

LA REVISTA DE LOS PROFESIONALES COLEGIADOS DE ENFERMERÍA

# enfermería

facultativa | Año XXIV | Número 353 | 16 - 30 septiembre 2021 |



## MISIÓN ENFERMERA: EVACUAR AFGANISTÁN



Enfermera escolar para lograr el éxito de la vacunación frente al COVID-19



Así será la elección de plazas de especialista en 2022: telemática y con más oferta

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](http://www.isfos.com)

“

# Constantes vitales



**Florentino  
Pérez Raya**

Presidente del Consejo  
General de Enfermería

## *El terror*

De las mil caras que puede tener el terror —el de verdad, no el de las películas— una puede ser la Francia revolucionaria, con la guillotina funcionando sin descanso; una batalla en las trincheras inamovibles de la Primera Guerra Mundial o, lo estamos viendo estos días, que unos fanáticos religiosos con un arma en la mano te fusilen por escuchar música o no ir cubierta de la cabeza a los pies en el caso de las mujeres. Este verano, una parte del mundo vive la muerte de la razón frente al extremismo y la barbarie en un sonado fracaso de la política mundial. Ante la amenaza constatada de que su vida corre peligro o —en el mejor de los casos— no van a gozar de la más elemental libertad de acción o pensamiento, miles de personas en Afganistán han tenido que dejarlo todo para huir hacia un futuro incierto en un país lejano.

Muchas enfermeras de todo el mundo han jugado un papel crucial en las misiones de evacuación en este escenario triste y frustrante. Todos los implicados, militares, personal diplomático, los gobiernos y los ciudadanos corrientes sabían que no todas las personas que tenían que abandonar el régimen lo iban a conseguir. En el reportaje que abre el nuevo número de ENFERMERÍA FACULTATIVA contamos qué papel han jugado las enfermeras y enfermeros españoles en la evacuación de miles de personas del país asiático. Una vez más, el valor y el trabajo de las enfermeras de las Fuerzas Armadas queda patente. Su dosis de humanidad, su capacidad de sacrificio, su profesionalidad y su preparación se plasma en misiones como esta, que forman parte ya de la historia reciente, aunque tenga ese halo de decepción y tristeza por la realidad en la que ahora se sumerge un país ya de por sí castigado por la miseria.

Resulta importante mirar en el espejo de la enfermería militar la autonomía y el grado de desarrollo de las especialidades que han logrado nuestros compañeros, con los que nos une una relación de máxima colaboración por el progreso de la profesión.

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](http://www.isfos.com)



PROMOVIDO POR LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA



Instituto Superior de Formación Sanitaria  
Consejo General de Enfermería



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA



## Sumario

Número 353

16-30 Septiembre 2021



Actualidad

6

### Portada

Enfermeras de Tierra y Aire contra la amenaza talibán

14

### Noticias

– Enfermera escolar para lograr el éxito de la vacunación entre los menores  
– Así será la elección de plazas de especialista en 2022: telemática y con más oferta

### Sociolaboral

Procedimiento de movilidad interna

34

### Opinión

Sergio Alonso:  
Sanidad falla al procesar la información

35

### Agenda

Agenda y convocatorias

36

## Servicios profesionales



Ocio y cultura

42

### Cine

Muerte contrarreloj

44

### Exposición

Magritte, el arte de pensar

48

### Lo + Viral

Rol de la enfermera en los equipos de cardiooncología

48

Normas de publicación de artículos científicos

60

## Enfermería Científica



## Staff

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



# ENFERMERAS DE TIERRA Y AIRE CONTRA LA AMENAZA TALIBÁN



España ha conseguido evacuar a 2.206 personas

MARINA VIEIRA. Madrid

El 14 de agosto de 2021 la amenaza talibán volvió a Kabul. Ese día, el mundo se despertó con una triste noticia: el grupo extremista islámico había tomado la capital de Afganistán. La población del país —y en especial las mujeres— se encontraba en grave peligro desde el momento en el que los radicales ocuparon la capital y sus instituciones. Desde que empezó la ocupación, miles de personas —nacionales y extranjeros— intentaban huir del país. A partir de ese instante, la labor de fuerzas armadas, cuerpos militares de sanidad y cuerpo diplomático de países con presencia en el territorio, comenzó a ser una de las únicas herramientas de escape de muchos de los ciudadanos que tenían claro que su futuro, —y su mera supervivencia— ya no pasaba por estar en Afganistán.

Hasta el final de la operación de evacuación, el 30 de agosto, EE. UU. y los aliados de la OTAN han evacuado del país a 120.000 refugiados. Tal y cómo explican desde el Ministerio de Defensa, España ha evacuado del país a

### La labor de ocho enfermeros, esencial para la misión

2.206 personas (1.671 cooperantes de España, 21 de Portugal, 333 empleados de la UE, 131 de EE. UU. y 50 de la OTAN), de las que el 47% son mujeres y el 40% menores. En esta misión, la labor de ocho enfermeras y enfermeros

—siete de Aire y una de Tierra— ha sido un eje imprescindible para que se haya podido sacar del país en las mejores condiciones sanitarias al máximo de personas posible. El trabajo conjunto entre Fuerzas Armadas, Unidad de Medicina Militar y Cuerpo Diplomático ha garantizado que la operación se haya completado con éxito. En gran medida, gracias al esfuerzo en equipo de estos sanitarios que ya tienen un hueco importante en historia de la labor humanitaria española.

### De Kabul a Dubái

A primera hora del lunes 16 de agosto ya habían organizado cómo se realizaría gran parte de la evacuación. Aviones militares medicalizados y de pasajeros volarían a Kabul y la escala intermedia estaría en



Dubái, donde un equipo de Operaciones Especiales del Ejército de Tierra se encargaría de asegurar las condiciones de salud de los evacuados y sería el responsable de organizar su llegada a España. “Había dos tipos de misión: aeroevacuación estratégica y aeroevacuación táctica. En la táctica éramos, en principio, dos equipos. Luego se sumó un tercero y un equipo de apoyo que sólo hizo dos vuelos entre Dubái y Kabul”, introduce Gabriel Sánchez, capitán enfermero de Vuelo de la Unidad Médica de Aeroevacuación del Ejército del Aire. “Nosotros llevábamos a la gente hasta Dubái y ahí venían en un avión fletado por las Fuerzas Armadas con enfermería y medicina militar para llevar a los pasajeros hasta Madrid”, concreta el capitán enfermero.

### Cribaje

En el primer contacto con la población evacuada, este en-

fermero y sus compañeros de la Unidad Médica de Aeroevacuación, hacían una evaluación del estado de salud para cribar a aquellos que tuvieran más necesidad de asistencia sanitaria. “Teníamos que dar apoyo a los pasajeros en asistencia médica, ya fuera básica o intensiva. En mi avión iba

“Un bebé, quemado por el sol, requirió una asistencia extra”

un puesto de cuidados intensivos. El otro avión podía preparar asistencia para un paciente más grave, pero en principio esta labor recaía sobre nosotros. Teníamos la capacidad de Medevac —*Medical Evacuation*—”, recalca Sánchez. “Si teníamos infor-

mación de una posible persona enferma, embarcaba directamente en nuestro avión. Si no, según iban viniendo los pasajeros, íbamos haciendo una evaluación sanitaria a pie de pista. Ahí observábamos las necesidades sanitarias que pudieran tener y los clasificábamos”, puntualiza el enfermero de la Unidad Médica de Aeroevacuación. El equipo sanitario colocaba en un sitio estratégico de la aeronave a las personas que más atención requerían y durante el vuelo se iban prestando los cuidados que necesitaban. “Casi todas las patologías que hemos encontrado son las derivadas del calor, de la deshidratación, de la malnutrición y del agotamiento físico. También hemos encontrado patologías crónicas que llevaban días sin estar tratadas, como personas hipertensas o diabéticas que llevaban varios días sin tomarse la medicación”, ejemplifica el enfermero militar. “Había muchísimas embara-



Quien lo necesitó, contó con asistencia sanitaria a bordo del avión

**Nombre / Alias:**  
Gabriel Sánchez López

**Edad:** 41 años

**Cargo:** Capitán enfermero de vuelo

**Unidad:** Unidad Médica de Aeroevacuación

**Misión:** Aeroevacuación táctica

9 días de misión



zadas, desde el principio del embarazo a prácticamente a término. También muchísimos bebés. Un bebé, quemado por el sol, requirió una asistencia extra”, relata conmovido el enfermero.

### Atención en el vuelo

Durante el vuelo, el equipo sanitario militar atendía todas las necesidades de salud de la población evacuada. Personas que, de un día para otro, tenían que recoger lo mínimo posible y abandonar una vida entera para poder tener garantizado un futuro. Mujeres, ancianos, niños, bebés, familias enteras que, sin saber qué es lo que les espera fuera de su país de nacimiento, tenían muy claro que era mejor que la amenaza talibán. “Había mu-

chos pacientes que requerían escucha activa, venían con alteraciones del estado de ánimo y problemas de ansiedad por haber dejado sus vidas de forma tan repentina. No sólo es la patología física sino la patología psicosocial. Muchos no sabían qué iba a ser de su vida. Habían dejado a seres queridos en Afganistán que no habían podido salir y sabían que iban a estar sometidos al régimen talibán”, explica con pesar el capitán enfermero.

### “Dejaban a sus seres queridos en Afganistán”

A la llegada a Dubái un equipo de la Unidad de Operaciones Especiales del Ejérci-

to de Tierra estaba esperando para recibir a la población evacuada. Diariamente, tal y cómo explican desde el Ejército de Aire, recibían a más de 100 personas. “El día que menos personas evacuamos fueron 109. Al final no son todos enfermos, pero todas pueden requerir asistencia sanitaria”, explica Sánchez. Por esta razón, la coordinación entre ejércitos en este punto fue fundamental.

### Protocolo COVID-19

En Dubái estaba “Merkel”, teniente enfermera en la Unidad de Operaciones Especiales (UOE) quien por códigos de seguridad de la propia unidad no puede revelar su nombre real. Lo primero que hacían, tras recibir a la población, era comprobar el cumplimiento del protocolo CO-



VID-19 necesario para viajar a España. “Les dimos gel hidroalcohólico, mascarillas FFP2 e hicimos una valoración de su estado general de salud. La mayoría nos sonreía y nos decía que sí, que estaban bien. Me llamó la atención que muchos niños estaban descalzos. Pedimos calzado y nos enviaron desde España zapatos de diferentes tallas para que pudiesen andar. El suelo de Dubái, la verdad, quemaba”, explica “Merkel”. Entre las necesidades sanitarias a las que se enfrentó, explica, la gran mayoría no fueron graves. “Algunos evacuados estaban algo deshidratados, tenían hambre. Recuerdo a los niños pidiendo comida, varios se marearon durante el vuelo y teníamos que estar pendientes. Imagino que era la primera vez que montaban en un avión. Me

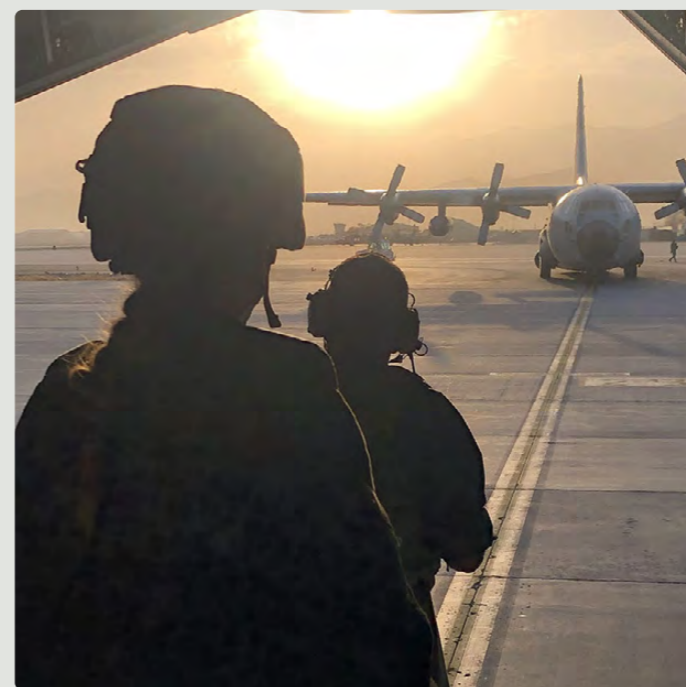
llamó mucho la atención la cara de los niños cuando el avión despegaba”, explica emocionada la enfermera de la UOE.

### “Recuerdo a los niños pidiendo comida”

Según relata la enfermera, para esta misión, no contaban con protocolos de enfermería específicos. Se guiaron por las guías de práctica clínica de enfermería militar ya establecidos que permite a los enfermeros y enfermeras militares trabajar de forma autónoma y bajo amparo legal. “Gracias a la labor desarrollada por los grupos de trabajo podemos

llevar a cabo la labor diaria de la enfermería militar con esta independencia. Están basadas en las últimas evidencias y estudios científicos”, concreta “Merkel”.

Desde España, la Unidad de Operaciones estuvo dando apoyo a los militares para atender a las exigencias de material sanitario o humanitario. “Nuestra labor es recolectar la información sobre necesidades sanitarias de médicos y enfermeros. En cada vuelo nos daban novedades sobre su atención y necesidades. Si necesitaban pañales o si había más niños de los previstos. Sobre si necesitaban biberones o zapatos. Nosotros recolectábamos esa información. En el Ejército de Tierra tenemos un centro de situación donde trasladamos esa información y se hacen cargo de obtener los medicamentos o



**Nombre / Alias:**  
“Merkel”

**Edad:** 27 años

**Cargo:**  
Teniente enfermera

**Unidad:**  
Unidad de Operaciones Especiales

**Misión:**  
Atención sanitaria en Dubái

12 días de misión



Cada día, más de 100 personas salían del país gracias a la ayuda española

productos sanitarios que se han requerido”, explica Francisco Javier Daza, teniente coronel en el Mando de Operaciones.

### Una misión única

Para todo el personal sanitario que ha intervenido en es-

ta misión esta experiencia ha sido única e inesperada. También ha sido una lección de coordinación entre ejércitos y de colaboración entre distintos profesionales. “A pesar de que nosotros trabajamos en las Fuerzas Armadas y en mi experiencia pro-

fesional he atendido crisis como la del ébola o la caída del régimen de Libia, donde también tuvimos que hacer repatriación de personal; a pesar de que sabes que, por el trabajo que tienes, te puedes encontrar con escenarios complicados, esto no ha sido

## Especialidad en Urgencias y Emergencias en Operaciones

En julio de 2021 la primera promoción de enfermeros militares especialistas en Urgencias y Emergencias en Operaciones obtuvo su título. Para enfermeros como el capitán Gabriel Sánchez, uno de los que ha obtenido la especialidad, esta formación es primordial para este tipo de operaciones porque “el conocimiento teórico-práctico que te otorga una especialidad va siempre en beneficio de prestar una asistencia de mejor calidad al paciente”, concreta Sánchez.

“No ha sido una evacuación más”

una evacuación más”, relata el capitán enfermero Gabriel Sánchez. “Es muy importante la preparación específica, al hacer emergencias puedes encontrarte pacientes de todas las edades con todo tipo de patologías”, recalca el enfermero, quien desde julio de este año forma parte de la primera promoción de enfermeros militares con la especiali-



Lo primero, comprobar el cumplimiento del protocolo COVID-19

dad en Urgencias y Emergencias en Operaciones.

“Todos dimos el máximo, trabajamos día y noche para lograr el objetivo común: poder evacuar al mayor número de gente posible. En las mejores condiciones sanitarias posibles. Volvería sin dudarlo”, reconoce la enfermera conocida bajo el alias “Merkel”, quien, además, considera que esta experiencia le ha hecho darse cuenta del orgullo de pertenecer a una profesión dedicada al cuidado de los demás. “Me ha enorgullecido especialmente ser enfermera. Me ha encantado ver cómo nuestra profesión es tan versátil, cómo nos podemos adaptar a todo. Había que llevar cajas, hacer bocadillos y ahí estábamos. Eso no quita que no podíamos olvidar hacer nuestros tests de antígenos o atender a nuestros compañeros. Me ha encantado ver cómo nuestra profesión es tan adaptable y

vivir cómo somos de fundamentales en una emergencia como esta”, relata con emo-

“Todos dimos el máximo”

ción la enfermera de la Unidad de Operaciones Especia-

les. “Ha sido una operación a nivel personal de mucha calidad humana. Me ha encantado poder trabajar con otros ejércitos”, añade la enfermera militar. Y, es que, tal y cómo concluye la valiente teniente, misiones como esta dejan claro que “siempre hay un enfermero en alguna parte del mundo dando asistencia y enorgulleciéndonos a todos”.

## Reconocimiento internacional

La base aérea de Torrejón de Ardoz acogió temporalmente a los refugiados que llegaban de Afganistán. Una instalación con capacidad para 800 personas que recibió el reconocimiento internacional de la presidenta de la Comisión Europea (CE) Úrsula von der Leyen. En su visita institucional, la presidenta de la CE, agradeció el trabajo de España en la acogida de refugiados afganos: “Es un ejemplo del alma europea ante una tragedia y un severo golpe para la comunidad internacional”, reconoció Von der Leyen.

# Enfermera escolar para lograr el éxito de la vacunación entre los menores

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Más de 7 millones de alumnos (no universitarios ni de formación profesional) se han incorporado ya a las aulas. Con el objetivo de afrontar el segundo curso inmersos en la pandemia por COVID-19, la comunidad educativa del país tiene ante sí el reto de volver a ser ejemplo internacional en el control de la expansión del virus en las es-

cuelas infantiles, colegios e institutos. Además, con la vacunación en marcha para los mayores de 12 años y, previsiblemente, en las próximas semanas para los menores de esta franja de edad, la organi-

zación y la gestión de esta campaña pasa, sin duda, por apostar por la implantación de enfermeras escolares en todos los centros.

