cartel explicativo que incluye un código QR con más información relacionada.

Un hashtag
invita a
compartir
fotos con las
obras

#VuelvealPrado es el hashtag con el que el Museo Nacional del Prado invita a compartir en redes sociales las fotografías de los transeúntes junto a las

obras. Celebrando la riqueza, la diversidad y las historias de la colección permanente del Museo Nacional del Prado, este proyecto pretende irrumpir en la cotidianidad de los ciudadanos y conseguir —utilizando el mecanismo del asombro y la sorpresa— despertar su interés por estas obras maestras, recordándoles que esos tesoros están “A la vuelta de la esquina”. “Hermoseaba la capital del Reino y contribuía al lustre y esplendor de la Nación”, así se anunciaba la apertura del Museo del Prado en la Gaceta de Madrid en 1819. Estas semanas el Prado sale a hermosear Madrid para celebrar el Día Internacional de los Museos.

 MÁS INFORMACIÓN

<https://www.museodelprado.es/>



Asos

MIX AND CREAM

MARINA VIEIRA. Madrid

Todo conjuntado. Es la norma para seguir una de las grandes tendencias de este año. Si hace unas temporadas ya se estaba apostando muy fuerte por los monos, los conjuntos de dos piezas son ahora mismo su gran sustituto. Si ya lo juntamos con el Pantone de estos últimos meses, en tonos pastel, conseguimos la mezcla perfecta. Los colores pastel en verde, beige y rosa crean la combinación perfecta para que esta tendencia por duplicado no se nos haga demasiado estomagante. Para el dos piezas vale todo, cuenta con todas las combinaciones



Monki

Este verano lo que se lleva es ver doble



Shein

posibles. El *total look* llega hasta nuestras cabezas. Lo importante es no fallar en la tonalidad y que las dos prendas sean exactamente del mismo color. Este verano se lleva ver doble. Las mejores propuestas, como siempre, se encuentran en nuestra selección de la quincena. En esta ocasión el precio, diseño y tendencia han sido las claves para la elección.

Asos

En poliuretano —un material que imita al cuero, pero no

utiliza animales para su fabricación— son estas dos prendas que propone la marca británica. El corte de la camisa y los shorts ha sido lo que nos ha hecho decantarnos por esta propuesta. Se pueden llevar sueltos, pero ya hemos dejado claro que lo que nos gusta es la combinación. La camisa cuesta 34,99 euros y el pantalón 24,99. Se puede adquirir a través de su [web en este enlace](#).

Monki

Ya lo anunciábamos. La tendencia va de la cabeza a los pies. Esta propuesta de Monki con una gorra que hace honor a la astrología nos parece la mejor forma de asumir esta tendencia en un *look* veraniego. La marca, de momento, no tiene tienda física en España, pero su tienda *online* funciona a la perfección. Se puede comprar, por 30 euros el vestido y 15 la gorra, a través de [este enlace](#).

Shein

También vale en formato de falda con camisa. Con buen color en verano, tras pasar unos días en la playa, creemos que este conjunto va a ser de lo más favorecedor de estos próximos meses de calor. Además, lo que más conquista —siempre— de todas las propuestas de Shein es el precio. Por tan sólo 15 euros se pueden adquirir las dos piezas, en [este enlace](#).

APP Cuidaven® (y es GRATIS)

Dispositivos venosos al cuidado de una app enfermera

EUROPA PRESS. Madrid

Enfermeros del Hospital Regional Universitario de Málaga han desarrollado una aplicación móvil para el cuidado de los dispositivos venosos que ofrece recomendaciones para pacientes portadores de estos dispositivos y también para profesionales, para el mejor manejo de los catéteres venosos periféricos, centrales o de los reservorios subcutáneos.

Denominada *Cuidaven*, nace con el objetivo de integrar el conocimiento enfermero sobre el cuidado de los dispositivos venosos para disminuir las complicaciones asociadas al uso de los mismos.

Asimismo, pretende mejorar las competencias de las enfermeras, promover la educa-

ción sanitaria y la seguridad del paciente de las personas portadoras de dispositivos venosos, y mejorar su satisfacción, conocimiento y calidad de vida, han precisado desde

la Junta de Andalucía en un comunicado.

Málaga

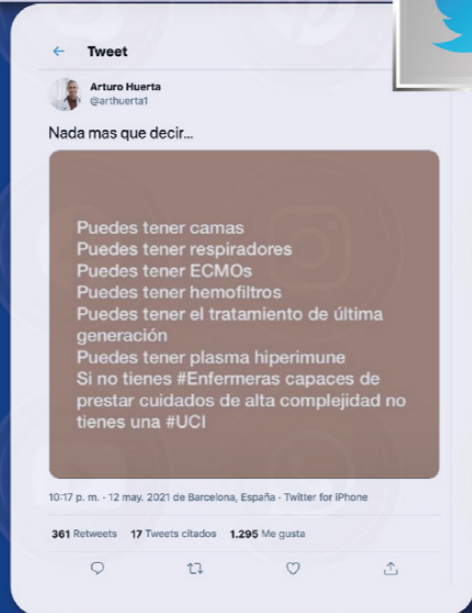
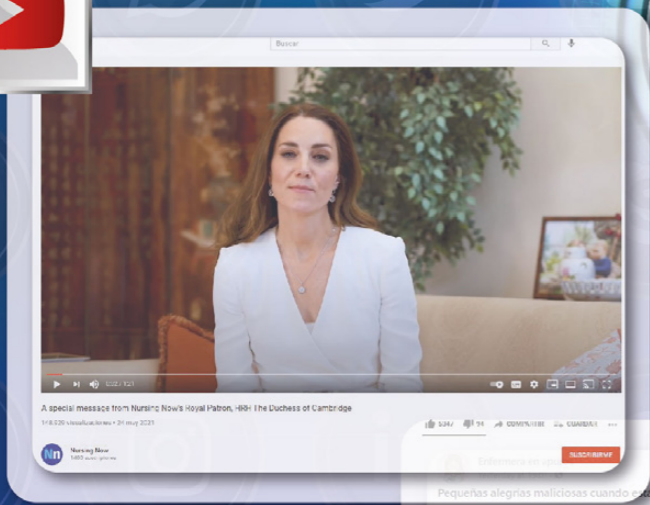
Este proyecto ha contado con la participación de numerosos profesionales de la provincia de Málaga. Liderado por el enfermero del Hospital Regional de Málaga Jesús Bujalance, han participado 37 profesionales de distintas categorías y centros de la provincia.

Actualmente las personas buscan información constantemente en Internet sobre cómo cuidarse los catéteres, y cada vez hay más personas que portan estos dispositivos en domicilio, por lo que esperamos que sea una herramienta muy útil para los pacientes”, ha enfatizado el enfermero especialista.

Cuidaven, por tanto, nace para ser utilizada tanto por profesionales como por pacientes.



LO + VIRAL



ENFERMERÍA CIENTÍFICA

Enfermería Científica es un apartado específico dentro de Enfermería Facultativa, dedicado a los trabajos de investigación cuantitativa, cualitativa y mixta, artículos de revisión, u opinión, casos clínicos, trabajos de innovación en la práctica clínica y demás artículos referentes al campo profesional de la enfermería, que contribuyan al desarrollo de la profesión en cualquiera de sus actividades.

■ Número 1

■ MAYO 2021



SUMARIO

Desarrollo y Evaluación Psicométrica de la Versión Española de la Escala de Preparación para el Cuidado 54

La salud en los refugiados: estudio de necesidades en Atención Primaria 64

Desarrollo y Evaluación Psicométrica de la Versión Española de la Escala de Preparación para el Cuidado

Belén Gutiérrez-Baena Candidata PhD¹
Carmen Romero-Grimaldi PhD^{2,3}

¹ Centro de Estudios de Formación Profesional "María de Madariaga, Salus Infirmorum" Cádiz, España

² Centro de Estudios Universitarios "Salus Infirmorum," adscrita a la Universidad de Cádiz, Cádiz, España

³ Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

Correspondencia: Carmen Romero-Grimaldi, Facultad de enfermería "Salus Infirmorum," Universidad de Cádiz, Calle Ancha, 29, 11001 Cádiz, España.

Email: carmen.grimaldi@uca.es

Financiación: Esta investigación no recibió ninguna subvención específica.

Acceder al texto completo y original:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.732>

Resumen: Propósito. Evaluar las propiedades psicométricas de la versión en español de la Escala de Preparación del Cuidador (EPC) y medir el nivel de preparación de los cuidadores.

Diseño: Estudio descriptivo y de validación.

Método: Se utilizó el método de muestreo intencional para seleccionar a 171 cuidadores familiares en España. La escala se adaptó transculturalmente a través de un proceso que incluyó traducción, comparación con versiones en otros idiomas y traducción inversa, revisión, pruebas previas y pruebas de validez y confiabilidad.

Resultados: Los cuidadores familiares españoles son mayoritariamente mujeres (79%) y casadas (75%). La versión en español de la EPC presenta cambios con respecto a la original. El análisis factorial confirmatorio apoyó el modelo de un solo factor. El análisis de consistencia interna arrojó un α de Cronbach de 0.89. Las correlaciones significativas ($p < 0.01$) con otras escalas apoyaron la validez convergente. Un análisis descriptivo de la escala validada mostró niveles medios de preparación (2.16 sobre 4). Los cuidadores se sintieron mejor preparados para atender las necesidades físicas del paciente que las emocionales o espirituales.

