

LA REVISTA DE LOS PROFESIONALES COLEGIADOS DE ENFERMERÍA

# enfermería

facultativa

| Año XXVI | Número 391 | 1 - 15 MAYO 2023 |



## LAS TERAPIAS CAR-T, UN PROCESO EN EQUIPO EN EL QUE LA ENFERMERÍA ES LA GUÍA



Piden la modificación de la ley del medicamento para poder prescribir en igualdad



6.000 euros para un proyecto en detección precoz de úlceras del pie en el diabético



# ENFERMERAS IMPRESCINDIBLES

24

Horas al día

7

Días a la semana

365

Días al año



Consejo General de Colegios Oficiales  
de Enfermería de España

*Te cuidamos toda la vida*



“

## Constantes vitales



**Florentino Pérez Raya**

Presidente del Consejo General de Enfermería

### *Avances que salvan vidas*

Leucemia, linfoma, mieloma múltiple... Alrededor de 483.000 personas padecen cáncer hematológico en Europa.

Estas patologías invitan a ser contempladas bajo el prisma de la esperanza tras las últimas novedades en Hematología. Y es que el abordaje del cáncer de la sangre está pasando del tratamiento tradicional con agentes quimioterápicos a las terapias dirigidas como las CAR-T. Un proceso en el que la enfermería tiene una labor importante. El trabajo en equipo es clave, pero son las enfermeras las que deben guiar al paciente en todo el proceso. Además, desde el Consejo General de Enfermería apostamos porque las enfermeras que prestan cuidados a estos pacientes sean expertas en la materia para que puedan transmitir mejores cuidados y más seguridad a los pacientes.

En este número de ENFERMERÍA FACULTATIVA, varias enfermeras cuentan cómo es el proceso de aplicación de la terapia CAR-T y cuál es el papel de las enfermeras durante todo el proceso.

En esos momentos tan duros, ya desde el brutal golpe que supone el diagnóstico, se agradece la humanidad y comprensión que expresan nuestras enfermeras. Ayudan a los pacientes a resolver dudas, y les capacitan tanto a ellos como a sus familias en el manejo y conocimiento de la enfermedad, así como del tratamiento y control de los efectos secundarios y signos de alarma derivados de él.

Pero, además, desde las administraciones se debe apostar por la investigación ya que es fundamental para lograr prevenir esta enfermedad, detectarla precozmente y tratarla adecuadamente ya que, según datos del OMS el cáncer se ha convertido la principal causa de muerte en el mundo. Y, para hacer frente a este problema sociosanitario es necesario que la investigación oncológica avance y para ello el estudio y la aplicación de las CAR-T son clave. Y la labor de las enfermeras y los enfermeros que trabajan en este campo, también.



## Expertos Universitarios online

- Enfermería Escolar
- Cuidados al Paciente Crónico y Gestión de Casos en Enfermería
- Enfermería de Salud Pública
- Enfermería en Gestión Sanitaria para Directivos de Enfermería
- Enfermería Pericial

10/11/2022 – 20/05/2023

Próximamente apertura de la matriculación



# Sumario

Número 391

1 - 15 mayo 2023

## Actualidad



6

### Portada

Las terapias CAR-T, un proceso en equipo en el que la enfermería es la guía

14

### Noticias

- Piden cambiar la ley del medicamento para prescribir igual que otras profesionales
- El Senado aprueba una iniciativa para potenciar los cuidados enfermeros en el nuevo modelo sanitario

### Opinión

Sergio Alonso:

“No habrá Pacto de Estado por la Sanidad”

40

### Agenda

Congresos

42

### Convocatorias

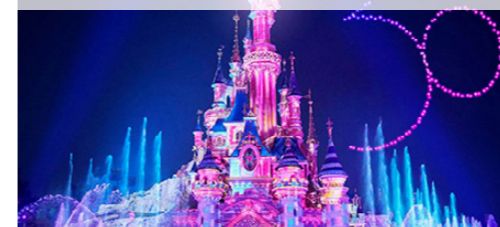
Premios

43

## Servicios profesionales



## Ocio y cultura



44

### Viajes

Cómo aprovechar al máximo la visita a Disney

46

### Motor

El inicio de un ciclo

49

### Cine

*D'Artagnan*, el clásico de aventuras vuelve a la gran pantalla

Análisis de adherencia y supervivencia al sondaje vesical intermitente y factores de riesgo asociados