El Observatorio de Enfermería Escolar, integrado por el Consejo General de Enfermería y sociedades científicas, junto a la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) y la Federación Española de Diabetes (FEDE), entre otras asociaciones de pacientes, hacen un llamamiento a las administraciones sanitarias y educativas para que regulen, de una vez por todas, una figura que ya era esencial para el buen funcionamiento sanitario de los colegios, pero que ahora con la campaña de vacunación con-

**También fundamentales para la atención a crónicos**



tra el COVID-19 se hace imprescindible.

## Segundas dosis

Así, desde el CGE resaltan la importancia de que las segundas dosis de los mayores de 12 años y, una vez que la Agencia Europea del Medicamento lo permita, la vacunación para los menores se lleve a cabo desde los centros educativos y sea la enfermera escolar la que se encargue de gestionar, preparar y administrar la vacuna, así como controlar posibles efectos adversos durante el proceso, con el apoyo de AP. “Las enfermeras escolares han sido siempre una figura clave en los colegios que cuentan con ella para el manejo de enfermedades crónicas, educación para la salud o promoción de hábitos saludables, pero en esta ocasión suponen un valor añadido en la campaña de vacunación. Una enfermera puede vacunar en un día a 80-100 niños, por lo que trasladar el centro de vacunación a los colegios aligeraría la inmunización”, afirma Florentino Pérez Raya, presidente del CGE.

En esta línea se manifiesta Engràcia Soler, presidenta Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar (Aceese), que puntualiza que, “además de en el proceso de vacunación propiamente dicho, las enfermeras escolares también pueden ayudar enormemente en la concienciación de los padres y madres para que vacunen a sus hijos, informándoles antes y después de la vacuna y convirtiéndose en un nexo comunicativo con los centros de Atención Primaria para tramitar y organizar la campaña”.

También así opina José Antonio Zafra, profesor de Enfer-



mería de la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat, que considera que “la enfermera dentro de la escuela podría proporcionar estas vacunas, junto con el servicio del centro de salud al que pertenece”.

## Crónicos y educación

Tanto las enfermeras como las asociaciones de pacientes recuerdan también que, además de con la vacunación, las enfermeras escolares son fundamentales para el tratamiento de enfermedades crónicas, así como para educar en salud y atención de posibles urgencias durante la jornada escolar.

**Hacen falta 10.000 enfermeras**

“Contar con un servicio de enfermería escolar permite, por ejemplo, acompañar al menor en momentos agudos de la enfermedad, así como administrar el medicamento que tenga pautado, si lo requieren, a través de profesionales capacitados, de manera

que no tengan que ser los padres quienes acudan al centro escolar, y más en una situación de pandemia como en la que se encuentra España”, afirma Carina Escobar, presidenta de la POP.

## Diabetes

Por su parte, Juan Francisco Perán, presidente de la FEDE, subraya que “los niños con enfermedades crónicas en edad escolar, como es el caso de la diabetes, se encuentran en una situación de vulnerabilidad al acudir a los centros educativos sin profesionales sanitarios que puedan atenderles, bien de manera puntual por un problema concreto, bien de manera continuada”.

Natividad López, presidenta de la Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar (Amece), considera “esencial la figura de las enfermeras escolares no sólo en tiempos de pandemia y para que desarrollen esa función asistencial que es mucho más clara y visible, sino también en lo todo lo que se refiere a educación para la salud”.

Tal y como recalca el CGE, en España harían falta unas 10.000 enfermeras escolares, una cifra que deben conocer las administraciones.



# Así será la elección de plazas de especialista en 2022: telemática y con más oferta

GEMA ROMERO. Madrid

El Foro Profesional del Ministerio de Sanidad, que conforman los consejos generales de enfermeros, médicos y farmacéuticos, así como los sindicatos CESM y SATSE, se ha reunido con el director general de Ordenación Profesional, Vincenç Martínez, y su equipo para analizar la próxima convocatoria de plazas de formación sanitaria especializada, que ya se ha publicado en el [Boletín Oficial del Estado](#). El Ministerio de Sanidad está decidido a evitar los problemas ocasionados en la última adjudicación de plazas y, tal y como habían solicitado tanto el Consejo General de Enfermería como el sindicato SATSE, ya están trabajando con el Foro Profesional en la próxima asignación.

Según ha podido saber ENFERMERÍA FACULTATIVA, lo que ha quedado claro tras la reunión es que la elección telemática ha llegado pa-

ra quedarse, quizás con la posibilidad de modificar el número de candidatos por cada turno de elección, que recordemos este año fue de 400, tanto para Medicina como Enfermería. Además, en un principio Sanidad descarta la elección en tiempo real que tanto han reclamado los aspi-

**Las plazas han aumentado un 8,3%**

rantes, pues temas técnicos y la indecisión de algunos candidatos lo hacen inviable, por el momento, a juicio del Ministerio. Tal y como señala José Luis Cobos, vicepresidente del Consejo General de Enfermería, “este es el esquema inicial, pero se seguirá estudiando cómo perfeccionarlo”.

Sin embargo, sí están dispuestos a mejorar el sistema y por eso Vincenç Martínez anunció en la reunión la creación de distintos grupos de trabajo para recabar toda la información que permita una elección más ajustada a las peticiones de los futuros especialistas. Unos grupos de trabajo en los que estarán presentes tanto representantes del Foro Profesional como de las plataformas que aglutinan a los candidatos.

## La convocatoria

La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud aprobaba en julio un total de 1.822 para la formación sanitaria especializada en enfermería, lo que supone un incremento de 139 plazas (un 8,3%) con respecto a las 1.683 de la pasada convocatoria.

Con la publicación en el BOE se ha confirmado el reparto de las distintas especialidades (ver tabla). Así, la que tendrá un mayor incremento será Enfermería Geriátrica, con una subida del 18%, mientras que por volumen de plazas la que más sube es Familiar y Comunitaria, con 748 plazas, 61 más que el año anterior.

Para el vicepresidente del CGE, aunque “apreciamos y reconocemos el esfuerzo que están haciendo, tanto el Ministerio de Sanidad como las comunidades autónomas, aumentando el número de pla-



zas de residentes de enfermería, estas siguen sin ser suficientes para cubrir las necesidades del Sistema Sanitario, fuertemente castigado por la pandemia que vivimos actualmente y que ha puesto de manifiesto las deficiencias del mismo y la necesidad de invertir en un aumento de recursos humanos, entre ellos, las enfermeras especializadas. Es muy importante que sigamos reflexionando y planteando cómo implementar de forma real las especialidades de enfermería, para dar una adecuada respuesta a las necesidades de los ciudadanos”, subraya José Luis Cobos.

A su juicio, “la oferta debería alcanzar las 10.000 plazas anuales. Llevamos tiempo pidiéndolo y lo seguimos haciendo. Necesitamos más implicación por parte de las administraciones central y autonómica y soluciones reales para unas profesionales que se dejan la piel día a día”, puntualiza Cobos.

Además, y con el objetivo de recuperar el cronograma habitual, la convocatoria fija

el 29 de enero de 2022 como fecha para la prueba de acceso y la elección de plazas en marzo para que se incorporen a su puesto a finales de mayo. La tasa de examen es de 23,10€. Por su parte, las preguntas pasan de 175 a 200 y el tiempo para su realización de 4 a 4:30 horas.

**Sanidad recupera el cronograma habitual**

Como novedad, los datos de los adjudicatorios no sólo se van a compartir con las unidades docentes, sino también con las comunidades autónomas.

## Temas pendientes

Al margen de la convocatoria de plazas, enfermería también tiene algunos temas pendientes en materia de especialidades: la convocatoria de la

prueba de evaluación de la competencia, en la que Sanidad prefiere no entrar, pues es competencia del Ministerio de Universidades, y la especialidad de Enfermería Médico-Quirúrgica, pendiente de desarrollo desde su aprobación en 2005.

Así, a preguntas del Consejo General de Enfermería, Vincenç Martínez, señalaba su intención de abordar esta cuestión una vez se apruebe el nuevo Real Decreto de Especialidades de Ciencias de la Salud. “Todavía está por ver si se reformula la especialidad o se disgrega en otras”, señala Cobos.

## Cataluña

Finalmente, en agosto saltaba a los medios de comunicación de posibilidad de transferir la formación sanitaria especializada a Cataluña. Una escisión que hoy por hoy, el Ministerio de Sanidad “no se plantea”, según el director general de Ordenación Profesional.

Relación de plazas de formación de las especialidades de enfermería

Especialidad	Plazas 2020/2021	Plazas 2021/2022
Enfermería Familiar y Comunitaria	687	748
Enfermería Obstétrico-Ginecológica	412	420
Enfermería de Salud Mental	255	285
Enfermería Pediátrica	201	223
Enfermería Geriátrica	66	78
Enfermería del Trabajo	62	68

Fuente: Ministerio de Sanidad. BOE. Elaboración propia

# ASÍ FUE CÓMO SALVARON LA VIDA DE LA PEQUEÑA NAIARA

MIRIAM OLIVAS. Madrid

Un total de 12 horas tardó el equipo sanitario del Gregorio Marañón en salvar el corazón del donante que sería imprescindible para la vida de Naiara. Es un bebé de dos meses que ha luchado por vivir desde su gestación. Los profesionales sanitarios creían que las posibilidades de sobrevivir tras el parto eran pocas y Naiara había empeorado significativamente 24 horas antes de su operación.

Entonces sucedió el hito histórico. Los padres de un bebé de tres kilos fallecido habían donado el corazón de su hijo. Esta era la esperanza de Naiara y el equipo médico del hospital madrileño no dudó en volar hasta la Comunidad Autónoma del donante para salvar un corazón en parada y transportarlo después de haber estado varias horas en isquemia fría. Después se concluyó un hecho insólito hasta el momento y único en el



mundo: llevar a cabo el primer trasplante de corazón infantil de donante en asistolia y con incompatibilidad sanguínea.

## Enfermero perfusionista

Para esta operación sin precedentes ha sido fundamental la labor del enfermero perfusio-

nista del hospital Gregorio Marañón, José Ángel Zamorano. La labor de estos profesionales es sustituir la función de los pulmones y el corazón durante el proceso de trasplante. “Nosotros somos el corazón y los pulmones del paciente durante la cirugía cardíaca”, afirma el enfermero.

Un reto mucho más agudo en este caso concreto al tener que adaptar a una niña muy pequeña la bomba de circulación extracorpórea. Esta parte fue la de mayor estrés para los sanitarios. Además de sumar el desafío de recuperar un corazón que estaba parado para salvar la vida de Naiara y hacer una doble reanimación.

Para lo que muchos es un milagro, para los enfermeros perfusionistas tan solo es su trabajo diario, un trabajo diario con el que pueden hacer que vuelva a latir una vida como la de la pequeña Naiara.



Primer trasplante de corazón infantil de donante en asistolia



# Una PNL pide desarrollar Enfermería en Cuidados Médico-Quirúrgicos

MIRIAM OLIVAS. Madrid

La especialidad en Cuidados Médico-Quirúrgicos sigue siendo la marginada de las siete especialidades incluidas en el Real Decreto de 2005. Mientras el resto han logrado un cierto grado de desarrollo, aunque no total, la de Cuidados Médico-Quirúrgicos lleva 16 años en un limbo. Ante esta situación el Grupo Parlamentario Republicano ha presentado en la mesa del Congreso de los Diputados una Proposición No de Ley para reconocer y desarrollar esta especialidad, para su debate en la Comisión de Sanidad y Consumo.

Este grupo insta al Gobierno a la convocatoria —en el plazo máximo de un mes— de la Comisión Nacional de la especialización para que presente —en un máximo de tres meses— un programa formativo para su desarrollo efectivo. También exige fijar un plazo —máximo de seis meses— con una oferta anual de plazas para dicha especialidad.

Según expone el Grupo Parlamentario Republicano, en lugares como Cataluña, alrededor de un 60-70% de los

profesionales de enfermería “con incidencia en unidades de atención a la Salud especialmente relevantes como son las urgencias y los cuidados críticos, acreditan diariamente el ejercicio profesional, pero ausente del reconocimiento por parte de las autoridades competentes en el ámbito sanitario y del desarrollo formativo”.

## Sin desarrollo desde su aprobación

### Insistencia del CGE

El desarrollo de esta especialidad es algo en lo que viene insistiendo el Consejo General de Enfermería desde la aprobación del Real Decreto de Especialidades. Como explica Florentino Pérez Raya, presidente de las 325.000 enfermeras españolas “esta especialidad requiere de una profunda reflexión ya que en algunos ámbitos, urgencias o críticos, es preciso contar con

una formación especializada, más allá de la que proporciona el Grado en Enfermería. De ahí que esta especialidad sea absolutamente necesaria para que los profesionales puedan trabajar con responsabilidad y con una base de seguridad para el paciente”.

De hecho, en la última reunión del Foro Profesional del Ministerio de Sanidad, que conforman los consejos generales de enfermeros, médicos y farmacéuticos, así como los sindicatos CESH y SATSE, con el director general de Ordenación Profesional, Vicenç Martínez, José Luis Cobos, vicepresidente del CGE, planteaba el futuro de esta especialidad. Así, a preguntas del CGE, Vincenç Martínez, señalaba su intención de abordar esta cuestión una vez se apruebe el nuevo Real Decreto de Especialidades de Ciencias de la Salud. “Todavía está por ver si se reformula la especialidad o se disgrega en otras. Es muy importante que profundicemos en el modelo de especialización que necesita nuestro sistema sanitario y consigamos el consenso para desarrollo”, señala Cobos.





## La Vacuagua y el COVID-19

# Una original forma de llevar la vacunación a todos los rincones de Canarias



Un punto de vacunación y de información para todos los ciudadanos

FERNANDO RUIZ. Madrid

Con el original nombre de “vacuagua”, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias ha decidido poner en marcha una iniciativa que acerque la vacunación a los ciudadanos. Como se suele decir, “si Mahoma no va a la montaña, la montaña va a Mahoma” y este debió ser el pensamiento del Ejecutivo canario cuando se le ocurrió la genial idea que lleva la vacunación frente al COVID-19 a todos los rincones del archipiélago a través de dos autobuses que recorren las islas. Un equipo de enfermeras canarias lidera a nivel profesional este proyecto que ha tenido una gran acogida entre la población insular.

Para Juan José Suárez, director de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria, “la vacuagua nace para facilitar el acceso a la vacunación, sobre todo

**Quiere acercar la vacunación a los ciudadanos**

en la población joven que puede estar más ocupada y en personas que se lo estaban pensando”. “Se trata —añade Suárez— no solo de un punto

de vacunación, sino también de un punto de información y de una manera de promocionar y dar publicidad a la campaña de vacunas”.

Juan José Suárez asegura que “la respuesta de la ciudadanía es muy buena, están acudiendo unas 50 personas por guagua a diario, y con este recurso móvil completamos toda la oferta para la vacunación. Ahora mismo estamos instalando el vehículo en lugares concurridos tales como playas, mercadillos o en las inmediaciones de centros comerciales”.

Suárez deja claro que se trata de “personal formado específicamente en competencias para la vacunación. El equipo

o rife, o en el Auditorio Alfredo Kraus y el Parque Santa Catalina de Las Palmas de Gran Canaria.

**Han recorrido diferentes zonas de las islas**

Aprovechando el buen tiempo de esta época estival, las vacuaguas también han estacionado en las principales playas de las dos islas capitalinas canarias, y de esta manera se ha facilitado el acceso a la vacuna frente al COVID-19 a personas de otras comunidades autónomas que se encontraban de vacaciones en las islas afortunadas.

Además, desde la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias se espera que pueda acercarse al resto de islas del archipiélago. Durante estas semanas, ambas guaguas han ido recorriendo diferentes zonas de las islas, donde han permanecido el tiempo programado según la planifi-

cación establecida. Sin embargo, este planning se irá adaptando a la demanda de la ciudadanía, pudiendo modificarse en función de la afluencia de pacientes a estos puntos móviles de vacunación. De manera diaria se informa de los lugares y horarios en los que quedan ubicadas sendas vacuaguas.

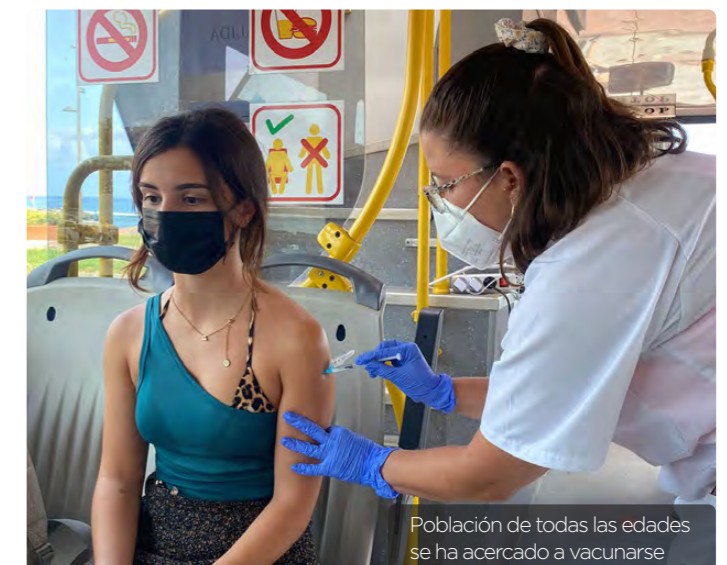
Para recibir la vacuna en estos “buses turísticos” reconvertidos es necesario ser residente en Canarias, presentar DNI / NIE cuando se acceda al vehículo y, en el caso de los menores de 16 años, acudir a estos puntos de vacunación acompañados de su madre, padre o tutor legal.

Además, y como complemento a esta campaña itinerante, la Consejería de Sanidad canaria recuerda que la personas de más de 12 años pueden seguir pidiendo cita previa para vacunarse contra el COVID-19 en los puntos de vacunación habituales. Canarias ha superado ya el 80% de su población vacunada con las dos dosis y las autoridades sanitarias de las islas pretenden que estas buenas cifras se mantengan para alcanzar la tan ansiada inmunidad de grupo.

lo forman tres enfermeros por cada turno y guagua y van rotando para que un gran número de profesionales pueda participar en esta experiencia”.

Se trata de dos vehículos que normalmente recorren los principales puntos de interés de Canarias cargados con turistas que visitan al archipiélago, pero que han sido adaptados para la ocasión con todo lo necesario para llevar a cabo de manera segura y eficaz la administración de las vacunas.