Palabras clave: cuidadores familiares, desarrollo de instrumentos, preparación, enfermería.

1. INTRODUCCIÓN

Cuidar de forma permanente a una persona con alto grado de dependencia tiene consecuencias negativas, como el estrés o la sobrecarga. A pesar de su importancia, la calidad del cuidado y la preparación para el cuidado han sido poco estudiados. "The Caregiver Preparedness Scale (CPS)" fue diseñada para medir la preparación del cuidador en el hogar (Archbold, Stewart, Grenlick & Harvath, 1990) y se ha demostrado que es un instrumento con excelentes propiedades psicométricas (Schumacher, Stewart & Archbold, 2007). La creación de esta escala tenía como objetivo abordar una brecha en la literatura sobre la influencia de la reciprocidad y la preparación en el papel del cuidador.

1.1. Antecedentes

Según el Instituto Nacional de Estadística, en España el 29.93% de la población mayor de 64 años se encuentra en situación de dependencia. Además, el 89.4% de las personas que necesitan cuidados reciben apoyo informal (Rogero, 2009). Las políticas existentes en nuestro país se basan en mantener a estas personas en casa el mayor tiempo posible y revelar a la familia como núcleo habitual de convivencia (Bóvalo, 2010).

En muchos casos, el cuidador carece de la formación necesaria para cuidar a otra persona. En España como en otros países, no existe una formación teórico-práctica específica. Situaciones como el desconocimiento de la evolución de la enfermedad, la sensación de soledad y el cansancio físico y emocional se señalan como los principales inconvenientes que sufren los cuidadores (López et al., 2009). En relación con la formación de los cuidadores, se ha descrito una mayor preparación asociada a una mejor salud mental y menos estrés en el rol de cuidador (Yang, Liu & Shyu, 2014). Por otro lado, la preparación insuficiente del cuidador disminuye la calidad de la relación y aumenta el estrés experimentado por el cuidador (Schumacher et al., 2007).

En nuestro contexto, existen instrumentos validados para medir diferentes aspectos de las circunstancias relacionadas con el cuidado. Sin embargo, la capacidad de aplicar cuidados rara vez se evalúa con métodos cuantitativos. Un instrumento para evaluar la formación de un cuidador es la CPS, creada por Patricia Archbold en EE. UU. para medir el nivel de preparación de los cuidadores. Su validación inicial presentó valores de confiabilidad de 0.86 (Archbold et al., 1990). Posteriormente, se probaron diferentes versiones de la escala, que también demostraron valores óptimos de consistencia interna de 0.90, 0.94 y 0.88 (Henriksson, Andershed, Benzein, & Årestedt, 2012; Pucciarelli et al., 2014; Ugur, Elçigil, Aslan, & Paçal, 2017, respectivamente). El análisis factorial exploratorio (AFE) de Archbold con 78 cuidadores explicó el 50% de la varianza y estableció un único factor (Archbold et al., 1990). A través del análisis factorial confirmatorio (AFC), Hudson apoyó la existencia de un factor único con 106 cuidadores australianos que explicaba el 66,7% de la varianza (Hudson & Hayman-White, 2006). Posteriormente, Henriksson et al. y Pucciarelli et al. corroboraron el aspecto unidimensional de la escala con muestras de 125 y 156 cuidadores, respectivamente (Henriksson, Andershed, & Benzein, 2011; Pucciarelli et al., 2014). Se han utilizado versiones adaptadas de la escala original y la propia escala original para evaluar la capaci-

dad de los cuidadores de pacientes con cáncer (Hudson & Hayman-White, 2006), enfermedad de Parkinson (Carter, Lyons, Stewart, Archbold & Scobee, 2010), pacientes que han sufrido accidentes cerebrovasculares (Pucciarelli et al., 2017), cirugía cardíaca (Kneeshaw et al., 1999), enfermedades potencialmente mortales (Henriksson et al., 2012) e insuficiencia cardíaca (Petruzzo et al., 2017). Finalmente, se ha demostrado su utilidad en la distinción entre cuidadores bien preparados y aquellos que no lo están (Henriksson et al., 2015).

El **objetivo** de este estudio fue adaptar transculturalmente la CPS al idioma español y evaluar sus propiedades psicométricas en una muestra de cuidadores familiares españoles y medir el nivel de preparación para brindar atención a las personas dependientes.

2. METODOLOGÍA

Diseño descriptivo, transversal y de validación psicométrica. Los datos se recopilaron entre noviembre de 2018 y junio de 2019 en Cádiz (España).

Fase 1: Adaptación transcultural y pruebas previas

La versión original en inglés fue traducida al español por dos traductores independientes. Se recomienda que un traductor conozca los objetivos del estudio para ofrecer confiabilidad en la medición prevista y que el otro traductor no conozca estos objetivos para obtener significados inesperados de la escala original (Hendricson et al., 1989). Por lo tanto, una traducción fue realizada por un enfermero multilingüe experto en metodología de enfermería quien fue informado de los objetivos de la investigación y la otra por un traductor profesional sin conocimientos de enfermería y los objetivos del estudio. Las dos traducciones directas fueron discutidas conjuntamente por los investigadores para detectar errores e interpretaciones divergentes de los ítems (Escobar-Bravo, 2004) y obtener una versión definitiva de las traducciones.

La versión final se verificó mediante pruebas previas para detectar errores y desviaciones en la traducción y asegurar que el idioma utilizado se adaptaba a la población objetivo de la escala (Guillemin et al., 1993). Se pidió a diez personas que cumplieran con los criterios de inclusión que identificaran cualquier ítem ambiguo o difícil de entender y examinaran las instrucciones.

Fase 2: Evaluación psicométrica

Se utilizaron los programas SPSS 21.0 y AMOS 26.0 para el análisis estadístico. Un valor de p menor de 0.05 se consideró estadísticamente significativo. Las características de la muestra se analizaron mediante análisis de frecuencia. La validez de constructo se evaluó mediante el AFE y la factorización mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett (Polit, 2010).

Se utilizó el AFC para probar la estructura factorial de la escala. Hoyle (1995) y Kline (2016) recomiendan utilizar al menos cuatro índices de ajuste. En nuestro estudio hemos analizado los siguientes: Chi cuadrado que establece un ajuste aceptable si el valor de $2 / gl$ está entre 2 y 5 (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1999); índice de ajuste comparativo (IAC); ín-

dice incremental de Tucker y Lewis (ITL); el índice de bondad de ajuste (IBA), donde los valores ≥ 0.90 se consideran adecuados (Bentler, 1990); y la raíz cuadrática media estandarizada residual (RMER), para la cual valores < 0.08 indican un buen ajuste del modelo (Jöreskog & Sörbom, 1993).

Para probar la consistencia interna del cuestionario, se han seguido las recomendaciones de Fornell y Larcker (1981). Se eliminaron los elementos con un valor de α de Cronbach < 0.70 (Tabachnick, Fidell & Ullman, 2007). Calculamos la correlación ítem-total, cuyo valor debe ser mayor a 0.30 (Field, 2013). La validez convergente se evaluó correlacionando las puntuaciones de la EPC con las versiones en español de otras escalas utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. Finalmente, se aplicó estadística descriptiva y análisis de frecuencia para analizar cada ítem de la escala validada y los resultados de los participantes.

2.1. Participantes

Estudio de muestreo no probabilístico (conveniencia). La muestra incluye 171 cuidadores familiares. Criterios de inclusión: mayor de 18 años, nacionalidad española, sin deterioro cognitivo, que prestara su consentimiento por escrito, personas que cuidan de un familiar con grado de dependencia moderado, grave o total según el Índice de Barthel (Cid & Damián, 1997). Se excluyeron a los profesionales sanitarios.

2.2. Instrumentos

La EPC incluye ocho ítems (apéndice). Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 5 puntos desde 0 (nada preparado) - 4 (muy bien preparado). La puntuación total varía de 0 a 32, donde una puntuación más alta significa una mejor preparación. Se eligió formato autoadministrado. Los datos fueron recolectados a través de dos instrumentos diferentes: un cuestionario de variables sociodemográficas y la EPC. Para evaluar la validez convergente se utilizaron las versiones en español de la Escala de Resiliencia Connor-Davidson de 10 ítems (CD-RISC de 10 ítems; Notario et al., 2011) y la Entrevista de Carga del Cuidador (Zarit; Martin et al., 1996).

2.3. Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el comité ético de investigación clínica de Cádiz. Todos los participantes fueron informados sobre el propósito del estudio y la confidencialidad de los datos y firmaron el consentimiento informado antes de participar.