51

Normas de publicación de artículos científicos

66

## Enfermería Científica



## Staff

**Director:** Florentino Pérez Raya. **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)), Raquel González ([r.gonzalez@consejogeneralenfermeria.org](mailto:r.gonzalez@consejogeneralenfermeria.org)), Juan José Campillos ([j.campillos@consejogeneralenfermeria.org](mailto:j.campillos@consejogeneralenfermeria.org)), Irene Ballesteros ([i.ballesteros@consejogeneralenfermeria.org](mailto:i.ballesteros@consejogeneralenfermeria.org)). **Consejo editorial:** Raquel Rodríguez, José Ángel Rodríguez,

José Luis Cobos, Diego Ayuso y Francisco Corpas. **Asesora Internacional:** Alina Souza. **Diseño:** Kelsing Comunicación. **Maquetación:** Fernando Gómara y Ángel Martínez. **Ilustraciones:** Augusto Costhano. **Asesoría Socioprofesional:** María José Fernández. **Enfermería Científica:** Instituto de Investigación Enfermera ([instituto@consejogeneralenfermeria.org](mailto:instituto@consejogeneralenfermeria.org)).

Enfermería Facultativa: C/ Sierra de Pajarejo, 13. 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. Ambito de difusión: nacional.



# LAS TERAPIAS CAR-T,

## UN PROCESO EN EQUIPO EN EL QUE LA ENFERMERÍA ES LA GUÍA

ALICIA ALMENDROS. Pamplona

Cuando a un paciente le dicen “tienes cáncer” sabe que las siguientes palabras con las que se va a familiarizar van a ser quimioterapia, radioterapia o cirugía. Pero, además, desde hace un tiempo existe una terapia que, tal y como se ha demostrado en diferentes casos, consigue mejorar la supervivencia de los pacientes. Esa es la terapia CAR-T, un tipo de terapia génica en la que se modifican genéticamente los linfocitos T del propio paciente para que ataquen y destruyan células cancerosas.

Aunque puede ser un sanitario que pasa desapercibido, “las enfermeras son muy importantes ya que es un proceso complejo en el que hay que ir guiando al paciente por las diferentes etapas a través de distintas zonas del hospital y equipos”, explica Maite San Miguel, enfermera de referencia de la Clínica Universidad de Navarra en Pamplona. “Debemos trabajar en equipos multidisciplinares ya que esta terapia no permite trabajar de manera aislada. Necesitamos estar coordinados”, añade.

De hecho, desde que esta terapia apareció en la Clínica Navarra se

creó el equipo CAR-T, “es decir, sanitarios referentes en los distintos departamentos: hospitalización, hospital de día, unidad de aféresis, neurología... para que siempre hubiera una persona de referencia y que ella formase al resto de equipo. Contamos con ese perfil incluso en la UCI”, resalta San Miguel.

### Ensayo clínico

En la Clínica Universidad de Navarra, los pacientes pueden recibir esta terapia a través de ensayo clínico o por indicación médica. “Si llegan a la clínica a través de un ensayo clínico, lo primero que deben hacer es firmar un consentimiento informado para poder

“Etiquetamos todo para mantener la cadena de seguridad”

ser incluido en el mismo. En caso de que venir por indicación médica la entrada será a través de Hematología. Pero, en ambos casos deben pasar una batería de pruebas para comprobar que cumple los criterios y empezar con el tratamiento”, explica la enfermera de referencia.