De momento, la vacuagua se ha desplazado por las islas de Tenerife y Gran Canaria. En estas dos islas ha estado presente ya en lugares tan emblemáticos como la plaza de la Basílica de Candelaria y el Parque Marítimo, en Tene-



Población de todas las edades se ha acercado a vacunarse

# FORMACIÓN ONLINE

## para educar en salud a pacientes con obesidad

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Con la llegada de la pandemia, María Victoria Sanz, enfermera de Nutrición del Hospital del Henares, en Madrid, tuvo que adaptar su día a día de manera drástica. Al igual que ella, el resto de compañeros y compañeras de su centro y de todo el país. Tras la incertidumbre del primer momento, y con la necesidad de continuar los cuidados de la población más allá del COVID-19, surgieron las video-llamadas. Zoom, Teams o Skype, entre otras, acercaron la Sanidad a la ciudadanía sin necesidad de acudir a los centros sanitarios para evitar posibles contagios.

De esto sabe bastante la enfermera, que adaptó su programa presencial de educación para la salud con personas con obesidad a formato virtual. Cuatro sesiones, que antes se hacían en la consulta y pasaron a realizarse a través de la

pantalla. “La obesidad es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la sociedad y puede derivar en muchísimas otras enfermedades. Además, también tiene una tasa alta de mortalidad, lo que hace imprescindible actuar sobre ella. Así, a través de Zoom, damos esa prestación y servicio para seguir trabajando con los pacientes”, explica Sanz.

“El objetivo es que cambien de hábitos de alimentación”

Tal y como ella misma resalta, en la primera sesión se explican los pilares fundamentales del tratamiento de la obesidad, que es “dieta y

ejercicio”. “El objetivo de estas charlas es conseguir que cambien los hábitos porque lo que no queremos es que la gente caiga en las dietas milagro porque no son adecuadas, son desequilibradas y hacen un efecto rebote. Lo que nos interesa es que se cambien actitudes y se consiga el objetivo, mejorar su salud y, al fin y al cabo, la de todo el sistema sanitario”, puntualiza.

### Psicológicos

En la segunda sesión, muy importante también, la enfermera ahonda en aspectos psicológicos porque “la mayor parte de los pacientes tiene una carga de ansiedad enorme, depresión, se sienten mal consigo mismos”. “Después, buscamos alternativas para identificar lo que es el hambre y les enseñamos a actuar sobre lo que se llama la alimentación consciente y que tengan las herramientas para poder controlar lo que comen. Hay que contarles cómo son las dietas milagro, los productos comerciales que prometen una cosa y no lo son, así como la importancia de que sea una dieta equilibrada”, asevera.

### Conclusiones

Por último, la enfermera hace una sesión de conclusiones, alimentación, forma de coci-



nar; en definitiva, trucos para este cambio de hábitos. Aunque ella reconoce que hay que hacer un seguimiento personalizado de cada paciente, expone que algo común para todos debe ser la dieta mediterránea. “Hay que comer de todo, pero de forma equilibrada, hacer las cinco comidas, consumir verdura, fruta, legumbres, pescado, carne (la roja con moderación), evitar el abuso de grasas saturadas. En definitiva, comer con sentido común.

### Proceso lento

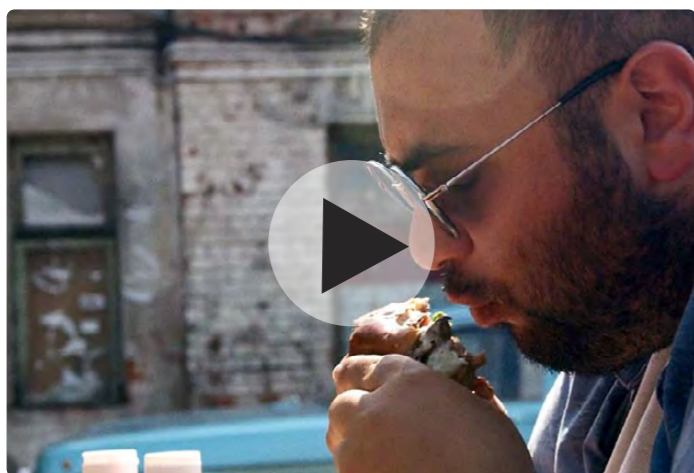
Esto último es lo más importante, ya que la mayoría de

los pacientes quieren perder peso a toda costa. “La obesidad es el exceso de porcentaje de grasa y la gente se conforma con ver la báscula bajar de número, pero podemos estar perdiendo músculo y agua.

“Hacemos un seguimiento personalizado de cada paciente”

Este es un proceso lento, tienen que aprender para que a largo plazo ellos puedan sentirse plenos y a gusto consigo mismos”, subraya.

Para Sanz, la ventaja que tiene realizar las consultas de esta manera es que cada uno puede conectarse desde donde quiera y no tiene que acudir hasta el hospital “El Zoom ha venido para quedarse; nos reinventamos en su momento por la pandemia, pero ahora vamos a tener que dejar muchas de esas herramientas como un recurso más en nuestro día a día”, concluye.



# Así se identifica a los bebés en España



GEMA ROMERO. Madrid

Hace unos días saltaba a los medios de comunicación el caso de dos niñas en Logroño que fueron intercambiadas al nacer en 2002. Un hecho que el Consejo General de Enfermería califica de “totalmente excepcional”, pues “con las medidas que se han puesto en marcha y que tenemos a día de hoy” es imposible que se produzcan. Así lo explica Guadalupe Fontán, enfermera del instituto de investigación del CGE.

De hecho, tal y como destaca Fontán “la identificación inequívoca del recién nacido es una de las prioridades de los sistemas de calidad que tiene todo el Sistema Sanitario. Está recomendado por la Organización Mundial de la Salud, (OMS), está en la Estrategia de Calidad y además cada comunidad autónoma tiene su propia normativa para hacer que los centros cumplan y den ga-

rantías de seguridad en este sentido”.

La primera medida para evitar estos casos “es el fomento de la no separación de la madre y el bebé desde el mismo momen-

## La primera medida es evitar la separación de la madre

to del nacimiento”, destaca Fontán. Así, antes de que se haya producido ninguna separación, los profesionales sanitarios deben realizar la identificación.

“Esta identificación se hace con brazaletes, tanto para la madre como para el hijo, con unos códigos identificativos con un número que es exclusivo para cada recién nacido.

Esos códigos —pueden ser numéricos o de barras— van tanto en la pinza del cordón umbilical como en el brazalete de la madre y del niño”, detalla la enfermera. Además, hay algunas instituciones que suman muestras sanguíneas para la identificación de ADN.

Con estos códigos de seguridad los profesionales sanitarios hacen comprobaciones frecuentes. De hecho “cada vez que van a hacer una intervención o una actividad sanitaria tienen la responsabilidad de confirmar la identidad tanto de la madre como del bebé, con lo cual, si hubiera algún error, se darían cuenta”.

## La huella es insuficiente

En este sentido, las sociedades científicas recomiendan la combinación de estos métodos de identificación “inequívoca” y de “garantía”, puesto que se ha demostrado que sólo el uso de la huella plantar “no es lo suficientemente seguro”. Como recuerda Fontán, “la huella tiene limitaciones, porque es muy difícil realizar correctamente la muestra del bebé y además la huella no está bien formada, por lo tanto, no es un método que se pueda usar aisladamente y que dé garantías de seguridad”, concluye.



La huella no está bien formada



# Idean un dispositivo para medir las tomas de lactancia materna

GEMA ROMERO. Madrid

Toda madre, especialmente primeriza, ha soñado con poder medir lo que mama su bebé cuando le da el pecho. Hasta ahora eso parecía imposible, pero el invento de un enfermero madrileño, Francisco Javier García Rivera, puede ayudarnos a saber cuánto come un bebé también con la lactancia materna.

A las Urgencias pediátricas del Hospital La Paz de Madrid, donde trabaja este enfermero, “en ocasiones nos llegaban niños con diferentes patologías asociadas a una baja o incluso nula ingesta, incluso bebés inconscientes”. Tras pensarlo mucho, se le ocurrió este dispositivo, denominado **Dalma**, que presentó al IDIPAZ ([instituto de Investigación de La Paz](#)). Tras ello contactó con dos compañeras pediatras, Patricia Bote e Isabel Bertolín, que también se embarcaron en el proyecto. Completan el equipo Marcos Bertolín, ingeniero y

Helia Vallejo, ingeniera biomédica.

Juntos presentaron su proyecto a los premios healthstart madri+d 2020 promovidos por la Plataforma de Innovación en Tecnologías Médicas y Sanitarias, donde han logrado uno de los 5 premios de 10.000 euros destinados a la maduración y desarrollo de los proyectos.

## El dispositivo está asociado a una app móvil

Ahora misma están en proceso de patentarlo, por lo que García Rivera es parco en sus explicaciones. “No puedo explicarlo 100%, pero es un dispositivo que va a asociarse a una app móvil. La madre pone al pecho al niño y, de for-

ma inalámbrica, la app calcula la cantidad que ha ingerido. Además, al introducir el peso y la talla, va a calcular lo que necesita tomar el bebé. Si no hace una toma suficiente la propia aplicación le va a recordar que adelante la siguiente toma para evitar posibles complicaciones: deshidrataciones, hipoglucemias, que el bebé no gane peso...”, cuenta el enfermero. Sus ventajas son evidentes, “no sólo para evitar complicaciones y que el bebé esté bien alimentado, sino también disminuyendo la ansiedad de las madres”.

Todavía no disponen de un prototipo, pero ya han hecho el estudio de mercado y el plan de negocios. Según sus previsiones los ensayos clínicos los realizarían en 2022, por lo que podría llegar al mercado, si todo va bien, en 2023. “Tenemos mucha gente interesada gracias a los premios healthstart, pinta bastante bien”, destaca.





# Baby-Lead Weaning, pros y contras de este método de alimentación complementaria del lactante

MARINA VIEIRA. Madrid

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que, hasta los seis meses, la lactancia materna es un método de alimentación suficiente para cubrir las necesidades del bebé. Sin embargo, a partir de esa edad, los bebés comienzan a necesitar más nutrientes para cumplir con sus exigencias físicas de energía y, por esta razón, se empieza a introducir la alimentación complementaria. Hay distintas formas de introducir alimentos diferentes a la leche materna en la dieta de los niños y no hay consenso sobre cuál es la manera adecuada de hacerlo. Un equipo de enfermeros ha realizado una investigación que ha sido publicada en la Revista *Metas de Enfermería* donde se ha concluido la eficacia del *Baby-Lead Weaning* como un método de alimentación complementaria del lactante. Tal y cómo se explica en el artículo, esta forma de introducir comida distinta a la leche materna en la dieta del bebé consiste en que el «propio lactante se lleva a la boca, en función de su

apetito y preferencias, trocitos de alimentos sólidos no procesados de un tamaño y forma adecuados para su manipulación con las manos», explican los autores en la revista científica.

## El lactante se lleva a la boca trocitos de alimentos sólidos

Para Luis Celda, enfermero de la Escuela de Enfermería del Hospital La Fe de Valencia y uno de los autores principales del estudio, este método alimenticio centra su eficacia en que es «una alternativa alimentaria menos rígida y valorada positivamente tanto por los padres como por los profesionales de la salud». Además el enfermero argumenta que tal y como se explica en el artículo «el *Baby-Lead Weaning* es un método protector frente al so-

brepeso y no presenta mayor riesgo de asfixia. Aunque podría asociarse con un mayor déficit de hierro, en su versión modificada no se observan diferencias con respecto a la alimentación tradicional. Además, la mayoría de los padres tienen una percepción positiva y lo recomendarían», concreta el enfermero investigador.

### ¿Riesgo de asfixia?

Pese a que muchos padres que se plantean probarlo puedan

tener reticencias por miedo a la asfixia de sus hijos, Celda afirma que «es una inquietud común en esta alternativa de alimentación, los distintos es-

tudios analizados defienden que el lactante que sigue *el Baby-Led Weaning* presenta un menor riesgo de asfixia que los alimentados por el método tradicional en el que se enseña a los infantes a tragar los alimentos sin masticarlos primero. Así pues, siguiendo unas normas básicas de seguridad que los profesio-

este método, asegurarse de que «el lactante tenga la maduración necesaria a nivel neurológico, renal, gastrointestinal e inmune y las destrezas psicomotoras necesarias para poder manejar y tragar los alimentos de forma segura».

### Beneficios

El enfermero y su equipo de investigadores consideran este método seguro para la ali-

variedad de sabores y texturas, lo que facilita la aceptación de alimentos más diversos y la promoción de una alimentación más saludable. No obstante, en el contexto español, los estudios realizados sobre este método de alimentación complementaria son escasos todavía, aspecto que explicaría que aún sea poco recomendado por parte de los profesionales de la sa-

“Tiene beneficios más allá de los nutricionales”



nales de la salud deben enseñar a los padres, es un método seguro frente al atragantamiento». El enfermero recomienda, antes de introducir

mentación del bebé y defienden que tiene beneficios más allá de los nutricionales. «Se le da al bebé la oportunidad de explorar una mayor

lud. Sería preciso llevar a cabo más líneas de investigación que indaguen y prueben los beneficios del *Baby-Led-Weaning*», concluye.

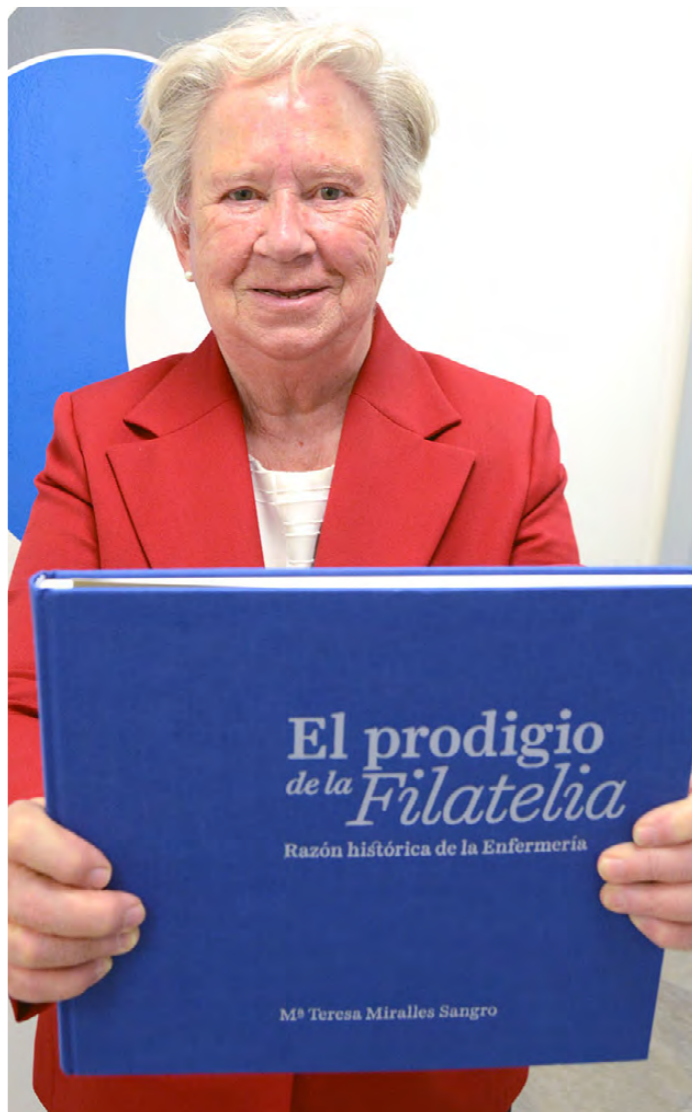
Teresa Miralles, enfermera e historiadora

## “Tras la pandemia, las enfermeras estaremos en la Historia con letras grandes”

F. RUIZ / D. RUIPÉREZ. Madrid

María Teresa Miralles Sangro, enfermera, historiadora, y profesora de la Universidad de Alcalá de Henares, repasa la Historia de la Enfermería y de los cuidados a través de los sellos, testigos extraordi-

narios de la imagen que la sociedad tiene de las enfermeras. Toda esta recopilación de filatelia la ha plasmado en el libro “El prodigio de la Filatelia, razón histórica de la Enfermería”.



**María Teresa, ¿qué van a encontrar las enfermeras en este libro que acabas de publicar?**

Pues este libro es el resultado de nuestra vida, de la actualidad, porque esta obra trata de la Historia de la Enfermería relacionándola con la filatelia, que no son solo los sellos, porque la filatelia es mucho más rica, es cualquier documento postal. Entonces me planteo que gran parte de nuestra historia está en la filatelia, pero lo bonito es que la filatelia que tiene que ver con la enfermería no la ha inventado las enfermeras, la ha creado la sociedad. Lo que tenía claro es que no quería que fuera la historia común que venimos desarrollando o que encontramos en cualquier libro de historia, quería recorrer la historia a partir de aspectos específicos y diferentes de los que hay hasta ahora recogido.

**Hay un capítulo específico, que se titula “La Leyenda negra de la Enfermería”, ¿puedes ampliarnos un poco más de que trata este capítulo?**

La Enfermería en Europa comienza en la etapa monástica y es desarrollada por los hombres y mujeres religiosas que vivían en monasterios y hospitales monásticos por todo el viejo continente. Cuando España llega a América traslada

hasta allí todo su conocimiento y seguimos así hasta el siglo XVI que se inicia en Europa la reforma protestante. Entonces, aquellos países donde se extiende la reforma protestante expulsan de su territorio a todo aquello que tiene que ver con la Iglesia Católica. En países como Alemania o Inglaterra desaparece la Enfermería tal y como se entendía. En esos países comienza la época oscura de la Enfermería. ¿Quién cuida de los enfermos en esos países? Pues personas contratadas por la administración, sin ninguna experiencia y que no saben cuidar a los enfermos. Es esto lo que se considera como la etapa oscura de la Enfermería en Europa, pero que no ocurre en todo el continente, porque en España, por ejemplo, hemos tenido durante los siglos XVI y XVII los primeros libros escritos por enfermeras para la formación de enfermeras.