3. RESULTADOS

3.1. Fase 1: Adaptación transcultural de la escala

3.1.1. Escala adaptada transculturalmente y pruebas previas

Las traducciones directas de ambos traductores autónomos fueron equivalentes. Las pruebas previas revelaron que los cuidadores no entendían la redacción del ítem 5 y que los ítems 3 y 5 tenían un significado similar. Incluyeron en el ítem 7 el sistema social de salud en lugar de preguntar solo sobre el sistema de salud. Además, expresaron la necesidad de preguntar

sobre las necesidades espirituales del paciente. El ítem 3 se eliminó de la escala original y se introdujo la necesidad espiritual. También se modificó la redacción del ítem 5. En la traducción inversa, el comité de revisión no detectó diferencias semánticas en el resto de ítems, lo que aseguró la equivalencia semántica de la versión española. Los enfermeros que participaron en las pruebas preliminares avalaron la comprensión de la versión en español de la escala.

3.1.2. Características sociodemográficas de la muestra

La mayoría eran mujeres (79%), con una edad comprendida entre los 55 y los 64 años (40%) y casadas (75%). Tenían un nivel educativo de primaria (33%), secundaria (38%) o universitario (19%). Una parte considerable de la muestra estaba empleada (37%) o eran amas de casa (36%). Más de la mitad de la muestra eran hijas al cuidado de sus padres (52%). En el 63% de los casos los cuidadores convivían con la persona dependiente (Tabla 1).

3.2 Fase 2: Evaluación psicométrica

3.2.1. Validez de constructo

La validez de constructo se evaluó mediante el AFE. La significancia de la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 780.790$; $gl = 28$; $P < 0.001$) y el tamaño de la medida KMO de adecuación muestral ($KMO = 0.88$) revelaron una varianza adecuada en los ítems de EPS para realizar el AFE (Tabachnick & Fidel, 2001). El promedio de todos los puntos en común extraídos fue de 0.59 (4.725 / 8). El gráfico de sedimentación reveló una solución de un factor (Figura 1). La versión en español de la escala explica el 59% de la varianza total, superior al nivel del 50% recomendado por Fornell y Larcker (1981). El AFE mostró que las cargas factoriales variaron entre 0.577-0.902 (Tabla 2). Estos valores demostraron que el tamaño de la muestra fue suficiente para realizar el análisis factorial.

El AFC confirmó la existencia de un solo factor (Figura 2). El modelo mostró resultados apropiados para los índices de ap-

TABLA 1

Características Sociodemográficas de los cuidadores familiares (N = 171)

Características			
Rango de edad		Parentesco	
< 45	19 (11)	Madre/ Padre	30 (17)
45-54	44 (26)	Hijo/ Hija	90 (52)
55-64	69 (40)	Hermano/ hermana	10 (9)
65-75	24 (14)	Esposo/ esposa	28 (16)
> 75	16 (9)	Nuera/ Yerno	8 (5)
Género		Otros	6 (3)
Masculino	36 (21)	Renta (euros)	
Femenino	136 (79)	< 501	14 (8)
Marital Status		501-1000	65 (38)
Casado	129 (75)	> 1000	91 (53)
Soltero	26 (15)	Convivencia	
Viudo	9 (5)	Si	109 (63)
Divorciado	4 (2)	No	63 (37)
En pareja	4 (2)	Horas/ día cuidando	
Nivel educativo		2-8	52 (30)
Sin estudios	17 (10)	9-13	42 (24)
Primarios	56 (33)	≥ 14	78 (45)
Secundarios	66 (38)	Años cuidando	
Universitarios	33 (19)	0-2	35 (20)
Situación Laboral		3-5	61 (35)
Empleado	64 (37)	6-10	33 (19)
Jubilado	26 (15)	> 10	43 (25)
Desempleado	20 (12)		
Ama de casa	62 (36)		

FIGURA 1

Gráfico de sedimentación

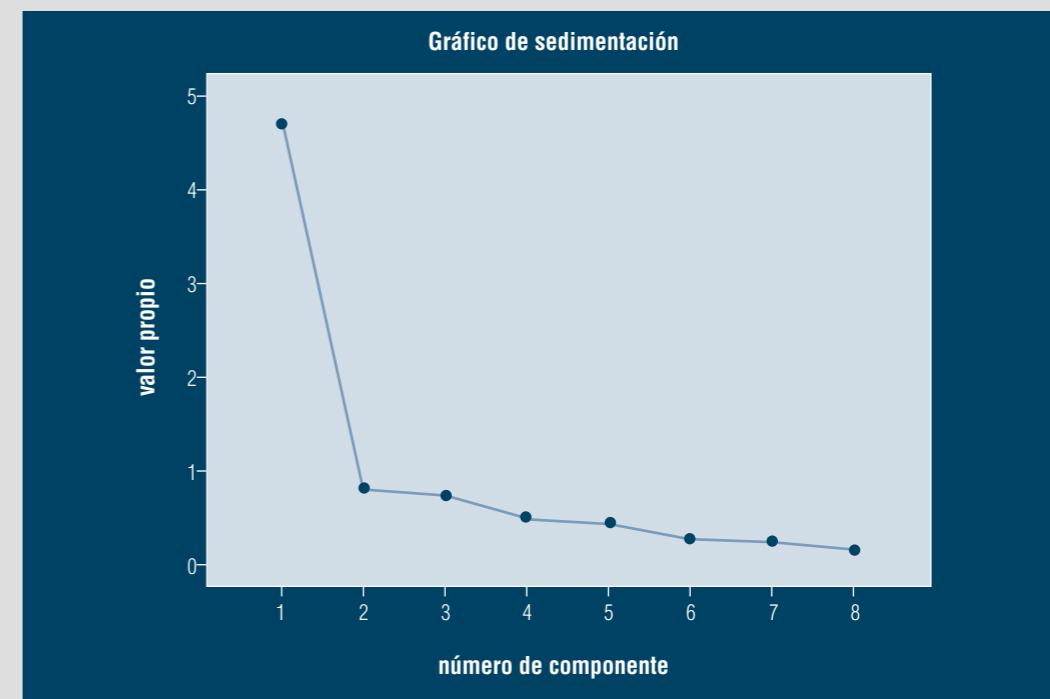


TABLA 2

Consistencia interna, fiabilidad y cargas factoriales de los componentes principales de la EPC en cuidadores familiares (N = 171)

ÍTEMS	IRI	r_{jx}	$\alpha-X$	Cargas
1. ¿Cómo de preparado se siente para atender las necesidades físicas de su familiar?	0.64	0.712	0.877	0.806
2. ¿Cómo de preparado se siente para atender las necesidades emocionales de su familiar?	0.64	0.776	0.871	0.837
3. ¿Cómo de preparado se siente para atender las necesidades espirituales de su familiar?	0.36	0.484	0.902	0.577
4. ¿Cómo de preparado se siente para afrontar el estrés que implica el cuidado de otra persona?	0.59	0.707	0.877	0.796
5. ¿Cómo de preparado se siente para llevar a cabo los cuidados de forma agradable para usted?	0.61	0.705	0.877	0.790
6. ¿Cómo de preparado se siente para responder y gestionar las emergencias que le puedan surgir a su familiar?	0.45	0.624	0.885	0.711
7. ¿Cómo de preparado se siente para conseguir la información y ayuda necesaria que su familiar necesita desde el sistema sociosanitario?	0.41	0.587	0.888	0.682
8. En general, ¿Cómo de preparado se siente para cuidar a su familiar?	0.77	0.845	0.865	0.902

Abreviaturas: IRI, índice de fiabilidad del ítem; r_{jx} , correlación total del ítem; $\alpha-X$, alfa de Cronbach sin el ítem.

titud física excepto chi-cuadrado ($X^2(20, N = 171) = 80.2, p < 0.001$; IAC = 0.92; ITL = 0.90; IBA = 0.90; RMER = 0.059). Un análisis más detallado de las tasas de modificación de error demostró que los ítems 2 y 3 están estrechamente relacionados.

3.2.2. Análisis de fiabilidad

Todos los ítems contribuyen a la escala (Tabla 2). Los coeficientes del índice de confiabilidad del ítem y la correlación total del ítem (r_{ix}) fueron superiores al nivel recomendado 0.30 (Field, 2013). El α de Cronbach fue de 0.89. La eliminación de cualquier elemento de la escala no mejoró la confiabilidad de la escala. La inclusión del ítem 3 produjo un ligero aumento no significativo en el valor de α . Se considera que estos resultados indican una buena fiabilidad del instrumento (Hair et al., 1999).

3.2.3. Validez convergente

Las correlaciones entre las puntuaciones de la EPC, CD-RISC de 10 ítems y el cuestionario de Zarit demuestran que la escala presenta validez convergente. Las correlaciones fueron en las direcciones esperadas y fueron estadísticamente significativas ($p < 0.01$), con un rango de -0.285 (entre EPC y Cuestionario de Zarit) a 0.525 (entre EPC y CD-RISC de 10 ítems). Por lo tanto, una puntuación alta en la EPC se asoció con bajos niveles de carga y altos niveles de resiliencia del cuidador.

3.3. Fase 3: Análisis descriptivo de los ítems de la EPC

Las tablas 3 y 4 presentan el análisis descriptivo y de frecuencias de la EPC. La estadística muestra un grado medio de preparación del cuidador, con la puntuación media de los ítems entre 2.16 (rango 0-4) para el ítem 4 y 2.79 para el ítem 6. Todos los ítems se encontraban dentro de los límites normales de asimetría y curtosis (Groeneveld & Meeden, 1984).

El promedio de la puntuación total de la escala en nuestra muestra fue 20.19 (DE 6.2). El porcentaje más alto de la distribución de frecuencias cayó alrededor de una puntuación de 2 (mínimamente preparado) y 3 (bien preparado). El ítem 3 mostró el mayor porcentaje de respuestas de 0. Los porcentajes más altos de los cuidadores que respondieron 4 (muy bien preparados) en algunos de los ítems lo hicieron en el ítem 1. Tabla 3 Estadística descriptiva de los ítems de la EPC en cuidadores familiares (N = 171)

4. DISCUSIÓN

El perfil del cuidador es mujer (> 55%), casada (> 60%), con nivel de estudios primarios, desempleada, con escasos ingresos económicos, convive con la persona a la que cuida y que, además, también realiza tareas del hogar. Los resultados de nuestro estudio corroboran los de estudios anteriores (Petruzzo et al., 2017; Pucciarelli et al., 2014). En nuestra muestra, el 79% de los cuidadores son mujer, casada (75%), desempleada o ama de casa (48%) y, en el 63% de los casos, vive con la persona que cuida. Sin embargo, nuestra muestra presenta un número significativo de sujetos con estudios secundarios (38%) y universitarios (19%) y más de la mitad de la muestra (53%) tiene una renta superior a los 1.000 euros. Este nivel de oportunidad económica, contrariamente a estudios previos (Ruiz-Adame et al., 2017), apoya la idea de que el perfil socioeconómico del cuidador podría estar cambiando en los últimos años a medida que los cuidadores mantienen un empleo además de desempeñar su rol de cuidador (Alpass, Keeling, Allen, Stevenson & Stephens, 2017).

El panel de expertos determinó la necesidad de abordar la espiritualidad. Por lo tanto, incluimos este aspecto del cuida-

	Media	DE	Asimetría	Curtosis
Ítem 1	2.66	1.04	-0.55	-0.41
Ítem 2	2.41	1.01	-0.69	0.47
Ítem 3	2.29	1.20	-0.57	-0.66
Ítem 4	2.16	1.09	-0.46	-0.50
Ítem 5	2.54	1.00	-0.73	0.38
Ítem 6	2.79	0.93	-1.01	1.07
Ítem 7	2.70	0.99	-0.90	0.62
Ítem 8	2.64	0.94	-0.90	0.93

Abreviatura: DE, desviación estándar.

do, que no había sido explorado en versiones anteriores. La espiritualidad es importante para el bienestar de la persona dependiente (Özdemir, Do an & Atayo lu, 2020) y la dimensión religiosa puede afectar positivamente la capacidad de afrontar experiencias traumáticas (Stratta et al., 2013) y transformar el acto de cuidar en una experiencia gratificante (Lalani, Duggleby & Olson, 2018). Un adecuado cuidado espiritual mejora la calidad de vida e influye positivamente en el afrontamiento de una enfermedad tanto en el paciente como en los familiares (Bermejo, Lozano, Villaceros, & Gil, 2013). En nuestra muestra, uno de cada cuatro cuidadores afirmó no estar del todo prepa-

rado o no muy bien preparado para atender las necesidades espirituales de su familiar y por lo tanto puede que no esté satisfaciendo estas necesidades. Teniendo esto en cuenta, planteamos que los cuidadores no solo deben tratar de identificar a quienes necesitan atención emocional, sino que deben capacitarse en estas áreas para atender las necesidades espirituales si son demandadas por quienes cuidan.

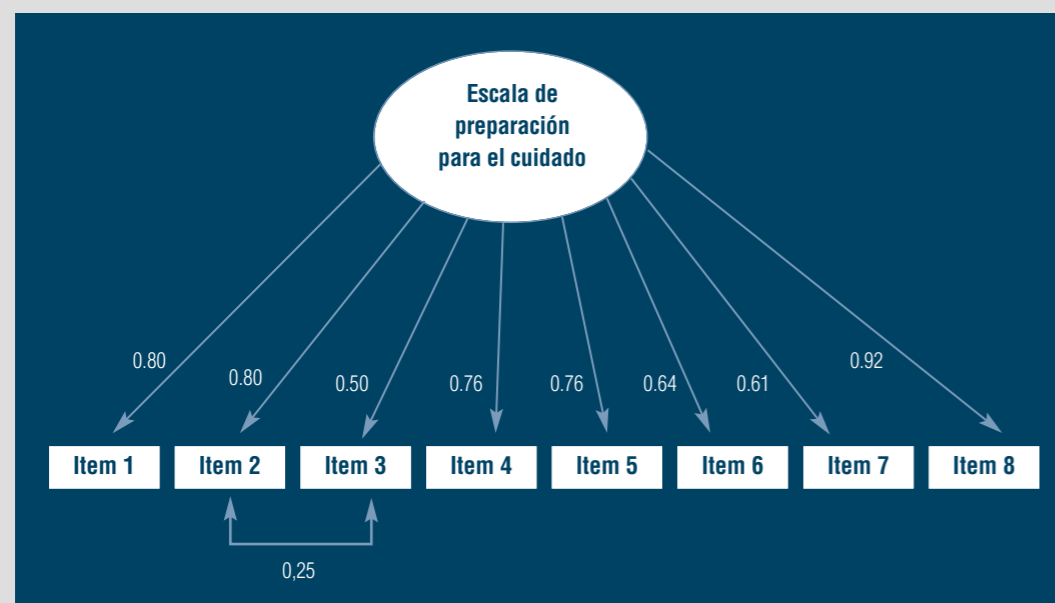
Al igual que con la escala original (Archbold et al., 1990) y otras versiones se ha confirmado la existencia de un único factor en la escala (Figura 1). La escala explica el 59% de la varianza total, un valor muy similar al de estudios anteriores

Ítems	Puntuación ítem, % ^a				
	0	1	2	3	4
Ítem 1	2.3	14.0	20.3	41.3	21.8
Ítem 2	5.8	11.6	27.3	45.3	9.3
Ítem 3	11.6	14.0	19.8	42.4	11.6
Ítem 4	9.9	15.1	30.8	36.6	7.0
Ítem 5	5.2	7.6	28.5	44.2	14.0
Ítem 6	2.9	7.6	15.7	54.7	18.6
Ítem 7	4.1	8.1	19.2	50.0	18.0
Ítem 8	4.1	6.4	24.4	51.2	13.4

^a Opciones de respuesta: 0 = nada preparado, 1 = no muy bien preparado, 2 = mínimamente preparado, 3 = bien preparado; 4 = muy bien preparado.

FIGURA 2

Análisis factorial confirmatorio de la versión española de la CPS en cuidadores familiares



(Petruzzo et al., 2017, Pucciarelli et al., 2014 y Ugur et al., 2017) y por encima del nivel recomendado del 50% (Sencan, 2005). Por lo tanto, podemos afirmar que todos los ítems miden características de un mismo constructo.

Se evaluó la consistencia interna de la escala mediante el valor de Cronbach, obteniendo un valor de 0.89. Se considera que los valores superiores a 0.70 indican una fiabilidad aceptable (Streiner, 2003). Las validaciones anteriores también demostraron valores alpha adecuados, ($\alpha = 0.91$; Petruzzo et al., 2017) y ($\alpha = 0.88$; Henriksson et al., 2012). Al eliminar cualquier ítem, el alpha disminuyó significativamente ($\alpha \leq 0.89$), mostrando que todos los ítems contribuyen a la escala.

Planteamos la hipótesis de que, si la EPC mide la preparación, los cuidadores que obtuvieron una puntuación alta en la escala obtendrán una puntuación alta en el CD-RISC de 10 ítems y baja en el cuestionario de Zarit. Nuestros resultados apoyan esta hipótesis. Solo dos grupos de investigación han abordado el estudio de la validez convergente (Henriksson et al., 2012; Petruzzo et al., 2017). Estos resultados indican que la EPC puede correlacionarse con otros aspectos como la resiliencia o la sobrecarga que pueden experimentar los cuidadores.

El análisis descriptivo de los ítems muestra una puntuación media de respuesta de 2.52 (rango 0-4). En estudios anteriores se obtuvieron valores más bajos (2.11 y 1.93), lo que indica un menor nivel de preparación (Petruzzo et al., 2017; Pucciarelli et al., 2014). En cuanto al análisis de frecuencia, cabe destacar que uno de cada cuatro cuidadores reconoció no estar nada preparado o no muy bien preparado para afrontar el estrés que implica el cuidado y solo el 7% manifestó estar altamente preparado. El estrés del cuidador está relacionado con la capacidad de cuidar, que disminuye cuando aumenta el estrés (Copetti et al., 2019). Como se mencionó anteriormente, los cuidadores expresan que no pueden manejar adecuadamente las necesidades emocionales o espirituales. Sin embargo, el 63% de los encuestados se sentían preparados o muy bien preparados para afrontar las necesidades físicas de las personas a las que cuidaban y más del 70% se sentían capaces de gestionar emergencias. Por tanto, podemos inferir que los cuidadores abordan mejor los aspectos objetivos del cuidado que los subjetivos. No obstante, teniendo en cuenta que la mayoría de los cuidadores no tienen una formación previa en el cuidado, se recomienda ampliar los conocimientos tanto para abordar las necesidades físicas como para el manejo del estrés.