**¿Podríamos decir que la figura de Florence Nightingale ha ensombrecido a otras enfermeras cuya contribución también ha sido determinante para la Historia de la Enfermería?**

En Europa, a finales del siglo XIX, cuando ella es reconocida en su país, en el Reino Unido, el resto de los países de Europa reconocen el gran imperio británico. Este imperio domina al resto de países y lo que hacen todos los grandes imperios es ensalzar la figura de sus personajes. Ahí está la figura de Florence Nightingale, que no le quito valor a su labor, cuidando a los enfermos de la guerra de Crimea, pero también en España teníamos grandes figuras de la Enfermería. ¿Por qué las enfermeras españolas seguimos aceptando que el Día de



la Enfermería sea el día de Florence Nightingale? Nosotros en España podemos aceptarla, pero no hacerla nuestra; mejor busquemos la nuestra, porque la tenemos. Hay muchas figuras de enfermeras importantes que existen y que están en el libro, pero tendríamos que profundizar un poco.

### Nuestro modo de cuidar está plasmado en los sellos

**¿Qué tres hitos de la Historia de la Enfermería han sido un antes y un después para la profesión?**

Los grandes avances para la Enfermería fueron, en primer lugar, las guerras. Fue en las guerras donde las enfermeras aprendieron a curar las heridas, a hacer una sistemática de higiene de los pacientes, a avanzar en la alimentación y en los cuidados técnicos de curas. Un segundo hito puede ser el desarrollo técnico de los hospitales a partir de los años 70 del siglo XX, con los grandes avances técnicos. Al principio, las enfermeras se centraron en ayu-

dar a los médicos, pero a partir de ahí las enfermeras decidieron elegir y marcar la diferencia. Nosotras no somos ATS, nosotras tenemos que dedicarnos al cuidado de los pacientes. Y el tercero y gran salto fue la entrada de las enfermeras en la universidad, que fue un hito importantísimo.

**En esta pandemia, que es la emergencia sanitaria más importante que hemos vivida en muchas décadas, ¿cómo crees que se va a tratar el papel de las enfermeras en los libros de Historia cuando se estudie esta pandemia?**

Pues vamos a existir, vamos a estar. Si repasamos los libros de historia de siglos pasados, en las grandes pestes encontramos a médicos principalmente. Ahora no, ahora ha habido enfermeras cuidando directamente a los enfermos en las UVI, directamente aplicando cuidados técnicos, de los que somos las responsables, pero también cuidados humanos, acercándose humanitariamente a las personas, en los hospitales, en Atención Primaria, y también en la prevención y en la vacunación. Vamos a existir en esta historia, ahora sí vamos a estar y con letras grandes.

De la mano del Instituto de Formación Sanitaria (ISFOS)

## Más de 14.500 enfermeras se forman para ser líderes sanitarios

MARINA VIEIRA. Madrid

La labor de las enfermeras no se reduce al ámbito asistencial. La profesión crece gracias a la labor de enfermeras investigadoras, gestoras o con cargos ejecutivos en todo tipo de instituciones sanitarias. Uno de los objetivos del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) es reivindicar y fomentar el liderazgo en enfermería. Por esta razón, el Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS), centro de formación de la Organización Colegial de Enfermería, apuesta por la formación en liderazgo enfermero. El centro, en su primer año de actividad, ha formado en este ámbito a través de un [curso internacional](#) y gratuito a más de 14.500 enfermeras. Esta actividad formativa se ha enmarcado en el Reto Nightingale del Consejo Internacional de Enfermeras, una iniciativa que cuenta con el objetivo de promover el liderazgo en la profesión. ISFOS nació en 2020 con el objetivo de ofrecer formación continuada gratuita o a precio de coste a todas las enfermeras de España y ha cerrado su primer año con más de 61.000 asistentes —concretamente 61.351— a sus formaciones online a través de más de 120 cursos de formación continuada y expertos universitarios.

Pilar Fernández, directora de ISFOS explica que este centro nació “con el objetivo

de ofrecer un mejor servicio a las enfermeras y enfermeros —a través de sus colegios de Enfermería— para que puedan dar respuesta a situaciones como a las que nos enfrentamos”, por esta razón, para la directora es “más que un orgullo cerrar el año con estas cifras. Significan que la formación que ofrecemos está demandada entre nuestras profesionales y que es útil para su crecimiento”.

“Queremos llegar a las más de 325.000 enfermeras españolas”

### Formación frente al COVID-19

Otra de las grandes apuestas formativas del centro han sido las relacionadas con el COVID-19. En concreto, el seminario online “Actualización en el plan de respuesta ante el COVID-19”, el webinar “Vacunación: nuevos escenarios y nuevos tiempos” y los seminarios *online* sobre pruebas diagnósticas y herramientas de apoyo psicológico ante la pandemia suman más de 15.000 asistentes. Le sigue

el curso universitario “Liderazgo enfermero, desafío Nightingale” con un total de 14.586 alumnos. “La profesión avanza y las enfermeras necesitan adaptar su formación a los nuevos tiempos. Por esta razón estamos en continua creación de cursos que se adapten a las necesidades del momento de nuestras profesionales. Ahí está la clave del éxito, estamos a la vanguardia de lo que requiere cada situación concreta”, recalca Pilar Fernández, directora de ISFOS.

El objetivo de ISFOS es dar servicio a los colegios provinciales de Enfermería, diseñando cursos en base a las necesidades formativas que vayan surgiendo desde ámbitos enfermeros como la asistencia, la gestión, la investigación o la educación para la salud. Además de los cursos específicos de herramientas frente al COVID-19, desde ISFOS, en este primer año, se han impartido formaciones sobre prevención de agresiones al personal sanitario, competencias enfermeras para la gestión de equipos, estrés postraumático y otras patologías o experto universitario en enfermería escolar, entre otros.

“Nuestro objetivo es llegar a las más de 325.000 enfermeras españolas. La formación continuada es la receta para la excelencia en los cuidados que caracteriza a las en-



fermeras de nuestro país y queremos que todas nuestras profesionales puedan tener acceso a ella”, afirma Pilar Fernández.

### Clave durante la pandemia

Este último año, el COVID-19 ha puesto en jaque al sistema sanitario español e ISFOS ha dado respuesta a las necesidades de las enfermeras a través de todos sus cursos. Desde el primer momento se vio la necesidad de desarrollar cursos adaptados a esta nueva enfermedad y han resultado ser un gran triunfo. “Han sido un éxito sin precedentes no sólo en España,

también en varios países de América Latina, que son países con los que siempre hemos trabajado e intercambiado experiencias formativas”, resalta Pilar Fernández, directora de ISFOS.

ISFOS no tiene ánimo de lucro y, por tanto, realiza toda su formación a precio de coste para que los colegios provinciales de enfermería puedan dar acceso a sus colegiados a una oferta formativa de primer nivel. “El objetivo final es ofrecer un mejor servicio a las enfermeras y enfermeros para que puedan dar respuesta a situaciones como la que estamos viviendo en estos momentos”, concluye Pilar Fernández.







**Antonio Mingarro**  
Redactor jefe de Sanifax



## Plazas de formación especializada

Acaba de conocerse la convocatoria de formación sanitaria especializada para el próximo curso. Había mucha expectación. Primero, por si el Ministerio recuperaba de verdad las fechas perdidas en años anteriores por la pandemia. Segundo, por la elección *online*, que tantos “ríos de tinta” ha hecho correr y que, en su primera prueba, antes del verano, demostró que estaba demasiado tierna y no garantizó el tiempo real al 100%. Y para la enfermería, también había expectación por cuál sería el aumento real de plazas, en unas circunstancias en las que es evidente el déficit que tiene nuestro país. En ese sentido, el resultado ha sido discreto. Hay un esfuerzo un poco más importante que en años anteriores, pero insuficiente. Y que, además, en algunos casos tiene “truco” detrás.

Todos los estudios realizados desde el ámbito enfermero coinciden en que existe un altísimo déficit de profesionales de enfermería en nuestro país. Lo había antes de la pandemia. Y entre las muchas “desnudeces” que esta ha mostrado, posiblemente este aspecto ha estado entre los más preocupantes. Se habla de “aprender las lecciones de estos 18 meses” para estar preparados en caso de que haya situaciones similares, pero la verdad es que, viendo la convocatoria, no parece que nuestros gestores y autoridades lo hayan hecho. Lo normal es que, en esta ocasión, nos hubiéramos quedado rayando o superando las 2.000 plazas. Pero la realidad es que no será así. Porque, además, un buen número de las plazas que aumentan son las de Enfermería del Trabajo, una especialidad sin duda importante, pero que no es donde verdaderamente existe más déficit.



Una vez más, la profunda vocación de la enfermería sirvió para que su coraje evitara la pérdida de miles de vidas. Pero era una situación límite que se asumió por lo que significaba una amenaza enorme. No puede ser que, si vuelve a haberla, deba repetirse de nuevo sin haber empezado a ponerle remedio. Lo mismo sucede con las enfermeras especialistas en Geriatría, que trabajan en residencias. Además de todos los problemas, ya analizados en estas páginas hace pocas semanas, persiste el principal de todos: que no hay ni se encuentran. Si cualquiera de las variantes COVID que ahora nacen, crecen y se expanden con mayor virulencia, se recrudece en las residencias de mayores, ¿quién los cuidará...?

La sociedad tiene, con toda la razón, una sensación cada vez más extendida de que la actuación de los gestores va por detrás de la pandemia. Se tuvo con la protección de los profesionales, con las vacunaciones, con los “bandazos” en tantas decisiones... Y ahora vamos a terminar igual con las plazas de formación. Un problema, en este caso, que además trae otro peor: el de las pésimas condiciones laborales que se ofrecen, con contratos que en ocasiones se acercan al margen de la tiranía. Así que, encima de que formamos muchas menos especialistas de las que debiéramos, facilitamos que se nos vayan del país. Y en otros las reciben con los brazos abiertos y encantados de disfrutar de su valía sin haber invertido en ellas. ¿Seremos capaces en algún momento de romper este “círculo vicioso” tan negativo? De momento, la expectativa de hacerlo es nula.

# 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](http://www.enfermerA1.com)

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA



## PROCEDIMIENTO DE MOVILIDAD INTERNA

M.<sup>a</sup> JOSÉ FERNÁNDEZ. Asesoría Jurídica CGE

Según la Sentencia del Tribunal Supremo de abril de 2021 en un Procedimiento de Movilidad Interna no cabe efectuar distinción entre los servicios prestados como personal fijo o interino ni valorar servicios en funciones no sanitarias si se concursan a una plaza sanitaria.

La Resolución de la Gerencia de Acción Integrada de Cuenca de 2016 fue recurrida por considerar discriminatoria la puntuación por servicios no comparables y por no equiparar los servicios prestados por el personal interino y fijo (art. 78 del EBEP, arts. 14 y 23 CE y cláusula 4 del Acuerdo Marco de la CES, UNICE y CE-EP sobre el trabajo de duración determinada, anexo a Directiva 1999/70/CE). Fue estimada por Sentencias de 25.4.201 del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo 1 de Cuenca y de 4.2.2019 del TSJ de Castilla-La Mancha.

### Sentencia del TS

Así lo explica el texto de la resolución: “los criterios de antigüedad relativos a determinadas condiciones de trabajo serán los mismos para los trabajadores en contrato de duración determinada que para los trabajadores fijos, salvo que criterios de antigüedad diferentes vengan justificados por razones objetivas. (...) de esta norma se desprende que

la valoración de la antigüedad y, por consiguiente, de los servicios prestados en el pasado debe ser la misma para los trabajadores fijos y los de duración determinada. (...) La consecuencia de todo ello es que la valoración de los servicios pasados no puede ser diferente simplemente por haber sido prestados en una condición u otra. Sólo si hay

### Los criterios son los mismos

“razones objetivas” cabe apartarse de esta regla general de igualdad de valoración. En este mismo sentido se pronunció la sentencia Rosado Santana de 8 de septiembre de 2011, “el mero dato de que los servicios se prestaran en condición de interino no constituye una razón objetiva a efectos de la cláusula 4 del Acuerdo Marco; es decir, para que sea legítimo valorar de manera distinta los servicios del personal fijo y del personal interino”.

### Funciones no sanitarias

En cuanto a valorar servicios prestados en funciones no sa-

nitarias: “es evidente que valorarlos otorga una ventaja frente a quienes no lo hicieron, por tanto, puede decirse que el baremo introduce una diferencia de trato. Que esta sea discriminatoria, en el sentido de prohibida por los arts. 14 y 23 de la CE, dependerá de si existe alguna justificación razonable para ella, es decir, si hay alguna relación apreciable y digna de protección entre la finalidad perseguida al hacer una convocatoria de plaza para profesionales sanitarios en la Administración autonómica y los servicios prestados anteriormente —como personal estatutario fijo— en funciones de otra naturaleza. Esta diferencia de trato nada tiene que ver con la finalidad de interés general perseguida por la convocatoria, por lo que no puede calificarse de razonable y desde luego, no resulta justificable en términos de mérito y capacidad del artículo 103 de la Constitución”.

### ENVÍA TUS DUDAS

Envíanos tus preguntas sobre los derechos que te asisten, junto con tus datos personales (teléfono incluido) y número de colegiado a:

Enfermería Facultativa  
C/ Fuente del Rey, 2  
28023 Madrid

Correo electrónico:  
prensa@consejogeneralenfermeria.org

## Sanidad falla al procesar la información

El Ministerio de Sanidad ha arrastrado desde tiempos inmemoriales un problema de información gigantesco cuya dimensión se ha visto más agrandada aún durante la pandemia. Aunque muchos de los datos que maneja son inmejorables, su lentitud a la hora recabarlos, procesarlos y hacerlos públicos ha sido siempre exasperante. Por ejemplo, las estadísticas sobre el número de interrupciones voluntarias del embarazo o sobre la evolución de las listas de espera quirúrgicas y diagnósticas en el Sistema Nacional de Salud (SNS) se notifican con meses de retraso. El estallido del COVID realzó este colosal agujero, impropio de los tiempos en los que nos encontramos. El problema no es baladí, porque sin una información fiable y utilizable casi en tiempo real resulta difícil luego adoptar decisiones acertadas y gestionar correctamente una crisis de este calado. Durante los primeros meses de la pandemia, los servicios de salud pública del Ministerio y de las comunidades evidenciaron este vacío. De hecho, tuvieron que ser en las semanas iniciales los intensivistas los que contabilizaran en red el número de enfermos ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIS) porque no existía un cómputo oficial al respecto, lo que equivale a decir que en las primeras fases de la pandemia se actuó a ciegas y sin posibilidad de una planificación certera y precisa a nivel autonómico y central.



Hubo problemas también, y serios, con la información sobre los contagios. Es cierto que nadie sabía a ciencia cierta qué notificar ante la súbita multiplicación de los casos, lo que provocó que las estadísticas oficiales omitieran infecciones y fallecimientos propiciados a ciencia cierta por el COVID, pero meses después los fallos siguen produciéndose. De hecho, no es rara aún la semana en la que una autonomía rectifica las cifras que mandó al Ministerio de Sanidad por problemas en el procesamiento de la información.

En lo que se refiere a los sanitarios, baste decir que el Ministerio carece hasta el 11 de mayo de 2020 de información individualizada sobre las infecciones registradas, lo que da idea del descontrol que se produjo en la fase inicial de la crisis. Aunque es cierto que muchos de estos defectos son inherentes a la rapidez con la que estalló el COVID-19 y que parte de ellos se han corregido sobre la marcha, hay otros que subsisten. Resulta inadmisibles que tras casi año y medio de pandemia el Ministerio siga sin ofrecer durante los fines de semana datos sobre los contagios o las muertes registradas. También resulta increíble que no se haga pública la información sobre las infecciones que se han producido entre los ya inmunizados y qué vacuna concreta recibió cada uno de ellos. Esos datos existen, y aunque puedan alentar los movimientos antivacunas tendrían que notificarse.

### Sergio Alonso

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





### XL CONGRESO ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

**Fecha:** del 23, al 25 de septiembre de 2021  
**Lugar:** Sevilla  
**Organiza:** Asociación Española de Enfermería Urológica  
<https://2021.congresoenuro.com>



### VII CONGRESO INTERNACIONAL DEPENDENCIA Y CALIDAD DE VIDA

**Fecha:** del 20 al 21 de octubre de 2021  
**Lugar:** online  
**Organiza:** Fundación edad y vida  
<https://www.congresoedadyvida.com/index.php>



### CONGRESO DEL CIE ENFERMERÍA POR EL MUNDO

**Fecha:** del 2 al 4 de noviembre de 2021  
**Lugar:** online  
**Organiza:** Consejo Internacional de Enfermeras  
<https://icncongress2021.org/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 accesit dotado por una suscripción anual a Enferteca para cada uno de los miembros del equipo.  
[www.enfermeria21.com/revista-metas-de-enfermeria/premios-metas/](http://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:** <https://bit.ly/BasesPremiosCGE>

### 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/>

### XXV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLÓGICA

**Fecha:** del 7 al 9 de octubre de 2021  
**Lugar:** Oviedo  
**Organiza:** Asociación Nacional de Enfermería Hematológica  
<https://www.aneh.es/noticias.html>



### 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](mailto:congreso@mpmundo.com)  
<https://aesmatronas.com/congreso>



### LIV CONGRESO NACIONAL SEPAR

**Fecha:** del 4 al 7 noviembre 2021  
**Lugar:** Sevilla  
**Organiza:** SEPAR  
**Email:** [secretaria@separ.es](mailto:secretaria@separ.es)  
<https://www.separ.es/>



## International Nursing Review

EN ESPAÑOL

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 Opel Astra

# MUCHO MÁS QUE UN LAVADO DE CARA

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

Desde su fábrica en Alemania ve la luz un modelo emblemático y fiable, pero que llevaba un tiempo sin hacer tanto ruido como, por ejemplo, su hermano de grupo: el Peugeot 308. El Opel Astra se reinventa con cambios importantes en su diseño y en sus motorizaciones que se suman a la oferta híbrida y eléctrica sin renunciar a gasolina y diésel.