Las diferentes versiones de la CPS se han aplicado para determinar el nivel de conocimiento de los cuidadores de pacientes con diversas patologías. Nuestro estudio incluye cuidadores de pacientes con patologías muy heterogéneas. Aunque esto puede ser una limitación, el hecho de que todos los pacientes tengan índices de Barthel bajos (gran dependencia) indica que todos necesitaron cuidados la mayor parte del día. Además, nuestra adaptación de la CPS demostró validez y fiabilidad, lo que indica que la escala puede ser útil para la población general de cuidadores independientemente del tipo de cuidado que prestan. El profesional sanitario podría utilizarlo en la práctica clínica para identificar el nivel de preparación del cuidador familiar y, en el caso de cuidadores con un bajo nivel de preparación, establecer intervenciones

específicas y mejorar la sobrecarga del cuidador a la vez que aumentamos la calidad del cuidado y la seguridad del paciente en domicilio.

5. CONCLUSIÓN

Los valores bajos en la escala indican que los cuidadores informaron de poca preparación para el cuidado. La EPC es un instrumento válido, fiable y útil para medir el nivel de preparación de los cuidadores en el ámbito español.

6. REFERENCIAS

- Alpass, F., Keeling, S., Allen, J., Stevenson, B., & Stephens, C. (2017). Reconciling work and caregiving responsibilities among older workers in New Zealand. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 32(3), 323–337. <http://doi.org/10.1007/s10823-017-9327-3>
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*, 13(6), 375–384. <https://doi.org/10.1002/nur.4770130605>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)* 25(24), 3186–3191.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238–246. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>
- Bermejo, J. C., Lozano, B., Villacieros, M., & Gil, M. (2013). Medicina paliativa de los usuarios: Valoración y vivencia de los usuarios. *Medicina Paliativa*, 20(3), 93–102. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2012.05.004>
- Bódalo, E. (2010). Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. *Portularia*, 10(1), 85–97. <https://doi.org/10.5218/prts.2010.0007>
- Carter, J. H., Lyons, K. S., Stewart, B. J., Archbold, P. G., & Scobee, R. (2010). Does age make a difference in caregiver strain? Comparison of young versus older caregivers in early stage Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 25(6), 724–730. <http://doi.org/10.1002/mds.22888>
- Cid, J., & Damián, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127–137.
- Coppetti, L. C., Girardon-Perlini, N. M. O., Andolhe, R., Silva, L. M. C., Dapper, S. N., & Noro, E. (2019). Caring ability, burden, stress and coping of family caregivers of people in cancer treatment. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1541–1546. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0605>
- Escobar-Bravo, M. A. (2004). Adaptación transcultural de instrumentos de medida relacionados con la salud (Cross-cultural adaptation of health-related measuring instruments). *Enfermería Clínica* 14(2), 102–106.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. New York: SAGE.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement. *Marketing Research*, 18(1), 39–51. <https://doi.org/10.1177/002224378101800104>

- Groeneveld, R. A., & Meeden, G. (1984). Measuring skewness and kurtosis. *Journal of the Royal Statistical Society: Series D (The Statistician)*, 33(4), 391–399.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, 46(12), 1417–1432.
- Gutiérrez, B., & Romero-Grimaldi, C. (2018). En la Salud y en la Enfermedad: El relato de una cuidadora. *Archivos de la Memoria*. 15. Retrieved from <http://ciberindex.com/c/am/e01516>
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1999). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Hendricson, W. D., Russel, I. J., Jacobson, J. M., Rogan, H., Bishop, G. D., & Castillo, R. (1989). Development and initial validation of a dual language English-Spanish format for the Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis and Rheumatism* 32, 1153–1159.
- Henriksson, A., Andershed, B., Benzein, E., & Årestedt, K. (2012). Adaptation and psychometric evaluation of the Preparedness for Caregiving Scale, Caregiver Competence Scale and Rewards of Caregiving Scale in a sample of Swedish family members of patients with life-threatening illness. *Palliative Medicine*, 26(7), 930–939. <https://doi.org/10.1177/0269216311419987>
- Henriksson, A., & Årestedt, K. (2013). Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: A correlational, cross-sectional study. *Palliative Medicine*, 27(7), 639–643. <https://doi.org/10.1177/0269216313486954>
- Henriksson, A., Hudson, P., Ohlen, J., Thomas, K., Holm, M., Carlander, I., ... Årestedt, K. (2015). Use of the Preparedness for Caregiving Scale in palliative care: A Rasch evaluation study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(4), 533–541. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.04.012>
- Hernández, M. A., Fernández, M. J., Blanco, M. A., Alves, M. T., Fernández, M. J., Souto, A. I., ... Clavería Fontán, A. (2019). Depresión y sobrecarga en el cuidado de personas mayores. *Revista Española de Salud Pública*, 93, 1–10.
- Hoyle, R. H. (1995). *Structural equation modeling: Concepts, issues and applications*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Hudson, P. L., & Hayman-White, K. (2006). Measuring the psychosocial characteristics of family caregivers of palliative care patients: Psychometric properties of nine self-report instruments. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(3), 215–228. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.07.010>
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago: Scientific Software International.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.
- Kneeshaw, M. F., Considine, R. M., & Jennings, J. (1999). Mutuality and preparedness of family caregivers for elderly women after bypass surgery. *Applied Nursing Research*, 12(3), 128–135. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(99\)80034-2](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(99)80034-2)
- Lalani, N., Duggleby, W., & Olson, J. (2018). Spirituality among family caregivers in palliative care: An integrative literature review. *International Journal of Palliative Nursing*, 24(2), 80–91.
- López, M. J., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J., & Alonso, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Re-*

- vista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332–334. <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2009000200004>
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P., & Taussing, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista multidisciplinar de Gerontología*, 6(4), 338–346.
- Notario, B., Solera, M., Serrano, M. D., Bartolomé, R., García, J., & Martínez, V. (2011). Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-63>
- Özdemir, F., Do an, S., & Atayo lu, A. T. (2020). Psychosocial problems of family caregivers of palliative care patients and their spiritual coping styles. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 1–6. <https://doi.org/10.1111/ppc.12479>
- Petruzzo, A., Paturzo, M., Buck, H. G., Barbaranelli, C., Agostino, F. D., Ausili, D., ... Vellone, E. (2017). Psychometric evaluation of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of adults with heart failure. *Research in Nursing & Health*, 40(5), 470–478. <https://doi.org/10.1002/nur.21811>
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and Data Analysis for Nursing Research*, 2nd ed. Pearson, Upper Saddle River.
- Pucciarelli, G., Savini, S., Byun, E., Simeone, S., Barbaranelli, C., Vela, R. J., ... Vellone, E. (2014). Psychometric properties of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of stroke survivors. *Heart and Lung*, 43(6), 555–560. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.08.004>
- Roguero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española Salud Pública*, 83(3), 393–405.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (2007). Mutuality and preparedness moderate the effects of caregiving demand on cancer family caregiver outcomes. *Nursing Research*, 56(6), 425–433. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000299852.75300.03>
- Sencan H. (2005). Reliability and Validity in Social and Behavioral Measures. Ankara. *A Work Book* (in Turkish).
- Stratta, P., Capanna, C., Riccardi, I., Perugi, G., Toni, C., Dell'Osso, L., & Rossi, A. (2013). Spirituality and religiosity in the aftermath of a natural catastrophe in Italy. *Journal of Religion and Health*, 52(3), 1029–1037. <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9591-z>
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Personality Assessment*, 80(1), 99–103. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics*, 4th ed. Allyn and Bacon, Boston.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson.
- Ugur, O., Elçigil, A., Aslan, D., & Paçal, S. (2017). The psychometric properties of the Preparedness Scale of the family Care Inventory: The Turkish version. *International Journal of Caring Sciences*, 10(2), 657–668.
- Yang, C. T., Liu, H. Y., & Shyu, Y. I. (2014). Dyadic relational resources and role strain in family caregivers of persons living with dementia at home: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 593–602. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.09.001>

APÉNDICE

Escala de preparación para el cuidado

Sabemos que las personas pueden sentirse bien preparadas en algunos aspectos para cuidar de otra persona y no tan bien preparadas para hacerlo en otras facetas.

Nos gustaría saber cómo de preparado se siente para cada una de las siguientes cuestiones, incluso si no está realizando un cuidado de este tipo ahora mismo.

APÉNDICE

A continuación, le vamos a pedir que valore como de preparado se siente para:

	Nada preparado	No muy bien preparado	Mínimamente preparado	Bien preparado	Muy bien preparado
1. Atender las necesidades físicas de su familiar.	0	1	2	3	4
2. Cuidar de las necesidades emocionales de su familiar.	0	1	2	3	4
3. Atender las necesidades espirituales de su familiar.	0	1	2	3	4
4. Afrontar el estrés que implica el cuidado de otra persona.	0	1	2	3	4
5. Llevar a cabo los cuidados de forma agradable para usted.	0	1	2	3	4
6. Responder y gestionar las emergencias que le puedan surgir a su familiar.	0	1	2	3	4
7. Conseguir la información y ayuda necesaria que su familiar necesita desde el sistema sociosanitario.	0	1	2	3	4
8. En general, ¿cómo de preparado se siente para cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4



Dale un nuevo recorrido a tus artículos científicos

Publica en Enfermería Científica,
nueva sección de ENFERMERÍA FACULTATIVA

Máximo 6 autores
Hasta 3.000 palabras
Se admiten artículos ya publicados

Envía tu artículo a : instituto@consejogeneralenfermeria.org

Consulta las normas de publicación aquí.



La salud en los refugiados: estudio de necesidades en Atención Primaria

María Echegoyen Pedroarena

(Graduada en Enfermería. Centro de Salud de Aoiz)

Marcela Guerra Salvago

(Graduada en Enfermería. Complejo Hospitalario de Navarra)

Dirección de contacto: maria_bztn@hotmail.com

Fue publicado en el número 102 de la revista colegial Pulso (podéis verlo desde [aquí](#))

Resumen: Ante el gran aumento de número de refugiados en Navarra y la falta de formación de los profesionales sanitarios, este estudio tiene como finalidad identificar la bibliografía actual existente sobre las necesidades principales de salud de esta población en los centros de Atención Primaria a través de una revisión de la literatura. Los resultados obtenidos se han dividido en cuatro subapartados: las barreras de la población refugiada en el ámbito de salud, los problemas de salud más habituales, las intervenciones de acogida y promoción de salud que existen y la necesidad de investigación e intervenciones centradas en esta temática.

Se ha demostrado que la educación para la salud es una herramienta clave para la capacitación de la comunidad a través de intervenciones en Atención Primaria y Comunitaria. Los refugiados, como parte de la comunidad que son, requieren intervenciones que cubran sus necesidades de salud para romper así con las múltiples barreras que se encuentran en su país de acogida. Para poder atender de una manera integral a esta población es necesaria más investigación, que a su vez servirá de principal herramienta a los profesionales que quieran desarrollar intervenciones comunitarias.

Palabras clave: refugiados, Atención Primaria de Salud, Enfermería en Salud Comunitaria.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de toda la historia han existido conflictos políticos y sociales que provocan consecuencias en la sociedad como las hambrunas, las guerras, persecuciones, desplazamientos forzados y situaciones de pobreza... Precisamente por ello, hay muchas personas y familias que tienen que huir de su país para ser acogidos por otros. Ante este fenómeno, los países y organizaciones han tenido que prepararse para dar respuesta a este desafío y atender a la multitud de refugiados.

Así pues, los refugiados están siendo acogidos por los países desarrollados entre los cuales se encuentra España. Según la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR), en 2018 España se convirtió en la principal ruta de personas migrantes y refugiadas por mar a Europa, con más de 56.000 llegadas [1]. Ese mismo año, España batió de nuevo el récord de solicitudes de asilo con cerca de 54.065, siendo las procedencias más frecuentes Venezuela, Colombia y Siria [2,3].

El Gobierno de Navarra, junto con la Cruz Roja y la plataforma de acogida de Navarra, ha creado un protocolo de acogida para refugiados con el objetivo de ayudar a personas y familias procedentes de países en situación de conflicto.

En diversos municipios de Navarra existen viviendas sociales en los que se da acogida a refugiados en situaciones de riesgo. Precisamente a los Centros de Salud de cada zona les corresponde atender a todas estas personas y familias que proceden de Siria, Venezuela, Nigeria, Europa del Este... en su gran mayoría familias desestructuradas y personas con patologías graves.

El Centro de Atención Primaria (AP), y en concreto las enfermeras comunitarias, se han convertido en la referencia principal para esta población. Sin embargo, las barreras idiomáticas y culturales, y la falta de formación y herramientas de los profesionales sanitarios empeoran la calidad de la atención. Ante esta problemática, se pretende identificar la bibliografía actual sobre necesidades de salud e intervenciones en AP dirigidas a poblaciones refugiadas en países de acogida.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática a través de las siguientes bases de datos, seleccionadas por ser las más relevantes dentro del ámbito que se quiere estudiar: Pubmed, Cinhal y Cochrane. Las palabras clave que se han utilizado en las búsquedas han sido: "health, refugees, asylum seekers, needs, barriers, primary care, primary health care, intervention, health promotion". Las combinaciones se han realizado con los operadores booleanos "AND" Y "OR".

La búsqueda se ha delimitado a unos criterios de inclusión: artículos en castellano o en inglés, publicados entre los años 2009 y 2019, con el texto completo disponible. Una vez realizadas las búsquedas según la metodología propuesta, se seleccionaron 12 artículos científicos (Tabla 1).

EXPOSICIÓN DEL TEMA ANALIZADO

1. Barreras de los refugiados en Atención Primaria

En la última década cada vez son más los refugiados que se acogen en países desarrollados siendo estos provenientes de

TABLA 1

Artículos seleccionados

AUTOR	TIPO DE ESTUDIO	AÑO	PROPÓSITO
Cheng IH et al.	Revisión de la literatura	2015	Describir y analizar la literatura que existe sobre las experiencias de refugiados usando los servicios generales de los países de acogida.
Eckstein B	Artículo original	2011	Proporcionar una guía para los médicos de atención primaria sobre e las necesidades más comunes en salud de los pacientes refugiados.
Dowling A et al.	Revisión de la literatura	2017	Describir las medidas de salud que se han utilizado en diferentes estudios sobre refugiados adultos que viven en la comunidad para evaluar el nivel de salud de los refugiados.
Mishori R et al.	Revisión de la literatura	2017	Analizar las necesidades, barreras y problemas de salud de los refugiados para crear instrumentos de valoración específicos en atención primaria.
Piwowarczyk L et al.	Estudio piloto	2013	Evaluar un programa de salud comunitaria sobre salud sexual dirigido a mujeres africanas refugiadas en Estados Unidos.
Joshi C et al.	Revisión de la literatura	2013	Identificar los componentes de los modelos de prestación de servicios de atención primaria de salud para refugiados que han sido eficaces para mejorar el acceso, la calidad y la coordinación de la atención.
Stewart M et al.	Estudio de cohorte	2012	Diseñar y probar una intervención culturalmente congruente que satisfaga las necesidades y preferencias de apoyo de dos grupos de refugiados étnico-culturalmente distintos.
Van Loenen T, et al.	Estudio de casos	2018	Identificar las necesidades de salud, las barreras de acceso y los requerimientos con respecto a la atención primaria de salud de los refugiados.
McNeely CA et al.	Estudio transversal	2017	Identificar las prioridades de investigación para promover el éxito escolar los adolescentes refugiados e inmigrantes.
Gunnell S et al.	Estudio piloto	2015	Evaluar la integración del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP-Ed) en las clases de inglés como segundo idioma (ESL) impartidas en un programa de capacitación para refugiados.
Nakkash RT et al.	Estudio transversal	2012	Evaluar la intervención 'Qaderoon' (Somos Capaces); una intervención de promoción de la salud mental basada en la comunidad para los niños que viven en un campo de refugiados palestinos de Beirut, Líbano.
Nathan S et al.	Estudio de cohorte, cuasi-experimental.	2010	Examinar el impacto del programa de promoción de la salud "Football United" que favorece la inclusión social de los refugiados en Australia.

diferentes países y culturas del mundo [4-8]. A pesar de sus diversas características y orígenes, existen aspectos comunes entre este grupo, a su vez tan heterogéneo, de los que se destacan similares necesidades de salud y dificultades a la hora de acudir a los centros de AP [5, 7].

Varios autores [5, 7, 9] coinciden en que la principal barrera es el idioma, lo que deriva en un problema de comunicación y aislamiento social. El derecho de los refugiados a disponer de intérprete en muchos casos no se contempla y en otras ocasiones este no cumple su papel correctamente [4, 10].

Muy relacionado con el lenguaje, se ha identificado el problema de alfabetización de la salud, donde no sólo el idioma supone una barrera, sino el desconocimiento de tecnicismos y jergas que los sanitarios utilizan a la hora de atenderles [4, 5]. Además, la percepción cultural sobre la medicina y la salud es otro de los problemas más remarcados. Se dan los casos en los que la población refugiada no entiende el motivo de las pruebas y exploraciones a las que se les somete, tampoco los tratamientos que se les da, ni siquiera el funcionamiento del sistema sanitario [4, 5, 7, 9].

Otra de las grandes dificultades es la movilidad, ya que no disponen de recursos ni habilidades para usar el transporte público que les posibilita acudir a las citas de especialistas [5,7]. En algunos países se les asegura el acceso a transporte de manera gratuita para facilitar la accesibilidad de esta población al resto de servicios de la comunidad [9, 11].

2. Problemas de salud

Uno de los problemas más frecuentes de salud de los refugiados y del que más se habla en la literatura son las afecciones mentales derivadas de la experiencia que supone para la persona el tener que huir de su hogar para ser acogido en otro país [9,11]. Si se compara con el resto de población, los refugiados tienen una tasa mayor de enfermedades psíquicas como la ansiedad, la depresión, el estrés post traumático, paranoias, insomnio, somatización de síntomas e incluso ideas suicidas [5, 7].

Por otro lado, se han detectado problemas de salud relacionados con el estado nutricional, como pueden ser anemias, déficit de vitaminas y desnutrición [7]. Precisamente relacionado con la dieta también son frecuentes los problemas de salud bucodental, derivados de la falta de educación para la salud sobre la importancia de la higiene bucal [5, 7].