El Astra es un modelo que tradicionalmente ha arriesgado poco en su diseño en estos treinta años de existencia, pero con las tendencias actuales estaba claro que era pertinente un salto en este sentido. Destaca su iluminación frontal, ya que el Astra estrena la última evolución de la iluminación adaptativa Intelli-Lux LED Pixel. Este

sistema de iluminación procede directamente del modelo abanderado de la marca, el Insignia, y con 168 diodos LED lidera en su campo tanto en el segmento de los compactos como en de los medios. En general la línea es moderna, también en las luminarias traseras, siguiendo los cánones actuales de líneas fijas.



No obstante, donde se constata una auténtica revolución tecnológica es en la cabina. El puesto de conducción, con un volante muy característico de Opel, resulta impresionante con la total digitalización de la instrumentalización y ausencia de botones físicos.

### Motores

Respecto a las motorizaciones, aún conservando las opciones clásicas de diésel y gasolina, motores robustos y que nunca han sido una preocupación para el conductor. Pero está claro que la marca se va a volcar con la promoción del híbrido enchufable. De hecho, el embajador de la marca, Jürgen Klopp, entrenador ale-



### Silencio y eficiencia a velocidades bajas

mán del Liverpool, ha sido el encargado de hacer públicas sus primeras impresiones al volante de este modelo. A falta de detalles técnicos, parece ofrece lo que se espera de un híbrido, silencio y eficiencia a velocidades bajas y brío y respuesta ágil en los viajes con un consumo de combustible más que razonable. Para la versión totalmente eléctrica habrá que esperar al año 2023. Ahora habrá que ver la interesante pugna que se abre en el segmento de compactos medianos entre modelos que pisan muy fuerte y que parecen franquicias eternas como el Peugeot 308, el Renault Megane. El Seat León y, por supuesto, el Volkswagen Golf, al que recuerda un poco este nuevo Opel Astra.



**El enfermero Adolfo Rodríguez publica su tercer libro:**

## “A la hora de escribir me nutro de mis vivencias en el hospital”

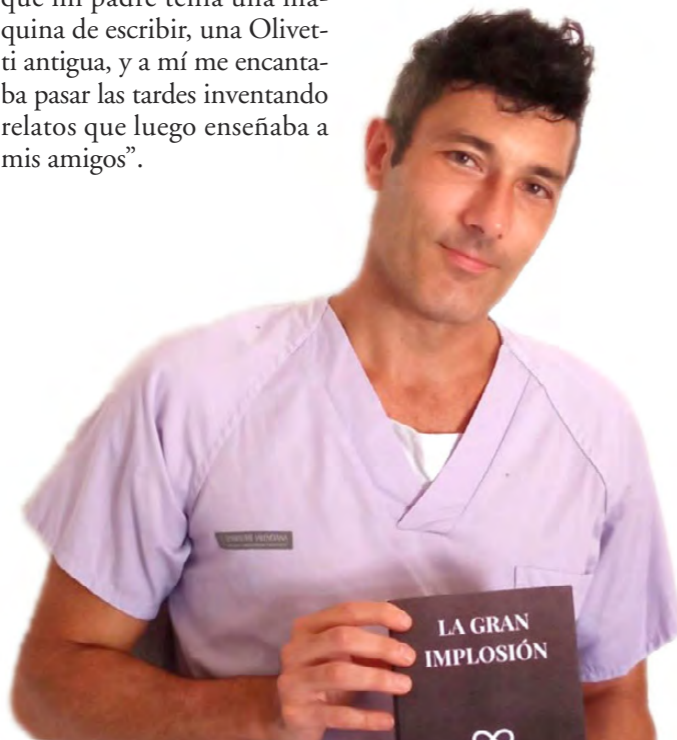
ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

*La Gran Implosión* es el título del tercer libro que publica Adolfo Rodríguez, enfermero de la Unidad de Quemados del Hospital de Alicante. Es, según sus palabras, del que más orgulloso se siente y reconoce que ya está pensando en una cuarta. Mientras tanto, compagina su trabajo en el hospital con la faceta de escritor.

Para él, la literatura llegó hace muchos años: “Desde que iba al instituto. Recuerdo que mi padre tenía una máquina de escribir, una Olivetti antigua, y a mí me encantaba pasar las tardes inventando relatos que luego enseñaba a mis amigos”.

Aunque le apasiona la escritura, reconoce que es antes enfermero que escritor porque “es mi trabajo principal y,

“Aunque voy progresando, sigo siendo más enfermero que escritor”



aunque voy progresando en el mundo de la literatura, sigo siendo más enfermero que escritor”.

Rodríguez reconoce que no es fácil del todo compaginar la enfermería con la escritura, sobre todo por el tiempo que se necesita para poder avanzar. “En ocasiones, esa escasez de tiempo se traduce en una pérdida de constancia y hay que saber lidiar con eso y esforzarse para encontrar un buen momento para escribir. El lado bueno es que puedes nutrirte de tus experiencias para poder enriquecer la calidad de tus relatos”, apunta.

### Vivencias

Y cuando se habla de enriquecerse, el enfermero subraya que “es evidente que, a la hora de escribir, me nutro de mis vivencias y en el hospital he podido conocer muchas historias, tanto buenas como malas”.

En cuanto a *La Gran Implosión*, Rodríguez considera que supera a sus otras novelas en cualquier aspecto. “La supera en originalidad, en cuidado y calidad. Pienso que es algo que les pasa a todos los escritores, como en la mayoría de profesiones en esta vida, se mejora con la práctica y yo lo he notado mucho”, apunta.

Él mismo asegura que su intención es que haya una cuarta, pero “tengo claro que si lo hago es, como mínimo, para mantener el nivel de esta última y si puedo, mejorarlo”. “Me apetece escribir novela negra y tengo alguna idea a la que habría que dar forma, pero me frena el hecho de que hasta ahora sólo he escrito realismo mágico y ficción, quizá sean los géneros que mejor domino”, asevera.



**E** ENFERMERÍA  
**C** CIENTÍFICA

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](mailto:instituto@consejogeneralenfermeria.org)

Consulta las normas de publicación aquí.





*Escape Room 2: Mueres por salir* (Adam Robitel 2021)

## MUERTE CONTRARRELOJ



DAVID RUIPÉREZ. Madrid

La gran saga de *Saw* podría ser el máximo exponente reciente del género de psicópatas asesinos que se devanan los sesos para idear la forma más original de acabar con un ser humano. Muertes y dolor que experimenta el espectador en sus carnes hasta el punto de tener que apartar la vista de la pantalla o agarrarse un brazo. Al calor del éxito de esa serie de películas surgen otras que comparten la facilidad para expirar y el sadismo de un genio del mal con mucha imaginación. *Escape Room* se inspira en ese pasatiempo de moda, resolver un enigma, buscar pistas o hallar las claves para salir de la sala donde nos hallamos un grupo de personas, sólo que si se acaba el tiempo también se acaban tus días en este mundo. La primera entrega era una película bastante entretenida y trepidante. En la se-

cuela, la organización detrás de este macabro pasatiempo reúne —contra su voluntad— a los supervivientes de ediciones anteriores de esta competición. A partir de ahí tenemos una sucesión de salas muy originales donde burlar a la muerte gracias a tus conocimientos, habilidades y muchas dosis de suerte.

**Ni un segundo sin una tregua a la angustia**

Como era de esperar tenemos a actores de gama media y un guion quizá predecible, pero la verdad es que la cinta engancha y se pasa en un suspiro, casi sin pestañear. El mérito de *Escape Room 2* reside en controlar el ritmo para que

el espectador tenga el corazón en un puño y experimente la tensión que embarga a los personajes. No hay diálogos brillantes ni se profundiza en las historias que les han llevado a esa horrible prueba vital, pero tampoco hay acción a lo loco, ni explosiones constantes y sin sentido. Se trata de un mero entretenimiento para desconectar de los problemas y pasar un buen rato ante la pantalla o la tele de casa, pero es un entretenimiento no exento de dignidad y aprueba aunque no pase a la historia del cine. Eso sí, si se empeñan en rodar una tercera parte...

### VALORACIÓN

★★★★☆

“Ritmo trepidante, imaginación al servicio de la tortura y el sufrimiento humano”



## MAGRITTE, el arte de pensar

MARINA VIEIRA. Madrid

Por primera vez, desde 1989, la ciudad de Madrid acoge una retrospectiva dedicada en exclusiva al artista belga René Magritte. Bajo el nombre “La máquina Magritte” el museo madrileño presenta las obsesiones plasmadas en sus cuadros de uno de los máximos representantes del surrealismo internacional. Su desbordante ingenio dio lugar a un sinfín de composiciones audaces y de imágenes provocativas, capaces de alterar nuestra percepción, cuestionar nuestra realidad preconcebida y suscitar la reflexión, ex-

plican desde el centro de arte. Comisariada por Guillermo Solana, director artístico del museo, “La máquina Magritte”

**Reúne más de 90 pinturas del autor**

te” reúne más de 90 pinturas procedentes de instituciones, galerías y colecciones particulares de todo el mundo, gracias al apoyo de la Fundación

Magritte y de su presidente, Charly Herscovici.

### Fotografías y películas caseras

La exposición se completa con una selección de fotografías y películas caseras realizadas por el propio artista, que forma parte de una muestra itinerante comisariada por Xavier Canonne, director del Musée de la Photographie de Charleroi, y que se mostrará ahora en una instalación especial, por cortesía de Ludion. Magritte definía su pintura como un arte de pensar. A pesar de su conocida oposición al automatismo como procedimiento central del surrealismo, parece conferir un valor intelectual a la despersonalización y la objetividad de esa autorreproducción de su obra. “La máquina Magritte no es coherente y cerrada como un sistema, sino abierta como un procedimiento heurístico, de descubrimiento; y es recursiva, porque las mismas operaciones se repiten una y otra vez, pero produciendo cada vez resultados diferentes”, concretan desde el museo.

La exposición está disponible para ser visitada en el museo Thyssen-Bornemisza hasta el 30 de enero de 2022. Tras su presentación en Madrid, “La máquina Magritte”, viajará al CaixaForum Barcelona, donde podrá visitarse del 24 de febrero al 5 de junio de 2022, en una nueva colaboración con la Fundación “la Caixa”.



“El futuro de las estatuas” es una de las obras que se podrán contemplar en el museo madrileño

**MÁS INFORMACIÓN**

<https://www.museothyssen.org/>



COS

## POUCH, ¿qué significa?

MARINA VIEIRA. Madrid

La moda, como siempre, con sus tonterías. Palabras complejas para identificar objetos, bolsos o nuevas tendencias. El marketing *fashion* no tiene fin y el objetivo siempre es claro: presentar novedades constantes que nos inciten a cambiar de vestuario. Una de las nuevas palabras que se están introduciendo en el léxico de los entendidos en moda es la que da título a este artículo: *pouch*. ¿Qué nos quieren comunicar? ¿Con qué se identifica? No, no es una exclamación tras haber recibido un golpe, pero sí que tiene una parte onomatopéyica importante. La receta para identificar los bolsos que se identifican bajo este nombre es: tamaño pequeño, forma indefinida y colores estridentes. Pero, sobre todo, un material maleable. En cuero, tela, o plástico blando pero lo sustancial es que la forma dependa de cómo lo sujetemos y que parezca que cuando se encuentran entre nuestras manos haga un ruido parecido al nombre que lo bautiza. Válido para diario y un complemento perfecto para eventos, ya que es lo suficientemente pequeño para no entorpecer el *look*, pero tiene un tamaño muy bueno para poder llevar lo necesario. Aquí algunas de nuestras propuestas favoritas de marcas nacionales e internacionales.

### Laia Alen

Esta pequeña marca barcelonesa que nace por la pasión

de Laia Alentorn, una diseñadora que ha nacido entre textiles, tiene los *pouch* más apetecibles del mercado. En sedas de colores vibrantes se pueden encontrar en múltiples opciones a través de su web. Nuestro favorito es este naranja, que promete dar mucho color a los primeros días de este otoño que, irremediablemente, ya llega. Por 145 euros se puede adquirir en su [web](#).

### Ganni

La marca danesa más *cool* se está colando, poco a poco, en los armarios de *influencers* y editoras de moda españolas. Con un estilo desenfadado, pero con prendas de mucha calidad hacen propuestas como la que incluimos en la selección de hoy. Nos gusta casi todo: el color, el diseño, el material. Lo que no nos encanta es el precio. Lo tienen en distintas gamas, pero siempre oscila en los mismos presupuestos. Por 95 euros [en web](#) y tiendas multimarca.

### COS

La última propuesta viene con más tamaño y con una opción de poder llevarlo como bandolera. Era fácil que entre los accesorios funcionales de la marca encontrásemos el accesorio que nos faltaba, y aquí está. De cuero muy gustoso por 115 euros en tienda física y [web](#).



Laia Alen



Ganni

## ALOIS

# La primera *app* para cuidadores de personas con alzhéimer y otras demencias

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

Con el nombre de pila del psiquiatra y neurólogo alemán que dio nombre a la enfermedad neurodegenerativa que afecta, sólo en España, a 40.000 personas, nace ALOIS, una nueva aplicación para dispositivos móviles que pretende servir de ayuda los cuidadores de las personas aquejadas de esta terrible dolencia. Esos cuidadores de personas con alzhéimer o demencias similares sufren, en un 90% de las ocasiones alguna afectación del estado de ánimo, como apatía, irritabilidad, ansiedad o trastornos depresivos. También pueden sufrir dolores musculares o de cabeza, alteraciones del sueño o desajustes gas-

trointestinales, entre otros síntomas.

La nueva *app* está disponible tanto para iOS como para Android y ha sido desarrollada por Marta Ruiz Gurpegui, neuropsicóloga y Miguel Ángel García Soldevilla, neurólogo del Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares y psiquiatra. Permite a los cuidadores crear un perfil del paciente y realizar consultas que

Resulta sencillo crear el perfil del paciente



serán respondidas en un plazo medio de dos horas.

Enfrentarse a una dolencia neurodegenerativa como cuidador de la persona que la sufre implica sumirse en un mar de dudas y frustración. Cualquier ayuda es poca y contar con profesionales sanitarios en los que apoyarse puede repercutir muy positivamente en la salud física y mental del enfermo y de la persona que le cuida.

Una vez creado el perfil del paciente, todos sus cuidadores informales estarán conectados y tendrán toda la información del paciente y su evolución, lo que permite coordinar horarios, recordar medicaciones y dejar constancia de datos o eventos importantes.

El otro gran activo de la aplicación es la posibilidad de plantear consultas y dudas a los profesionales sanitarios. “Constantemente aparecen por nuestras consultas cuidadores que han tenido que reorganizar su día de forma urgente, pidiendo tiempo en el trabajo, a alguien que se encargue de sus hijos, acudiendo a los servicios de urgencia, etc. porque ha observado algo en su familiar que le genera duda y no sabe cómo resolver” explica Marta Ruiz Gurpegui.



# LO + VIRAL

Paciente **CONFUNDE** a ENFERMERO con un FANTASMA 🤖👻

#HospitalValme luce gran fotomosaico reconocimiento a la labor y esfuerzo en la pandemia por profesionales #AGSSurSevilla. Homenaje simbólico y lleno de contenido: una foto de fotos con más de un millar de rostros profesionales con el recuerdo eterno de 2 de ellos que fallecieron



1:27 p. m. · 9 sept. 2021 · Twitter for Android

29 Retweets · 4 Tweets citados · 117 Me gusta

Consejo General de Enfermería @CGEnfermeria

Las enfermeras no merecemos una imagen así. Somos las profesionales de los cuidados y exigimos que se nos trate con respeto y con rigor.

Desde aquí solicitamos a ALE-HOP que retire estos productos y revise el diseño de sus bolígrafos

Gracias @enfermeratweet por denunciarlo

Enfermería Blog @enfermeratweet · 8 sept.  
Esta mañana he visto este bolígrafo de una enfermera en una de las tiendas ALE-HOP.  
Ruego que revisen este producto con una imagen anacrónica e hipersexualizada, alejada del rol profesional y social de nuestra profesión.  
Basta ya de estereotipos y menospreciar las enfermeras.



2:34 p. m. · 8 sept. 2021 · Twitter Web App

El Español · 21 horas ·  
El paciente objeto de la vista que incumplió de forma sangrante el protocolo era un familiar del 'clon de La Loles', conocido en la capital del Segura por tráfico de drogas, y cuando la coordinadora de enfermería acudió a pedir -amablemente- que respetasen la normativa acabó agredida.



EL ESPAÑOL

La brutal agresión a una enfermera por desalojar una habitación con 20 personas: "Te matamos"



## 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 7

■ SEPTIEMBRE 2021



### SUMARIO

Rol de la Enfermera en los Equipos de Cardiooncología

48



## Rol de la Enfermera en los Equipos de Cardiooncología

Concepción Fernández Redondo<sup>1</sup>, Isabel Pérez Loza<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermera Supervisora de Área de Cardiovascular del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.  
<sup>2</sup> Enfermera Cardiología Críticos, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Grupo de investigación de Enfermería Idival.

### Acceder al texto completo y original:

[https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/Enferm-Cardiol.-2021-288228-39\\_4.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/Enferm-Cardiol.-2021-288228-39_4.pdf)

**Correspondencia:** Concepción Fernández Redondo. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n 30120 El Palmar, Murcia. Correo electrónico: mconcepcion.fernandez2@gmail.com.

### RESUMEN

Los avances en el diagnóstico precoz y las nuevas terapias antitumorales han conseguido una mayor supervivencia de los pacientes diagnosticados de cáncer, pero una de las mayores complicaciones del tratamiento anti-neoplásico es la potencial afectación cardiovascular. Por otro lado, pacientes con cáncer también pueden tener una enfermedad cardiovascular previa, que se ve agravada por el crecimiento del tumor o por los fármacos antitumorales. La enfermera juega un papel fundamental en la prevención de la cardiotoxicidad, con estrategias costo-efectivas: la identificación, control y monitorización estricta de los factores de riesgo cardiovascular antes, durante e incluso una vez finalizado el tratamiento y la promoción de un estilo de vida cardiosaludable.