Debido a la alta prevalencia de enfermedades infecciosas en los países de origen y la ausencia de algunas vacunas, el riesgo de contagio de enfermedades como la tuberculosis, la hepatitis, la malaria o infecciones parasitarias es más alto en este tipo de población [6, 7]. La detección precoz de dichas enfermedades es importante para tratarlas y así prevenir su contagio [5].

Finalmente, otro de los problemas de salud sobre el cuál más han hablado los autores es el dolor crónico. Esto incluye dolor musculoesquelético, dolor de cabeza y abdominal, tanto de origen orgánico como somático [12, 13, 15]. Así mismo, pueden existir otro tipo de enfermedades crónicas sin diagnosticar como la diabetes, la hiperlipidemia, la hipertensión o el asma [5, 7, 9].

3. Intervenciones de acogida y de promoción de la salud

Las intervenciones que se realizan dentro de la Atención Primaria y Comunitaria pueden dividirse en dos tipos según la bibliografía analizada. Por un lado, encontramos las intervenciones individuales dirigidas a mejorar la salud de cada refugiado. Entre las intervenciones de acogida podemos destacar los screening iniciales que consisten en realizar analíticas, determinar un calendario vacunal apropiado, comprobar el estado nutricional, valorar la salud mental y hacerles la prueba de la tuberculina, entre otras acciones [5-7-9, 12, 13].

Por otro lado, están las intervenciones que se han desarrollado a nivel comunitario con intención de promover la salud y la integración de dicha población en su país de acogida, que tienen carácter grupal.

La alimentación y la salud mental están entre las temáticas más trabajadas en los programas de promoción de la salud dirigidos a la comunidad de refugiados [13,14], que buscan mejorar la salud mediante una dieta saludable, favoreciendo al mismo tiempo el bienestar psicológico que en tantos casos se ve perjudicado [12].

También hay evidencia sobre acciones de salud centradas en informar a dicha población sobre los servicios de salud y la accesibilidad a estos [8], así como intervenciones para ayudar a los refugiados a adaptarse e incrementar la integración social y cultural [10,15].

Se ha demostrado que este tipo de intervenciones, ayudan y dan herramientas a los individuos para poder afrontar las dificultades que cada sistema de salud puede causarles por desconocimiento y falta de comprensión [8, 10, 14, 15].

4. Necesidad de investigación y desarrollo de intervenciones

En la mayoría de la bibliografía analizada los autores coinciden en que es necesaria mucha más investigación sobre las necesidades de los refugiados en sus países de acogida, sólo así se podrán desarrollar nuevas guías para que los profesionales puedan actuar correctamente con este tipo de población. Así mismo, los programas e intervenciones de promoción de la salud son necesarios pero escasos, por lo que también se debe trabajar en esta dirección [4, 5, 7].

Hay pocos estudios sobre modelos de cuidado en AP y todavía son menos las evaluaciones rigurosas centradas en el impacto de estas nuevas iniciativas para atender debidamente a los refugiados y sus necesidades de salud [4, 6, 9]. Durante los últimos años se están desarrollando e implementando diferentes programas de promoción a nivel comunitario, sin embargo, continúan siendo muy pocos; es por ello que los autores coinciden en que es necesaria más investigación para desarrollar posteriormente intervenciones que aseguren la salud de los refugiados en temas como la alimentación, la higiene, vacunaciones, y enfermedades crónicas e infecciosas [12, 13, 15].

CONCLUSIONES

El aumento del número de los refugiados durante los últimos años en nuestra comunidad es una realidad. La atención sanitaria es una de las grandes demandas de esta población, que a

pesar de ser un grupo muy heterogéneo debido a sus diversas procedencias; comparten ciertas necesidades comunes que deben ser tenidas en cuenta a la hora de atenderlos en los centros de Atención Primaria y Comunitaria.

Las necesidades y barreras que se han podido apreciar en la práctica diaria se han constatado en esta revisión de la literatura, donde son múltiples los estudios que hablan de dichos conceptos. Sin embargo, las intervenciones de acogida y de promoción de la salud son más escasas. Los autores invitan a investigar más a fondo y desarrollar intervenciones y programas de promoción de la salud para que los refugiados puedan combatir los problemas de salud que traen de sus países y puedan así, dar uso de los servicios sanitarios sin barrera alguna para que ellos mismos sean capaces de mantener su bienestar físico y mental.

La promoción de la salud supone una herramienta clave para la capacitación de la comunidad en la Atención Primaria y Comunitaria, siendo el perfil de enfermera comunitaria el idóneo para desarrollar este tipo de iniciativas. Los refugiados, como parte de la comunidad que son, requieren intervenciones en las que se puedan trabajar sus principales necesidades relacionadas con la salud. Es así como podrán ser capaces de mantener su bienestar y ser los responsables de su propia salud, además de tener los conocimientos para el uso de los servicios asistenciales cuando lo precisen.

BIBLIOGRAFÍA

1. CEAR. Situación Refugiados | CEAR [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.cear.es/situacion-refugiados/>
2. Conferencia de plenipotenciarios sobre el estatuto de los refugiados los apátridas O. Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, 1951. Disponible en: <https://www.acnur.org/5b0766944.pdf>
3. Naciones Unidas. Refugiados | Naciones Unidas [Internet]. 2018. [Acceso 15 mayo de 2020] Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/refugees/index.html>
4. Cheng IH, Drillich A, Schattner P. Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: A literature review. *Br J Gen Pract.* 2015; Mar 1;65(632):e171-6.
5. Eckstein B. Primary Care for Refugees. *American Family Physician* Vol. 83. 2011; [Acceso 15 mayo de 2020] Disponible en: www.aafp.org/afpAmericanFamilyPhysician429
6. Dowling A, Enticott J, Russell G. Measuring self-rated health status among resettled adult refugee populations to inform practice

- and policy-a scoping review. *BMC health services research.* 2017; 17. [Acceso 15 mayo de 2020] Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-017-2771-5>
7. Mishori R, Aleinikoff S, Davis D. Primary Care for Refugees: Challenges and Opportunities. *Am Fam Physician.* 2017; 96(2):112-20. [Acceso 15 mayo de 2020] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28762707>
8. Piwowarczyk L, Bishop H, Saia K, Crosby S, Tshiwala F, Nimo M, et al. Pilot Evaluation of a Health Promotion Program for African Immigrant and Refugee Women: The UJAMBO Program. 2013; 15(1), 219-223. [Acceso 10 mayo de 2020] Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10903-012-9611-9.pdf>
9. Joshi C, Russell G, Cheng I-H, Kay M, Pottie K, Alston M, et al. A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination. 2013; 12 (1): 88. [Acceso 1 mayo de 2020] Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/88>
10. Stewart M, Simich L, Shizha E, Makumbe K, Makwarimba E. Supporting African refugees in Canada: Insights from a support intervention. *Heal Soc Care Community.* 2012;20(5):516-27.
11. Van Loenen T, van den Muijsenbergh M, Hofmeester M, Dowrick C, van Ginneken N, Mechili EA, et al. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. *Eur J Public Health.* 2018; 28(1):82-7. [Acceso 1 mayo de 2020] Disponible en: <http://academic.oup.com/eurpub/article/28/1/82/4732525>
12. McNeely CA, Morland L, Doty SB, Meschke LL, Awad S, Husain A, et al. How Schools Can Promote Healthy Development for Newly Arrived Immigrant and Refugee Adolescents: Research Priorities. *J Sch Health.* 2017;87(2):121-32.
13. Gunnell S, Christensen NK, Jewkes MD, Leblanc H, Christoffer-son D. Providing Nutrition Education to Recently Resettled Refugees: Piloting a Collaborative Model and Evaluation Methods. *Journal of Immigrant and Minority Health,* 2015; 17(2), 482-488.
14. Nakkash RT, Alaouie H, Haddad P, Hajj T El, Salem H, Mahfoud Z, et al. Process evaluation of a community-based mental health promotion intervention for refugee children. 2012; 27(4), 595-607.
15. Nathan S, Bunde-Birouste A, Evers C, Kemp L, Mackenzie J, Henley R. Social cohesion through football: a quasi-experimental mixed methods design to evaluate a complex health promotion program. *BMC Public Health,* 2010; 10(1), 587.

NORMAS DE PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

ENFERMERÍA FACULTATIVA con el objetivo de dar visibilidad y difundir la investigación y experiencias de innovación en cuidados de las enfermeras y enfermeros de España, inicia la publicación de un apartado específico dedicado a los trabajos de investigación cuantitativa, cualitativa y mixta, artículos de revisión, casos clínicos, trabajos de innovación en la práctica clínica y demás artículos referentes al campo profesional de la Enfermería, que contribuyan al desarrollo de la misma en cualquiera de sus actividades.

Dichos trabajos han de estar elaborados siguiendo las Recomendaciones Internacionales de Editores de Revistas Médicas (**Normas de Vancouver**), en su última versión y ajustarse a las instrucciones aquí expuestas. La falta de consideración de estas normas producirá un retraso en el proceso editorial y en la posible publicación, pudiendo ser también causa de rechazo.

Todos los trabajos recibidos serán valorados por el Instituto Español de Investigación Enfermera según los criterios de evaluación establecidos.

INSTRUCCIONES GENERALES



El documento deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de textos y Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos y tablas (no se aceptarán si están en formato imagen).

La presentación será con interlineado de 1,5 en todas sus secciones, páginas numeradas en la parte inferior derecha, un cuerpo de letra de 12 Calibri. Si se envían imágenes digitales han de ser adjuntadas aparte y tener una resolución de 300 dpi, tamaño de 10 x 15 cm y formato jpg. Los autores podrán enviar su documento en un idioma distinto al español, preferiblemente en inglés.

El texto del documento, sin incluir la bibliografía, deberá ajustarse a un máximo de

3.000 palabras y con un máximo de 6 tablas, gráficos o figuras. Las tablas, cuadros y gráficos también se enviarán en un fichero aparte, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda. Deben estar en Word o programa similar de edición de textos. Se intentarán restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez.

La página del título deberá contener: el título del trabajo, el cual ha de ser breve e informativo (no deberá superar las 15 palabras); el nombre y dos apellidos de cada autor/a, sin abreviaturas ni contracciones, sustrayendo los apellidos. Podrá añadirse una afiliación bibliográfica única para favorecer la identificación en las bases de datos documentales (recomendamos incluir el ORCID, si dispone del mismo; el número máximo de autores será de 6. Si se superase este máximo, deberían de asignarse un nombre al grupo. Sólo se indicará el grado académico más alto que se posea, así como la filiación institucional, pero no la categoría profesional; se indicará también el nombre, la dirección postal y electrónica (e-mail) y el teléfono de contacto del autor/a para correspondencia.

Todos los artículos tendrán que incluir un resumen que no superará las 250 palabras en el caso de resúmenes estructurados y 150 en los no estructurados, (estos últimos sólo en artículos de práctica clínica o algunos casos clínicos si los autores así lo prefieren) y entre tres y ocho palabras clave, las cuales han de estar normalizadas según el tesoro Medical Subject Heading (MeSH) o en su versión española (Descriptor en Ciencias de la Salud, DeCS), siempre que sea posible.

La bibliografía utilizada tendrá que aparecer acotada a lo largo del texto, de forma consecutiva, usando numeración arábiga, entre paréntesis en formato normal, con el mismo tipo y tamaño de letra que la fuente utilizada para el texto. Deberá, asimismo, estar referenciada en su apartado correspondiente, según las Normas de Vancouver.

Asimismo, en todo el documento ha de constar si han existido ayudas económicas e indicar el organismo, así como el número de proyecto, convenio o contrato.

En caso de no contar con financiación externa se hará constar como "Financiación: ninguna". Además, todos los trabajos que se envíen deben ir acompañados de una declaración de los posibles conflictos de intereses de cada una de las personas firmantes. Cuando se incluya un apartado de **Agradecimientos**, tendrán que aparecer en el mismo las personas que, sin reunir los requisitos de

autoría, sí hayan facilitado la realización del trabajo.

TIPOS DE ARTÍCULOS



Trabajos de investigación realizados con metodología cuantitativa, cualitativa o mixta relacionados con cualquier campo de la Enfermería. Contendrá los siguientes apartados:

- Título: Debe ser claro, conciso y concreto. Se considera adecuado si no supera las 15 palabras
- Resumen y palabras clave tendrá la siguiente estructura: Objetivos del estudio, Método, Resultados más destacados y las principales Conclusiones.
- Introducción: Contendrá los antecedentes, justificación y aplicabilidad, para terminar con la definición de los objetivos del estudio.
- Método: Especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas y cómo han sido medidas, el/los instrumento/s empleados y los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños.
- Resultados: Las tablas, cuadros, gráficos e imágenes han de ser claras y relevantes, acotadas en el texto. Número máximo: 6 ilustraciones. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y reseñar o resumir sólo las observaciones más destacables sin discutir ni interpretar los datos.
- Discusión y Conclusiones: Se discutirán los resultados comparándolos con otros trabajos previos similares y relevantes, comentando las diferencias y las similitudes. Se señalarán las fortalezas y las limitaciones del estudio.
- Bibliografía: el contenido de este apartado se ajustará a lo indicado con anterioridad en las Normas Generales para la Presentación de Artículos. Se recomienda un máximo de 35 referencias bibliográficas.

Proyectos de investigación: Contendrá los mismos apartados referidos con anterioridad para los artículos originales a excepción de Resultados, Discusión y Conclusio-

nes; puede incluirse un apartado de Consideraciones finales que contemple implicaciones para la práctica, logística del estudio, cuestiones relacionadas con el equipo investigador, etc.

Práctica clínica: Incluye trabajos que describan la puesta en marcha de actividades, procedimientos, programas, de innovación en cuidados, etc. En líneas generales el manuscrito deberá estructurarse al menos en los siguientes apartados: Introducción que contemple en su párrafo final el propósito/objetivo/s del trabajo; uno o varios epígrafes que den respuesta a dicho/s propósito/s; Conclusiones o Consideraciones finales.

Casos clínicos deben constar de: Introducción; Presentación del caso; Valoración enfermera (completa); Descripción del plan de cuidados (conteniendo los posibles diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración, objetivos e intervenciones enfermeras); Evaluación del Plan de Cuidados y Conclusiones.

Artículos de revisión: tienen su propia clasificación de tipos como revisión narrativa o integradora, entre otras posibilidades.

REQUISITOS ÉTICOS Y LEGALES



Los autores/as, al enviar el manuscrito, han de indicar por escrito si existe algún conflicto de interés. Estos pueden ser: laborales, de investigación, económicos o morales. De la misma manera, si no lo hay deberá hacerse constar como "Conflicto de intereses: ninguno". La inclusión de esta información es requisito indispensable para que el manuscrito pueda ser considerado y entre en el proceso editorial.

Para garantizar la protección de personas, en los estudios que se hayan realizado con personas, en el apartado de Método se deberá mencionar que estas han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato, la confidencialidad de los datos y las normas éticas indicando si los estudios han sido aprobados por un Comité de Ética

de Investigación. Seguir indicaciones de la "Declaración de Helsinki" y las Guías de las Buenas Prácticas Clínicas de la Conferencia Internacional de Armonización y las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud.

Los/las autores/as deben informar acerca de envíos o publicaciones previas del mismo trabajo, en su totalidad o parcialmente, que puedan considerarse publicación redundante o duplicada. Es necesario citar e incluir la referencia bibliográfica de estas publicaciones previas en el nuevo manuscrito.

En el caso de artículos que ya han sido publicados, el/la autor/a es el que debe obtener el permiso de la revista/publicación/entidad pertinente para su posterior publicación en un medio distinto al original, siendo su responsabilidad cumplir con este.

Los juicios y opiniones expresadas en los artículos serán del autor/res/ras y tanto la Dirección de la revista, como el equipo editorial declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material.

El Instituto Español de Investigación Enfermera (IEInstituto) y el Consejo General de Enfermería declinan cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen y no se garantizan las afirmaciones de cualquier producto referenciado en el artículo.

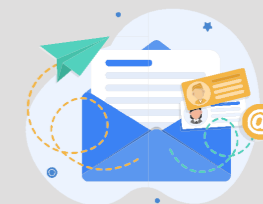
El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todas las personas autoras en la que declaren que son ciertas las afirmaciones que se indican en el siguiente listado:

- Las personas autoras declaran tener o no tener ningún conflicto de intereses y lo expresan debidamente.
- Todos los autores/as han participado en la redacción del documento y aprueban la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su evaluación y posible publicación en ENFERMERÍA FACULTATIVA.
- En el caso de Agradecimientos, las personas que se citan han dado su aprobación para aparecer.
- Se han obtenido los permisos necesarios, en su caso, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas.
- Si el trabajo ha sido presentado en algún evento científico, se ha hecho constar expresamente en el documento.
- Se cede a ENFERMERÍA FACULTATIVA los derechos de reproducción de datos o ilus-

traciones en otras publicaciones de la editorial, así como los derechos de difusión.

- La ausencia de conformidad expresa de estos requisitos, o la comprobación de su no veracidad, podrá ser motivo de rechazo del manuscrito.

ENVÍO DE DOCUMENTOS



El documento será enviado por correo electrónico a instituto@consejogeneralenfermeria.org. Junto al documento ha de remitirse la carta descrita en el apartado anterior.

Se enviará acuse de recibo de todos los documentos que le sean remitidos, en un plazo máximo de 10 días, asignando un número de registro que deberá ser utilizado para cualquier consulta o información referente al trabajo.

PROCESO EDITORIAL



El IEInstituto realizará una evaluación de los trabajos recibidos por un comité de expertos. En caso de solicitarse una nueva versión modificada del documento, los autores/as deben remitir, en el plazo que se establezca, dicha versión con los cambios destacados en color de fuente distinto al del resto del documento.

Una vez que haya sido aceptado el documento, y por lo tanto dentro del proceso editorial, no podrá ser retirado por los autores/as.

El envío de un documento a la revista implica la aceptación de las presentes normas de publicación y de la decisión final acerca de la aceptación o rechazo para su publicación.



¿Sabías que también
estamos en **Instagram?**

◀ @cgenfermeria ▶

Síguenos también en