**Palabras clave:** Cardiotoxicidad, supervivientes de cáncer, grupo de salud interdisciplinario, rol de la enfermera, competencia clínica, enfermería basada en la evidencia.

### INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (junto a las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes) son las principales responsables de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles<sup>1</sup>. Si bien, hasta un 30% de los fallecimientos de pacientes con cáncer pueden ser de causa cardiovascular, el cáncer duplica el riesgo de mortalidad de los pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) y la progresiva reducción de la mortalidad de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) o cardiopatía isquémica crónica estable lleva a una mayor supervivencia a largo plazo de estos pacientes, con mayor riesgo asociado de presentar neoplasias de novo o recidivas de enfermedades previas<sup>2</sup>.

El cáncer y la ECV pueden coexistir en un mismo paciente debido a la presencia de factores de riesgo comunes y mecanismos biológicos<sup>3</sup> e incluso se habla sobre la posible relación entre la terapia antiagregante y el riesgo de cáncer<sup>2</sup>, pero sin demostrarse una asociación entre esta y un mayor o menor riesgo de cáncer. Ambas enfermedades se engloban en el concepto de enfermedades crónicas (por su constante progresión y carácter incurable) como consecuencia de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales (industrialización, pobreza, tabaquismo, alcohol, alimentos procesados e inactividad física)<sup>1,4</sup> con el consiguiente riesgo de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), alteraciones de los lípidos y/o obesidad, fomentando tanto la aparición como la progresión de ambas enfermedades<sup>5</sup>. Cada vez hay una mayor prevalencia de las ECV en los pacientes a los que se diagnostica un cáncer, aproximadamente uno de cada tres pacientes con un nuevo diagnóstico de cáncer tiene antecedentes de problemas cardiovasculares o factores de riesgo cardiovascular (FRCV), como diabetes, hipertensión, tabaquismo y/o dislipemia; los pacientes que han padecido una insuficiencia cardíaca o un infarto, presentan mayor riesgo que la población general de desarrollar cáncer durante el seguimiento<sup>6</sup> y entre un 4-10% de los pacientes con SCA o cardiopatía isquémica crónica tienen un antecedente de cáncer<sup>2</sup> y hasta un 50% de los pacientes que desarrollan síndromes carcinoideos tiene compromiso cardíaco<sup>7</sup>. La enfermedad que pone en mayor riesgo la vida debe ser tratada primero y normalmente ésta suele ser la patología cardíaca.

Los avances en el tratamiento han llevado a una mejor supervivencia de los pacientes con cáncer, pero también han aumentado la morbilidad y la mortalidad debido a los efectos secundarios del tratamiento<sup>8</sup>. En el tratamiento de los pacientes con cáncer, existen dos grandes pilares terapéuticos con gran impacto en la supervivencia de los pacientes, la quimioterapia y radioterapia, ambos asociados al aumento de la vulnerabilidad del sistema cardiovascular y adelanto de la edad de riesgo vascular; así mismo, el trasplante de células hematopoyéticas, en el caso de las neoplasias hematológicas, debido al tratamiento inmunosupresor (aterosclerosis acelerada) y la vida sedentaria. Algunos de estos tratamientos favorecen el desarrollo de un síndrome metabólico que podría ser el intermediario entre dichos tratamientos y el desarrollo de las ECV<sup>4</sup>.

Los tratamientos antitumorales triplican el riesgo de eventos cardiovasculares a medio y largo plazo, siendo las ECV las complicaciones más frecuentes<sup>9</sup> (tabla 1) que incrementan la morbimortalidad en los sobrevivientes de cáncer, secundario a

**TABLA 1**

Principales complicaciones cardiovasculares asociadas a los tratamientos farmacológicos onco-hematológicos y al tratamiento radioterápico<sup>11</sup>

TOXICIDAD CARDIOVASCULAR POR FÁRMACOS		
Insuficiencia cardíaca	Antraciclinas	Doxorrubicina, daunorrubicina, idarrubicina, epirubicina, mitoxantrone, antraciclinas liposomales
	Alquilantes	Ciclofosfamida, ifosfamida
	Anti microtúbulo	Docetaxel, paclitaxel
	Anticuerpos monoclonales	Trastuzumab, bevacizumab
	Inhibidores de tirosin quinasa	Sunitinib, pazopanib, sorafenib, imatinib, dasatinib, lapatinib,
	Inhibidores del proteasoma	nilotinib Carfilzomib, bortezomib
Miopericarditis	Antraciclinas	Doxorrubicina
	Alquilantes	Ciclofosfamida
	Anticuerpos monoclonales	Rituximab
	Fluoropirimidinas	5-fluorouracilo
	Inmunoterapias	Nivolumab, pembrolizumab, ipilimumab
	ATRA	Ácido al trans-retinoico
Enfermedad coronaria y aterosclerosis acelerada	Fluoropirimidinas o antimetabolitos	5-FU capecitabina, gemcitabina
	Platinos	Cisplatino
	Antimicrotúbulo	Paclitaxel, docetaxel
	Inhibidores VEGF	Bevacizumab, sorafenib, sunitinib
	Inhibidores del proteosoma	Carfilzomib, bortezomib
	Inhibidores de tirosin quinasa	Nilotinib
Fibrilación auricular	Alquilantes Cisplatino	Ciclofosfamida, ifosfamida
	Antraciclinas	Doxorrubicina
	Fluoropirimidinas o antimetabolitos	5-FU, capecitabina, gemcitabina
	Inhibidores de tirosin quinasa	Ponatinib, sorafenib, sunitinib, ibrutinib
	Inhibidores de topoisomerasa II	Etopósido
	Otros	Paclitaxel, rituximab, bortezomib, romidepsin
Prolongación QT	Antraciclinas	Doxorrubicina
	Inhibidores histona deacetilasa	Depsiptide, vorinostat romidepsin
	Inhibidores de tirosin quinasa	Axitinib, bosutinib, cabozantinib, crizotinib, dasatinib, lapatinib, nilotinib, sorafenib, sunitinib, vandetanib, vemurafenib
	Trióxido de arsénico	
	Inhibidores de ciclina	Ribociclib
HTA	Inhibidores de tirosin quinasa	Bevacizumab, sorafenib, sunitinib, axitinib, vandetanib, regorafenib, ibrutinib
Enfermedad venosa tromboembólica	Inmunomoduladores	Talidomida, lenalidomida y pomalidomida
	Antimetabolitos	5-fluorouracilo
	Cisplatino	
	Inhibidores de BCR-Abl	Nilotinib, ponatinib, erlotinib
	Anticuerpos monoclonales	Bevacizumab
Otros	L-Asparaginasa, vorinostat	
HTA pulmonar	Dasatinib	Bevacizumab, sorafenib, sunitinib, axitinib, vandetanib, regorafenib, ibrutinib
CARDIOTOXICIDAD POR RADIOTERAPIA		
Enfermedad coronaria (aterosclerosis acelerada) Insuficiencia cardíaca Valvulopatías (aórtica y mitral) Trastornos de conducción Fibrilación auricular Disfunción de MP y DAI Enfermedad del pericardio Enfermedad venosa tromboembólica		

la cardiotoxicidad de los tratamientos o a la progresión de los FRCV preexistentes<sup>7</sup>, con multitud de efectos en el sistema cardiovascular, según cuál sea el tipo de tratamiento aplicado. En los pacientes a los que se diagnostica un cáncer, con una ECV preexistente, el tratamiento antitumoral aumenta el riesgo de aparición de cardiotoxicidad<sup>3</sup>.

El término cardiotoxicidad engloba diversas manifestaciones patológicas a nivel cardiovascular y empeora tanto el pronóstico cardiovascular como el oncológico, cuando obliga a modificar o suspender tratamientos potencialmente curativos, con profundas repercusiones en la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes con cáncer, de hecho, el riesgo de muerte cardiovascular con algunos grupos de tumores puede superar al de la recaída del tumor en muchos tipos de cáncer<sup>3</sup>. Las complicaciones cardiovasculares agudas afectan tanto clínica como psicológicamente a los pacientes, que conscientes de los riesgos para su salud, temen que les interrumpan el tratamiento antitumoral.

La presencia de antecedentes de enfermedades cardíacas (infarto, valvulopatías significativas, miocardiopatías), la edad mayor de 65 años, disfunción ventricular izquierda aun asintomática, el tratamiento previo con antineoplásicos o la irradiación torácica previa definen un grupo de pacientes con mayor riesgo de cardiotoxicidad<sup>8</sup> (tabla 2).

El riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares secundarios al tratamiento oncológico y su recuperación, van a depender tanto del tratamiento antitumoral administrado (fármaco, dosis, vía de administración y/o eliminación...) como de la respuesta individual de cada paciente, en función de los antecedentes (edad, estado funcional, cardiopatía y/o factores de riesgo cardiovascular previos, radioterapia previa principalmente en mediastino, insuficiencia hepática o renal, alteraciones metabólicas e hipersensibilidad a los distintos fármacos)<sup>9</sup> y pueden ocurrir días o semanas o incluso meses o años, de

terminado el tratamiento, por lo cual pueden abarcar un amplio espectro de manifestaciones como aumento transitorio de las cifras tensionales, arritmias, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, vasculopatía periférica y/o pericardiopatía<sup>7,10</sup>.

Todos los pacientes con antecedentes cardiovasculares que requieran tratamiento antitumoral potencialmente cardiotoxicógeno deben tener una evaluación cardiovascular previa al inicio del tratamiento y la monitorización continua en pacientes que están recibiendo tratamiento antitumoral es fundamental para la detección precoz y el tratamiento temprano, evitando complicaciones desfavorables para el paciente; las complicaciones cardiovasculares tienen profundas repercusiones en la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes con cáncer<sup>3</sup>. La cardio-oncología es la disciplina que se encarga de la categorización de riesgo, la prevención, el diagnóstico, la monitorización —a corto y largo plazo— y el tratamiento de las posibles complicaciones cardiovasculares<sup>11</sup>, con el objetivo de asegurar que los pacientes reciben el mejor tratamiento, evitando suspensiones innecesarias del tratamiento antitumoral y con el menor riesgo asociado de eventos adversos; monitorización que continuará en los sobrevivientes de cáncer con un perfil de riesgo aumentado de potenciales complicaciones cardiovasculares de aparición tardía<sup>7</sup>.

Los equipos de cardioonco-hematología requieren un enfoque multidisciplinario formado por oncólogos médicos, oncólogos radioterapeutas, hematólogos, cardiólogos y enfermeras especializadas y miembros de apoyo (médicos de Atención Primaria, cirujanos cardíacos, patólogos, radiólogos, equipos de cuidados paliativos, especialistas en laboratorios clínicos, farmacéuticos de hospitales, psicólogos, trabajadores sociales y gestores de datos)<sup>11</sup>, para la elaboración en conjunto de protocolos de tratamiento, programas de educación y el desarrollo de nueva evidencia científica que aborde de forma integral el cuidado de los pacientes oncológicos y permita generar nue-

vo conocimiento, con el objetivo de promover la salud cardiovascular y facilitar estrategias de intervención costo-efectivas<sup>11</sup>. Uno de los objetivos de los estándares de calidad del Sistema Nacional de Salud es que todos los pacientes con cáncer tengan como única puerta de entrada hospitalaria a la planificación y tratamiento del cáncer, la de la unidad multidisciplinaria<sup>12</sup>. Las enfermeras son responsables de la coordinación de los cuidados, son el nexo entre los distintos niveles asistenciales y/o servicios<sup>13</sup>, y realizan el seguimiento, orientado a la prevención de complicaciones, identificación de recidivas, apoyo al autocuidado, asesoramiento postratamiento, dando respuesta a sus necesidades, con impacto positivo en la calidad de vida e incluso en la supervivencia del paciente oncológico<sup>14</sup>.

De la formación de estos equipos multidisciplinarios surge la necesidad de la enfermera de cardiooncología, con un papel fundamental en la promoción, mantenimiento y/o restablecimiento de la salud cardiovascular basada en teorías o modelos de enfermería que permiten la detección y/o control de los factores de riesgo cardiovascular y el fomento de hábitos y estilos de vida saludables (estándares de calidad del ejercicio profesional de los enfermeros) que contribuyan de forma significativa a la mejora de los resultados clínicos. Es imprescindible identificar las responsabilidades del médico y la enfermera de cardiología para fomentar el trabajo interdisciplinario y en equipo en relación con la asistencia prestada al paciente onco-hematológico orientada a la detección temprana de la cardiotoxicidad e implementar una estrategia de vigilancia cardiológica efectiva que permita la aplicación precoz del tratamiento.

En la actualidad, en España carecemos de protocolos de actuación enfermera unificados para la atención cardiovascular del paciente oncológico, ni hay roles definidos de las enfermeras en las unidades de cardiooncología de manera generalizada; las enfermeras desempeñan su trabajo en función de los recursos económicos y/o humanos disponibles en su centro y según la organización y/o necesidades de su unidad. Por ello, se hace necesario reorientar los modelos de cuidados y definir el perfil profesional basado en competencias de conocimiento experto y roles profesionales de las enfermeras de cardiooncología que permitan desarrollar protocolos de monitorización de FRCV en pacientes con cáncer y largos supervivientes y consensuar estrategias costo-efectivas sobre hábitos de vida cardiosaludable (dieta, ejercicio físico, deshabituación de tabaco) común a los diferentes niveles asistenciales antes, durante y después del tratamiento antitumoral.

Los programas integrales de apoyo a los autocuidados generales y específicos en distintos procesos oncológicos han demostrado una notable mejora de la calidad de vida percibida y del nivel de autocuidados de las personas afectadas, mejorando su grado de autonomía y los resultados globales en salud<sup>7,13,15</sup>.

#### ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA<sup>18</sup>

Según la OMS, Calidad Asistencial es *La medida en la cual los servicios de salud que se ofrecen a individuos y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados. Para lograr esto, la atención sanitaria debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas.*

Para una gestión adecuada de los cuidados de enfermería y conseguir la mejora continua de su calidad es necesario definir criterios o herramientas de medición que permitan su monitorización. Los estándares de calidad de enfermería definen las estructuras, procesos y resultados que garantizan la calidad del cuidado y se basan en 5 estrategias fundamentales:

**1. Estandarización del Cuidado:** protocolos de seguridad, calidad y unificación de los aspectos técnicos en manuales que definen todos los procedimientos que competen a la profesión.

**2. Seguridad en la Atención:** protocolos para el cuidado seguro del paciente, basados en recomendaciones internacionalmente validadas.

**3. Capacitación Continua:** competencias generales y específicas con un programa de nivelación, capacitación y actualización continua.

**4. Mejoría Continua de la Calidad:** programas de mejora de búsqueda permanente de la excelencia fundamentada en la investigación y análisis de casos.

**5. Eficiencia en la Asignación de Recursos:** categorización de pacientes para una cobertura adecuada a los requerimientos de sus cuidados.

#### PERFIL COMPETENCIAL DE LA ENFERMERA DE CARDIOLOGÍA EN LOS EQUIPOS DE CARDIOONCOLOGÍA.

El aumento de la complejidad de las organizaciones sanitarias y la búsqueda permanente de modelos de gestión y desarrollo profesional requieren respuestas costo-eficientes y efectivas, con nuevos modelos de prestación de cuidados, que incorporen perfiles y roles enfermeros que permitan adaptarse a las nuevas necesidades<sup>17</sup>.

Entendemos por Competencia profesional *la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes a las buenas prácticas de su profesión, para resolver las situaciones que se le plantean*<sup>18</sup>. La adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes requiere un mínimo de horas de formación teórico-práctica, emitida por entidades y actividades formativas debidamente acreditadas por la Comisión de Formación Continua o por las Universidades y mínimo de experiencia profesional en el ámbito de práctica<sup>17</sup>. La certificación de las competencias permitirá valorar si las competencias del profesional se corresponden con las definidas para el puesto de trabajo que desempeña<sup>19</sup>.

Referente al perfil competencial de la enfermera en el ámbito de la cardiooncología sería necesario:

1. Experiencia profesional en el ámbito de cardiología y conocimiento de experto en el área de cuidados de cardiología, con formación específica (acreditada y adquirida, mediante formación continuada o posgrado, específica).
2. Sistema de acreditación continua.

**TABLA 2**

**Factores de riesgo de desarrollo de cardiotoxicidad**

<b>Cardiopatía previa</b>	<input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica <input type="checkbox"/> FEVI reducida <input type="checkbox"/> Valvulopatía al menos moderada <input type="checkbox"/> ACV previo	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Arritmias (Fibrilación auricular) <input type="checkbox"/> Arteriopatía periférica <input type="checkbox"/> TEP previo
<b>Factores de riesgo cardiovascular</b>	<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares <input type="checkbox"/> Factores genéticos <input type="checkbox"/> Edad < 18 > 65 <input type="checkbox"/> Sexo femenino	<input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Dislipemia <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> IMC >30 y sedentarismo <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Alter. hidroelectrolíticas (↓ calcio, magnesio, potasio)
<b>Tratamiento antitumoral</b>	<input type="checkbox"/> Antraciclina <input type="checkbox"/> Inhibidores MEK <input type="checkbox"/> Tratamiento combinado antitumorales y radioterapia	<input type="checkbox"/> Anti HER2 <input type="checkbox"/> Radioterapia mediastínica <input type="checkbox"/> Inhibidores tirosin-quinasa

**MAPA COMPETENCIAL DE LA ENFERMERA DE CARDIOONCOLOGÍA**

A continuación se puede observar el mapa de la enfermera de cardiooncología<sup>17-24</sup> (tabla 3).

**ESTRATEGIAS ENFERMERAS PARA EL CONTROL DE LA SALUD CARDIOVASCULAR**

La enfermera, en la primera visita, debe clasificar el riesgo de toxicidad del paciente y en base a ello programar la frecuencia de seguimientos y la necesidad o no de remitir al cardiólogo. Debe monitorear cuidadosamente las variables fisiológicas (peso, talla IMC, FC, FR, TA, ECG, NYHA, edemas...), los FRCV y los síntomas/signos durante la terapia antitumoral para la identificación temprana de las complicaciones cardiovasculares y poner en marcha los protocolos de actuación y vías de derivación necesarias que eviten, en la medida de lo posible, la interrupción de los tratamientos<sup>13</sup>. En pacientes con cardiotoxicidad establecida, es necesario someter al paciente a un control clínico estrecho y riguroso de la sintomatología y los parámetros analíticos y/o electrocardiográficos para evaluar su estado general de salud y detectar precozmente potenciales descompensaciones. La titulación de fármacos y la pauta flexible de diuréticos estará guiada por prescripción o protocolo de actuación y con soporte del cardiólogo<sup>25</sup>.

La valoración del paciente sobre hábitos tóxicos, dietéticos y de ejercicio físico es clave para la estratificación del ries-

go cardiovascular<sup>8</sup> (tabla 4). La entrevista motivacional favorece que el paciente y su cuidador analicen los hábitos de vida y los FRCV y que sea el propio paciente quien saque sus propias conclusiones y permite a la enfermera, colaborar en la motivación y el compromiso del paciente para lograr modificar su conducta bajo un clima de empatía, tolerancia, cooperación mutua y respeto<sup>26</sup>, facilitando la información oportuna, resolviendo las dudas que presente y ofreciendo todos los recursos disponibles para que el paciente acepte la enfermedad y sepa gestionarla eficazmente (adherencia terapéutica, identificación y control de los FRCV, detección precoz de los síntomas de alarma y uso adecuado de los recursos disponibles)<sup>13</sup>. La entrevista motivacional ha demostrado ser efectiva en el tratamiento del abuso de alcohol y en los cambios de hábitos relacionados con la dieta y el ejercicio, sería efectiva para disminuir el índice de masa corporal, el colesterol total plasmático y la presión arterial sistólica<sup>31</sup> y para reducir errores de medicación en pacientes crónicos polimedicados<sup>26</sup>.

Facilitar al paciente oncológico el aprendizaje de hábitos saludables y de gestión de su salud cardiovascular, optimizando el control de los FRCV8 (tabla 5) (tabaquismo, presión arterial, peso corporal y perfil lipídico), favorece la adherencia farmacológica, mejora la capacidad funcional, el estado psicológico, la calidad de vida y minimiza el riesgo de eventos coronarios y/o el avance de progresión de la enfermedad cardiovascular. Las intervenciones enfermeras basadas en la evidencia, sobre la continuidad y el autocuidado disminuyen reingresos y/o estancias hospitalarias y mejoran la calidad de vida<sup>18,29</sup>.

**TABLA 3** *Continua*

<b>Planificación de cuidados</b>	- Conocimiento de la terminología estandarizada en cuidados de enfermería: valoración enfermera (Virginia Henderson/ Marjory Gordon...), diagnósticos (NANDA), intervenciones (NIC, CIPE) y evaluación de resultados (NOC). - Conocimiento en metodología de cuidados del centro (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados).
<b>Calidad y Seguridad en los cuidados</b>	- Conocer los protocolos básicos de monitorización del tratamiento antitumoral. - Conocer los protocolos básicos de monitorización cardiovascular en pacientes con tratamiento antitumoral y alto riesgo de desarrollar cardiotoxicidad (>65 años, ≥2 factores de riesgo CV, enfermedad CV establecida independientemente de los síntomas y tratamientos onco-hematológicos previos). - Conocimientos básicos de calidad sanitaria: indicadores, estándares, acreditación, guías de práctica clínica, etc. - Conocimiento y aplicación de los indicadores de calidad del centro (valoración del dolor, escalas del riesgo...) - Conocimiento de los protocolos de comunicación y derivación de pacientes entre niveles asistenciales y/o especialidades.
<b>Investigación</b>	Conocimiento en metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación).
<b>Ética y legislación</b>	Conocer y cumplir las sentencias y la legislación local, nacional y de la UE relacionada con la atención al paciente y la prestación de servicios sanitarios: consentimiento informado, capacidad y autonomía del paciente, confidencialidad, protección de datos, normas de documentación y entorno laboral seguro.
<b>Gestión</b>	- Conocimientos básicos de gestión de recursos sanitarios: programación asistencial, indicadores de eficiencia, planificación, etc. - Conocimiento de las vías de coordinación que aseguren la comunicación efectiva con enfermería de oncología y/o Atención Primaria.
<b>Ámbito educativo y de desarrollo personal y de los demás</b>	- Conocimiento de los recursos formativos y educativos que permitan un desarrollo profesional permanente.
<b>Innovación</b>	Conocimiento de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y su uso como mecanismo de comunicación y divulgación.
<b>HABILIDADES</b>	
<b>Área conocimiento</b>	- Capacidad para aplicar los conocimientos de anatomía, fisiología y fisiopatología en la práctica clínica y reconocer las manifestaciones clínicas de la ECV. - Capacidad de identificar los FRCV, antes del inicio del tratamiento y durante el mismo, realizar la estratificación de riesgo y proporcionar asistencia integral que contemple prevención, diagnóstico, tratamiento y establezca barreras para la prevención de eventos adversos y evitar la interrupción del tratamiento antitumoral. - Capacidad para la identificación y monitorización de signos y/o síntomas que permitan la detección precoz de eventos adversos. - Capacidad para revisar de forma periódica potenciales interacciones medicamentosas relevantes por su gravedad o frecuencia. - Capacidad de orientar, aconsejar e informar al paciente sobre los aspectos relacionados con la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de las complicaciones cardiovasculares, fomentando la cultura de desmedicalización de la salud y el autocuidado.
<b>Planificación de cuidados</b>	- Capacidad para realizar y registrar una valoración individual, sistemática, integral y multidimensional de la persona, familia y su entorno, detectar factores de riesgo coronario tabaquismo, HTA, DM, dislipidemia, obesidad, sedentarismo y/o estrés) enfermedades cardiovasculares y/o comorbilidades. - Capacidad para evaluar las necesidades complejas físicas, psicológicas, sociales y ambientales relevantes para afecciones de ECV a lo largo del proceso oncológico.

**TABLA 3** **Mapa competencial de la enfermera de cardiooncología**

<b>CONOCIMIENTOS</b>	
<b>Área conocimiento</b>	- Conocimiento de anatomía, fisiología y fisiopatología cardiovascular. - Identificación del ritmo cardíaco normal y detección precoz y manejo de las alteraciones isquémicas, trastornos del ritmo y de la conducción cardíaca (taqui/bradi-arritmia, defectos de conducción). - Conocer los factores de riesgo asociados a la ECV y las guías de la ESC de prevención (hipertensión, tabaquismo, dislipidemia, diabetes, síndrome metabólico y estilo de vida). - Conocimiento del proceso asistencial oncológico y las potenciales complicaciones cardiovasculares asociadas al tratamiento antitumoral. - Conocer los protocolos básicos de monitorización cardiovascular en pacientes con tratamiento antitumoral y alto riesgo de desarrollar cardiotoxicidad (>65 años, ≥2 FRCV, ECV establecida independientemente de los síntomas y tratamientos onco-hematológicos previos). - Conocimiento de la presentación, evaluación y manejo de los síntomas cardiovasculares comunes: dolor torácico, dificultad respiratoria, fatiga, palpitaciones, síncope, hipertensión, edemas... - Conocer la utilidad de las diferentes pruebas complementarias para el diagnóstico de complicaciones cardiovasculares en las diferentes etapas del proceso del cáncer. - Conocimiento de las diferentes terapias del cáncer. Conocer los tratamientos onco-hematológicos que pueden agravar o inducir hipercoagulabilidad, hipertensión, diabetes o dislipemias. - Conocimiento de farmacología cardiovascular: acción, efectos secundarios, interacciones, preparación y administración. - Conocimiento de la dosis óptima de medicación (insuficiencia cardíaca) y factores que influyen en la susceptibilidad individual a los efectos secundarios. - Conocer los efectos adversos cardiológicos de la radioterapia, así como su mecanismo de acción y las bases radiobiológicas implicadas.

**TABLA 3**

*Continua*

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad para planificar un plan de cuidados (prevención/ detección cardiotoxicidad) coordinado con los equipos receptores y con atención primaria (hoja de ruta del paciente) y compartido con el paciente (plan de acción individual)</li> <li>- Capacidad para establecer una relación terapéutica que permita proporcionar un cuidado de enfermería que promueva el confort y el bienestar físico del paciente oncológico.</li> </ul>
<b>Calidad y Seguridad en los cuidados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones para hacer frente a los eventos cardiovasculares.</li> <li>- Capacidad para la administración segura de fármacos relacionados con la cardiología.</li> <li>- Capacidad para monitorizar la medicación y realizar la titulación de fármacos siguiendo las guías clínicas y los protocolos validados.</li> <li>- Capacidad para la conciliación de la medicación en todas las transiciones asistenciales entre niveles y/o profesionales sanitarios.</li> <li>- Capacidad de estimular adherencia al tratamiento y compromiso con el cambio en el estilo de vida.</li> </ul>
<b>Investigación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad para adherirse a los estándares basados en la evidencia para el cuidado del paciente oncológico.</li> <li>- Capacidad para evaluar y documentar los resultados sistemáticamente y de forma continuada utilizando técnicas e instrumentos basados en la evidencia.</li> </ul>
<b>Ámbito educativo y de desarrollo personal y de los demás</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad para asesorar al paciente y a la familia sobre la importancia de la gestión de los factores de riesgo y fomentar la autogestión de la enfermedad y de un estilo de vida sano.</li> <li>- Capacidad para formar al paciente y familiar en la pauta flexible de diuréticos: manejo y control.</li> <li>- Capacidad para consensuar un consejo estructurado sobre hábitos de vida cardiosaludable (dieta, ejercicio físico, deshabitación de tabaco) común a los diferentes niveles asistenciales antes, durante y después del tratamiento antitumoral.</li> <li>- Capacidad para organizar proyectos de educación a pacientes y cuidadores en colaboración con las sociedades científicas y asociaciones de pacientes con cáncer.</li> <li>- Capacidad de informar y orientar al paciente y su entorno familiar sobre los recursos disponibles.</li> </ul>
<b>ACTITUDES</b>	
<b>Área conocimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguimiento del paciente y detección precoz de alteraciones electrocardiográficas y signos y/o síntomas de desestabilización hemodinámica, y actuar según protocolo.</li> <li>- Identificar, reconocer, evaluar y aliviar los síntomas comunes de afecciones CV (ateroesclerótica, insuficiencia cardíaca, ritmo y conducción cardíaca, anomalías estructurales, trastornos del músculo cardíaco), aplicar medidas farmacológicas y no farmacológicas en coordinación con el cardiólogo.</li> <li>- Interpretar y tomar medidas en pruebas de diagnóstico: electrocardiograma (ECG), radiografía de tórax, ecocardiografía, signos vitales y biomarcadores de IC sugestivos de compromiso del estado hemodinámico del paciente.</li> <li>- Promover una comunicación eficaz entre los miembros del equipo, el paciente y la familia.</li> <li>- Colaborar con el equipo multidisciplinar en la optimización de la salud CV.</li> <li>- Disponibilidad para comentar los tratamientos y cambios en los planes de cuidados con otros miembros del equipo multidisciplinar.</li> </ul>
<b>Planificación de cuidados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar planificación precoz del alta hospitalaria del paciente, evaluando las necesidades de cuidados del paciente, familia y entorno.</li> <li>- Promocionar el control de los FRCV (dislipemia, HTA, DM, sobrepeso, tabaquismo y sedentarismo), identificar signos de alarma e incentivar cambios en el estilo de vida que fomenten el autocuidado y la adherencia farmacológica.</li> <li>- Proporcionar apoyo y asesoramiento individualizados de autocuidado a paciente y familia.</li> <li>- Proporcionar información oral y escrita sobre la enfermedad, reconocimiento y control de síntomas cardíacos agudos y las estrategias de control de los FRCV que fomenten el autocuidado, la adherencia farmacológica y estilos de vida saludables.</li> <li>- Manejo de las estrategias para el apoyo de autocuidado, incluida la telemedicina y la supervisión remota.</li> </ul>

**TABLA 3**

*Continua*

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar el informe de alta de enfermería que incluya todos los procedimientos relevantes realizados, complicaciones y cuidados específicos derivados de los mismos, evolución de las disfunciones potenciales (cardiovascular, respiratoria, renal, entérica, hepática, neurológica, hematológica y endocrinológica), diagnósticos de enfermería resueltos y pendientes de resolver nivel de dependencia, conocimientos adquiridos y empoderamiento del paciente.</li> </ul>
<b>Calidad y Seguridad en los cuidados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar las medidas de protección requeridas en la preparación y administración de medicamentos de riesgo realizando un uso seguro para el profesional.</li> <li>- Participar en la elaboración de protocolos de monitorización cardiovascular en pacientes con tratamiento antitumoral y alto riesgo de desarrollar cardiotoxicidad y largos supervivientes.</li> <li>- Informar adecuadamente de los incidentes graves o adversos, de acuerdo con los criterios de la unidad, del hospital, de la política nacional o de los protocolos.</li> <li>- Concienciar de la necesidad de un tratamiento precoz de las diferentes complicaciones cardiovasculares incluso en fase asintomática siguiendo las guías de práctica clínica habituales en cardiología.</li> <li>- Disponibilidad para un seguimiento estructurado y planificado, telefónico y en consulta, que favorezca la monitorización y el autocuidado: dieta, ejercicio, adherencia farmacológica, signos y/o síntomas de alarma...</li> </ul>
<b>Investigación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar, dentro del equipo multidisciplinar, en la elaboración de procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica para aplicar cuidados cardiovasculares basados en la evidencia, que minimicen la variabilidad clínica y garanticen la seguridad del paciente y del profesional.</li> <li>- Potenciar la implementación de protocolos basados en evidencias que sean revisados y/o actualizados convenientemente.</li> <li>- Diseñar, coordinar y/o colaborar en proyectos de investigación de cardiooncología.</li> </ul>
<b>Ética y legislación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar su trabajo teniendo en cuenta la igualdad y respetar la diversidad del paciente, incluyendo sus valores, su edad y sus creencias.</li> <li>- Proteger la confidencialidad de la información proporcionada por los pacientes y preservar su intimidad.</li> </ul>
<b>Sección</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar un seguimiento de los cuidados prestados al paciente para garantizar que se lleven a cabo de forma efectiva y eficiente.</li> <li>- Utilizar de manera eficiente los recursos, teniendo en cuenta la relación coste-eficacia.</li> <li>- Coordinar el seguimiento del paciente con hospital de día y/o A. Primaria.</li> <li>- Favorecer la continuidad asistencial en pacientes onco-hematológicos (Enfermería de enlace y gestión de casos).</li> <li>- Contactar con enfermera gestora de casos y/o EPA para la coordinación de los cuidados en pacientes con reingresos frecuentes, frágiles con necesidad de cuidados complejos, pacientes sin apoyo familiar y/o alta complejidad de cuidados.</li> </ul>
<b>Ámbito educativo y de desarrollo personal y de los demás</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asumir la responsabilidad de una formación continuada para su desarrollo profesional y el mantenimiento de sus competencias.</li> <li>- Planificar e impartir acciones formativas sobre cuidados avanzados a personas con cáncer.</li> <li>- Desarrollar intervenciones educativas que orienten a la persona y a su familia en el aprendizaje de cuidados-autocuidado, la gestión eficaz de la salud y el empoderamiento.</li> <li>- Fomentar el seguimiento estructurado telemático (tele-monitorización y tele-intervención).</li> <li>- Establecer estrategias de comunicación con el paciente para organizar proyectos de educación y favorecer la adherencia al tratamiento.</li> </ul>

**TABLA 4**

Riesgo cardiovascular estimado por tablas Score y consideraciones generales sobre riesgos de tratamiento onco-hematológico<sup>11</sup>

Riesgo	Score*	Consideraciones cardiovasculares	Consideraciones del tratamiento onco-hematológico**
Riesgo muy elevado	≥ 10%	- Enfermedad CV establecida - I renal grave (TFG <30ml/min/1,73 m2) - DM + lesión de órgano diana o un FRCV mayor	- Antecedentes de cáncer y - Antraciclinas >250mg/m <sup>2</sup> - Radioterapia torácica >30Gy - Tratamientos combinados o secuenciales - Antiangiogénicos***
Riesgo elevado	≥5% e <10%	- I renal moderada (TFG 30-59ml/min/1,73 m2) - DM - 1FRCV muy elevado (DL o HTA)	
Riesgo moderado	≥1% e <5%	- ≥ 2FRCV (DL o HTA)	- Tratamientos sin cardiotoxicidad conocida
Riesgo Bajo	<1%		

Abreviaturas. CV: cardiovascular; TFG: tasa de filtrado glomerular; DM: diabetes; FRCV: factores de riesgo CV; HTA: hipertensión arterial.  
\* heartscore.escardio.org; \*\*Pacientes que vayan a recibir estos tratamientos deben considerarse de riesgo elevado o muy elevado para desarrollo de complicaciones CV independientemente del Score; \*\*\*bevacizumab, sorafenib, sunitinib, axitinib, vandetanib.

El contenido de la educación para la salud (EPS) y el cronograma de la consulta se detallan en la **tabla 6**.

**DISCUSIÓN**

El cáncer y las ECV comparten múltiples factores de riesgo y aspectos biológicos similares que contribuyen a aumentar el riesgo de eventos clínicos a lo largo de todo el proceso de enfermedad del cáncer. Los factores de riesgo modificables, como la dieta, el estilo de vida sedentario, la obesidad, el consumo de tabaco, la HTA, la diabetes o las dislipemias, son fundamentales en la patogénesis de ambas enfermedades y se reflejan en los mecanismos genéticos, celulares y de señaliza-

ción comunes<sup>2,4</sup>. Además, los pacientes con ECV previa son más vulnerables durante y después del tratamiento antitumoral<sup>3</sup>.

Se debe recomendar encarecidamente un comportamiento positivo que promueva la salud, incluidos factores de estilo de vida (dieta saludable, dejar de fumar, ejercicio regular, control de peso)<sup>8</sup> y realizar un seguimiento clínico que descarte síntomas y signos sugestivos de cardiopatía y aporte un consejo estructurado que fomente conductas cardiosaludables<sup>27</sup>, y la identificación y control estricto de los FRCV, antes, durante y después del tratamiento<sup>10,27,29</sup>. El ejercicio físico, además de potenciar la protección cardiovascular, reduce efectos negativos del tratamiento antitumoral, mejora la calidad de vida fina-

**TABLA 5**

Factores de riesgo cardiovascular. Objetivos de control<sup>11</sup>

Colesterol-LDL	Prevención secundaria o riesgo muy elevado <55mg/dl Prevención primaria <70mg/dl en pacientes de riesgo alto Prevención primaria <100mg/dl en pacientes de riesgo moderado-bajo Prevención primaria <116mg/dl en pacientes de riesgo moderado-bajo
Tensión arterial *	<65 años <130/80 mm Hg ≥65 años < 140/80 mm Hg
Hb A1c	<7% (>75 años: Hb A1c 7,5 - 8%)
IMC	20-25 kg/m2 Circunferencia cintura < 94cm (hombres) / <80cm (mujeres)
Tabaco	No
Ejercicio	≥2,5 horas semanales de ejercicio moderado

**TABLA 6**

Riesgo cardiovascular estimado por tablas Score y consideraciones generales sobre riesgos de tratamiento onco-hematológico<sup>11</sup>

Visitas	Antecedentes	Tratamiento médico	Exploración física	FRCV	Entrevista motivacional	Planificación
Visita 1 Presencial	Enfermedades cardiovasculares Comorbilidades	Revisar potenciales interacciones medicamentosas	Peso talla IMC FC, FR, TA, ECG NYHA Edemas F. renal, hepática, iones.	HTA Diabetes I/II Dislipemia, Obesidad, Sedentarismo, Tabaquismo	Estilos de vida Adherencia terapéutica Valoración estrés, ansiedad, depresión...	<b>Estratificación del riesgo</b> P. cuidados individualizado Pacto de objetivos <b>Planificar seguimiento</b> <b>Derivar al cardiólogo s/p</b>
Visitas de seguimiento Telemática Presencial s/p	Valoración de angina, disnea, taquicardia...)	Control y Seguimiento  <b>Autoajuste de diuréticos</b>	Control y Seguimiento	Control y Seguimiento	Control y Seguimiento	Reevaluar PC Seguimiento de objetivos
Visita final Presencial	Control y Seguimiento	Control y Seguimiento	Control y Seguimiento	Control y Seguimiento	Nueva valoración integral	Informe de alta de enfermería

**PLANIFICACIÓN EDUCACIONAL**

Visita 1	Visitas de seguimiento	Visita final
<p><b>Asistencia orientada a las necesidades, no a las demandas</b></p> <p><b>Información:</b> - enfermedad, tratamiento médico y efectos adversos - <b>Control y manejo FRCV</b> - <b>Identificación</b> de signos y/o síntomas de alarma</p> <p><b>Consejo estructurado:</b> - estilo de vida, dieta, actividad física y entrenamiento físico y abstinencia del tabaco - <b>Autocuidado</b></p> <p>Involucrar a la <b>familia y/o cuidador</b> principal Valorar <b>colaboración interdisciplinar</b> Contacto <b>Enfermera de oncología y/o AP</b></p>	<p><b>Cuestionarios</b> Calidad de vida Velasco y col Índice Barthel/Lawton y Brody Test de Morisky-Green Test de la marcha 6 minutos <b>Charlas-coloquio</b> Individuales (ajustado a la cultura, alfabetización, nivel educativo y cognitivo) y/o grupales (paciente experto, basado en problemas, grupo de soporte...) <b>Programas de ejercicio físico supervisados</b>, tanto presenciales como domiciliarios <b>Fomento de la abstinencia del tabaco:</b> orientación, apoyo conductual y/o materiales de autoayuda Usar distintos <b>materiales:</b> verbal, escrito, video, TICS... <b>Folleto informativo</b> basados en guías de práctica clínica</p>	<p>Evaluar <b>conocimientos y autocuidado</b>, resolución de dudas y refuerzo de las áreas deficitarias</p> <p>Refuerzo <b>control y manejo de FRCV</b> y síntomas de alarma.</p> <p><b>Adherencia</b> fármacos, hábitos cardiosaludables y estilos de vida</p> <p><b>Reforzar logros</b></p> <p>Detección de <b>necesidades</b> y grado de bienestar.</p> <p><b>Programar visita presencial s/p</b></p> <p>Valorar colaboración interdisciplinar</p> <p><b>Contacto Enfermera de oncología y/o AP</b></p>
		<p>Valoración y refuerzo del autocuidado: dieta, ejercicio, tabaco y adherencia farmacológica Refuerzo de hábitos preventivos: vacunas, higiene dental, evitar exposición a temperaturas extremas... Detección de necesidades y grado de bienestar Confirmar soporte familiar y/o social <b>Informe de alta de enfermería</b> - Diagnóstico de cardiotoxicidad (tipo, evolución y tratamiento) - Diagnósticos de enfermería resueltos y pendientes - Recomendaciones monitorización de estilo de vida - Objetivos de control de FRCV - Grado de adherencia - Nivel de dependencia y necesidad de apoyo. - Necesidad de seguimiento (frecuencia y - Criterios de derivación en el futuro</p>

lizado el tratamiento (cansancio, ansiedad, salud emocional) e incluso lleva a una reducción modesta de la incidencia de cáncer (10-20%). Proporcionar consejo claro (5aes) y personalizado para el abandono del tabaco, el asesoramiento, la orientación, o ambos, brindados por personal de enfermería, mejoran las tasas de abstinencia en comparación con ninguna intervención<sup>30</sup>.

La mayor longevidad, estilos de vida no saludables y una baja adherencia terapéutica favorecen la aparición/incremen-

to de los FRCV y la extensión de la ECV, pero la calidad de vida relacionada con salud, el autocuidado, la complejidad biopsicosocial, y/o las peculiaridades biológicas de cada sexo, tanto en la prevalencia como en la forma de presentación de los FRCV, va a incidir en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que los pacientes tengan<sup>27</sup> y su motivación/facilidad para modificar estilos y hábitos de vida no saludables<sup>28</sup>. La evidencia demuestra que la ECV se puede prevenir con el control de los factores de riesgo modi-

ficables (hipertensión arterial, tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, sobrepeso/obesidad, sedentarismo...) y modificación del estilo de vida y cambios de conducta, algo que llevan haciendo muchos años las enfermeras, minimizando las secuelas de enfermedades coronarias y/o la insuficiencia cardíaca<sup>31</sup>.

La educación es reconocida por American Heart Association, European Society of Cardiology y American College of Cardiology como un elemento fundamental en los programas integrales (recomendación Clase I), para el control de los FRCV y los cambios en el estilo de vida<sup>31</sup>, fomentando habilidades para el autocuidado, mantener la estabilidad clínica del paciente al mejorar la adherencia farmacológica y no farmacológica<sup>18,27-29</sup>. El papel primordial de la enfermera en la prevención cardiovascular (primaria, secundaria, terciaria) y la eficacia de las consultas de prevención de enfermería se evidencia con diversas intervenciones de enfermería (manejo de la dislipemia, la reducción del riesgo cardiovascular, hipertensión, diabetes y tabaquismo) que tienen resultados significativos como la reducción del riesgo cardiovascular en 10 años, mejora de presión arterial y niveles de glucosa, niveles de colesterol, reducciones de peso corporal e IMC<sup>27-30</sup>, menor tasa de eventos coronarios y reingresos hospitalarios<sup>27</sup> y una mejor recuperación cardíaca<sup>18,31</sup>. Las intervenciones dirigidas al control de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia y sobrepeso) y al mejoramiento de la CVRS, son igualmente efectivas cuando combinan la metodología presencial con la telefónica, fortaleciendo la autoeficacia y el apoyo social<sup>18,27,29,31</sup>.

## CONCLUSIONES.

La cardiotoxicidad es el principal efecto adverso de las terapias antitumorales, incluso una vez finalizado el tratamiento. Los equipos de cardiología abordan, de manera multidisciplinar, la prevención de la enfermedad cardiovascular con la monitorización, detección precoz, la prevención y el tratamiento de la potencial cardiotoxicidad antes, durante y una vez finalizado el tratamiento antitumoral.

La evidencia demuestra ampliamente la eficacia de las intervenciones enfermeras en la monitorización y control —a corto y largo plazo— de los FRCV y los consejos sobre estilos de vida, identificación y control de síntomas y/o adherencia al tratamiento, lo que hace necesario establecer un perfil competencial que proporcione cuidados costo-efectivos y basados en la evidencia que permitan cubrir las demandas asistenciales y las necesidades de los pacientes con cáncer, consiguiendo prevenir, diagnosticar y tratar precozmente la cardiotoxicidad.

El autor declara que no hay conflicto de interés.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 [Internet]. Who.int. [Consultado el 12 de agosto 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/15032013\\_updated\\_revised\\_draft\\_action\\_plan\\_spanish.pdf](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf).

2. Raposeiras Roubín S, Cordero A. La relación bidireccional entre el cáncer y la aterosclerosis. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2020; 72(6):487-94.
3. Nholo LF, Villarraga HR. Fundamentos de las unidades de cardio-oncología. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2017 [consultado 12 de mayo 2020]; 70(7):583-9.
4. Mendoza-Torres E, Bravo-Sagua R, Villa M, Flores N, Olivares MJ, Calle X et al. Enfermedades cardiovasculares y cáncer: ¿dos entidades mutuamente relacionadas? [Internet]. Conicyt.cl. [Consultado 12 de mayo 2020].
5. Ríos JA, Rojo P, Schuster A, Gormaz JG, Carrasco R, Neira C, et al. Impacto cardiovascular secundario a la terapia para el control del cáncer. *Rev Med Chil*. 2020; 148(1):93-102.
6. Hameau R., Gabrielli L., Garrido M., Guzmán A. M., Retamal I., V. M. J. et al. Cardiotoxicidad inducida por tratamientos oncológicos. Fundamentos para la implementación de equipos de Cardio-Oncología [Internet]. Conicyt.cl. [Consultado 3 de agosto 2021].
7. Zamorano JL, Lancellotti P, Rodríguez Muñoz D, Aboyans V, Asteggiano R, Galderisi M, et al. 2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines: The Task Force for cancer treatments and cardiovascular toxicity of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* [Internet]. 2019;37(36):2768-801.
8. SEC-PRIMARIA. Proceso Cardio-Onco-Hematología (COH) [Internet]. Secardiologia.es. 2019 [Consultado 3 de agosto 2020]. Disponible en: [https://secardiologia.es/imagenes/institucional/sec-calidad/secprimaria/SEC\\_PRIMARIA\\_COH\\_2019\\_DEF.pdf](https://secardiologia.es/imagenes/institucional/sec-calidad/secprimaria/SEC_PRIMARIA_COH_2019_DEF.pdf)
9. Peña TL-V, Badager PL-V. Prevención y tratamiento de cardiotoxicidad en pacientes con cáncer [Internet]. Medigraphic.com. [Consultado 4 de julio 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2014/bc141j.pdf>.
10. López-Fernández T, Martín-García A, Santaballa-Beltrán A, Montero-Luis Á, García-Sanz R, Mazón-Ramos P, et al. Cardio-onco-hematology in clinical practice. Position paper and recommendations. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* [Internet]. 2017. [Consultado 12 de agosto 2020];70(6):474-86.
11. Lancellotti P, Suter TM, López-Fernández T, Galderisi M, Lyon AR, Van der Meer P, et al. Cardio-Oncology Services: rationale, organization, and implementation. *Eur Heart J* [Internet]. 2019. [Consultado 12 de agosto 2020]; 40(22):1756-63.
12. Palanca-Sanchéz, I, Borrás-Andrés JM, Elola-Somoza J, Bernal-Sobrino JL, Paniagua Caparrós JL, Grupo de Expertos. Unidades asistenciales del área del cáncer Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad [Internet]. Gob.es. 2013 [consultado 4 de agosto 2020]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cancer\\_EyR.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cancer_EyR.pdf).
13. Reñones-Crego MC, Fernández-Pérez D, Vena-Fernández C, Zamudio-Sánchez A. Estrategias para la mejora del cuidado del paciente oncológico: Resultados del proyecto

SHARE (Sesiones interHospitalarias de Análisis y Revisión en Enfermería). *Enferm Clin* [Internet]. 2016 [consultado 4 de agosto 2020];26(5):312-20.

14. Cohen A, Nirenberg A. Current practices in advance care planning: implications for oncology nurses. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2011 (consultado 8 de julio 2020);15(5):547-53.
15. Mariscal-Crespo MI. Autocuidados y salud en mujeres afectadas de cáncer de mama [Internet]. 2006 [consultado 4 de junio 2020]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/13253>.
16. Díaz M, Gattas S, Lopez J, Tapia A. Enfermería Oncológica: Estándares de Seguridad en el manejo del paciente oncológico [Internet]. Sld.cu. 2013 [consultado 2 de julio 2020]; 24(4) 694-704. Disponible en: <https://files.sld.cu/redenfermeriaoncolologica/files/2018/08/estandares-de-seguridad-paciente-oncologico.pdf>.
17. Lafuente-Robles, N., Fernández-Salazar, S., Rodríguez-Gómez, S., Casado-Mora, M.I., Morales-Asencio, J.M., Ramos Morcillo, A.J. Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público de Andalucía [Internet]. Juntadeandalucia.es. 2019 [consultado 2 de julio 2020]; 29(2) 83-89. Disponible en: [http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/701/pdf/desarrollo\\_competencial\\_enfermeras\\_y\\_enfermeros.pdf](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/701/pdf/desarrollo_competencial_enfermeras_y_enfermeros.pdf).
18. Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC). Competencias profesionales de la enfermería cardiológica preventiva. Proyecto Recabasic. Cuadernos de Enfermería Cardiovascular [Internet]. Enfermeriaencardiologia.com. 2016 [consultado 2 de junio 2020]. Disponible en: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/proyecto-recabasic.pdf>.
19. Agencia de Calidad sanitaria de Andalucía. Manual de Competencias Profesionales. Enfermería de Práctica Avanzada. Enfermero/a de Práctica Avanzada en Cuidados Oncológicos [Internet]. Juntadeandalucia.es. 2017 [consultado 20 de abril 2020]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidad-sanitaria/archivo/MACP-EPA-Cuidados-Oncologicos.pdf>.
20. Astin F, Carroll DL, Ruppert T, Uchmanowicz I, Hinterbuchner L, Kleisiou E, et al. A core curriculum for the continuing professional development of nurses: Developed by the Education Committee on behalf of the Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions of the ESC. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2015; [consultado 2 de julio 2020] 14(3):190-7.
21. Reyes-Alcázar V et al. Mapa de competencias y buenas prácticas de los profesionales de una UGC del corazón Gestión Clínica en Unidades del Corazón [Internet]. Juntadeandalucia.es. 2011 [consultado 19 agosto 2020]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Gesti%C3%B3n-cl%C3%A9nica-en-unidades-del-coraz%C3%B3n.pdf>.

22. Vázquez Calatayud M. El desarrollo del rol avanzado en el área de cardiología a través de la formación de postgrado [Internet]. Unav.edu. [consultado 19 agosto 2020]. Disponible en: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/37293/1/M%C3%B3dulo%20de%20Cuidados%20de%20Enfermería%20en%20Cardiología.pdf>.
23. Salamanca JO, Murcia PVM, Liñan GAM, Martínez MAN. Roles del profesional de enfermería en el paciente con falla cardíaca. *Rev repert med cir* [Internet]. 2016 [consultado 19 julio de 2020];25(2):89-94.
24. Gutiérrez-Rodríguez L, García Mayor S, Cuesta Lozano D, Burgos-Fuentes E, Rodríguez-Gómez S, Sastre-Fullana P, et al. Competences of specialist nurses and advanced practice nurses. *Enferm Clin (Engl Ed)* [Internet]. 2019 [consultado 19 julio de 2020]; 29(6):328-35.
25. Oyanguren J, García-Garrido L, Nebot-Margalef M, Latorre-García P, Torcal-Laguna J, Comín-Colet J, et al. Noninferiority of heart failure nurse titration versus heart failure cardiologist titration. ETIFIC multicenter randomized trial. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)* [Internet]. 2020.
26. Bóveda-Fontán J, Péruña-de Torres LÁ, Campiñez-Navarro M, BoschFontcuberta JM, Barragán-Brun N, Prados-Castillejo JA, et al. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2013 [consultado 14 junio 2020]; 45(9):486-95.
27. Vilchez-Barboza V, Klijin TP, Salazar-Molina A, Sáez-Carrillo KL. Effectiveness of personalized face-to-face and telephone nursing counseling interventions for cardiovascular risk factors: a controlled clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [consultado 14 junio 2021]; 24:e2747.
28. Cadena-Estrada JC. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J Pender. *Investig Enferm Imagen Desarro* [Internet]. 2017 [consultado 20 de agosto 2020]; 19(1):107.
29. Brevis-Urrutia I, Valenzuela-Suazo S, Sáez-Carrillo K. Efectividad DE Una intervención educativa DE enfermería sobre la modificación DE factores DE Riesgo coronarios. *Cienc enferm (Impresa)* [Internet]. 2014 [consultado 14 de agosto 2020]; 20(3):43-57.
30. Córdoba-García R, Camaralles-Guillem F, Muñoz-Seco E, Gómez-Puente JM, José-Arango JS, Ramírez-Manent JI, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria* [Internet]. 2018 [consultado 16 de agosto 2020]; 50:29-40.
31. Hayman LL, Berra K, Fletcher BJ, Houston Miller N. The role of nurses in promoting cardiovascular health worldwide: The global cardiovascular nursing leadership forum. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2015 [consultado 14 de junio 2020]; 66(7):864-6.

# 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 (Descriptores 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, si 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

en 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.

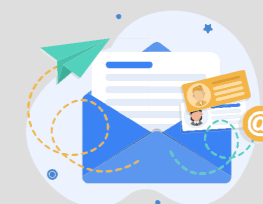
El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todas las personas autoras en la que declaren que son ciertas las afirmaciones que se indican en el siguiente listado:

- 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](mailto: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