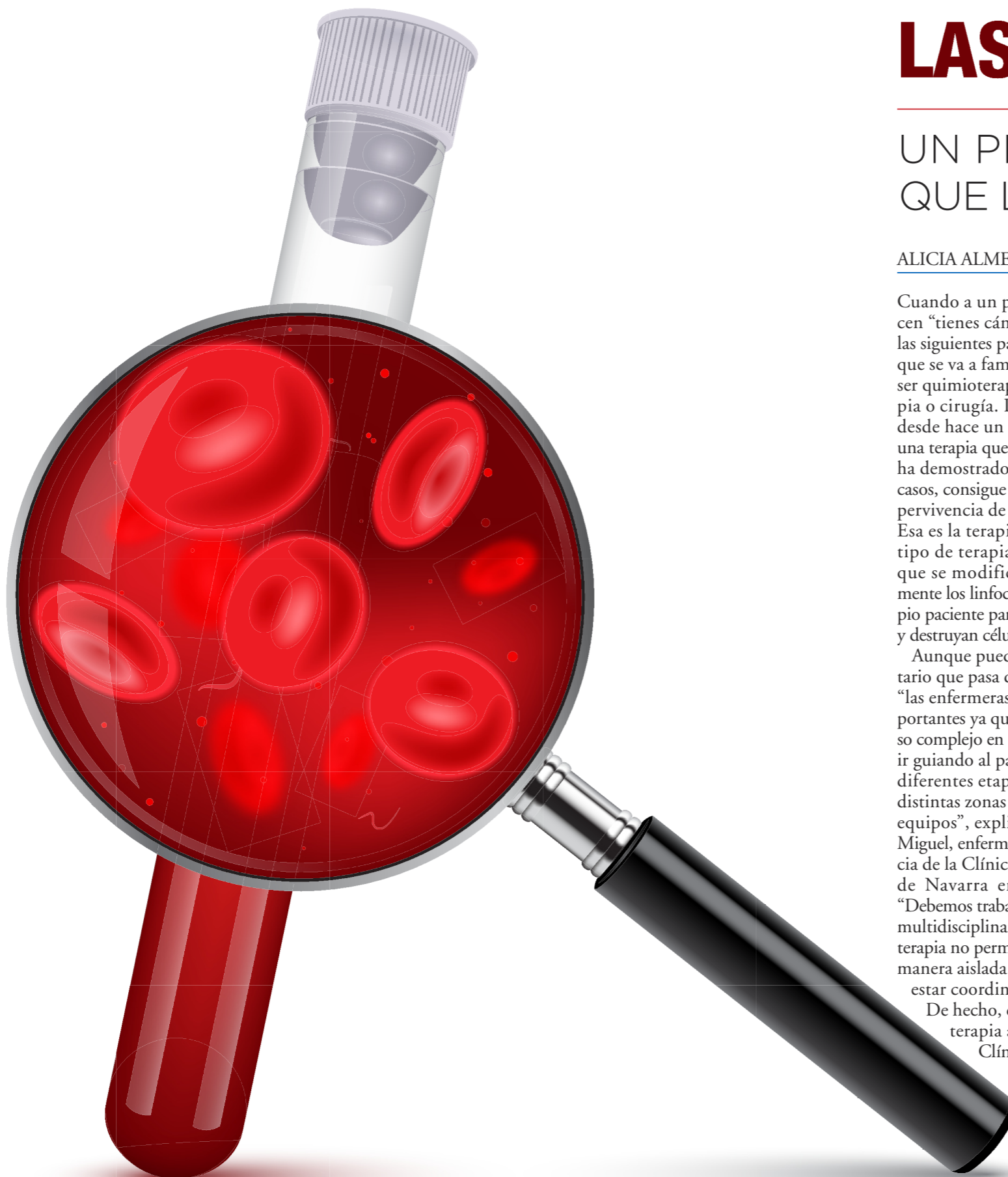
El siguiente paso, tras comprobar que está todo en orden, es realizar la aféresis. “Es decir extraemos los linfocitos y los enviamos a un laboratorio externo donde serán modificados genéticamente. Ese periodo de modificación dura en torno a 4 o 5 semanas”, expone San Miguel.

Maribel Alumbres, enfermera del Hospital de Día de la Clínica Universidad de Navarra en Pamplona, una de las encargadas de llevar a cabo esta aféresis, afirma que antes de comenzar este proceso “dos enfermeras nos encargamos de identificar al paciente con su número de historia y su fecha de nacimiento para poder etiquetar los productos de forma correcta y guardar la cadena de seguridad”.

### Aféresis

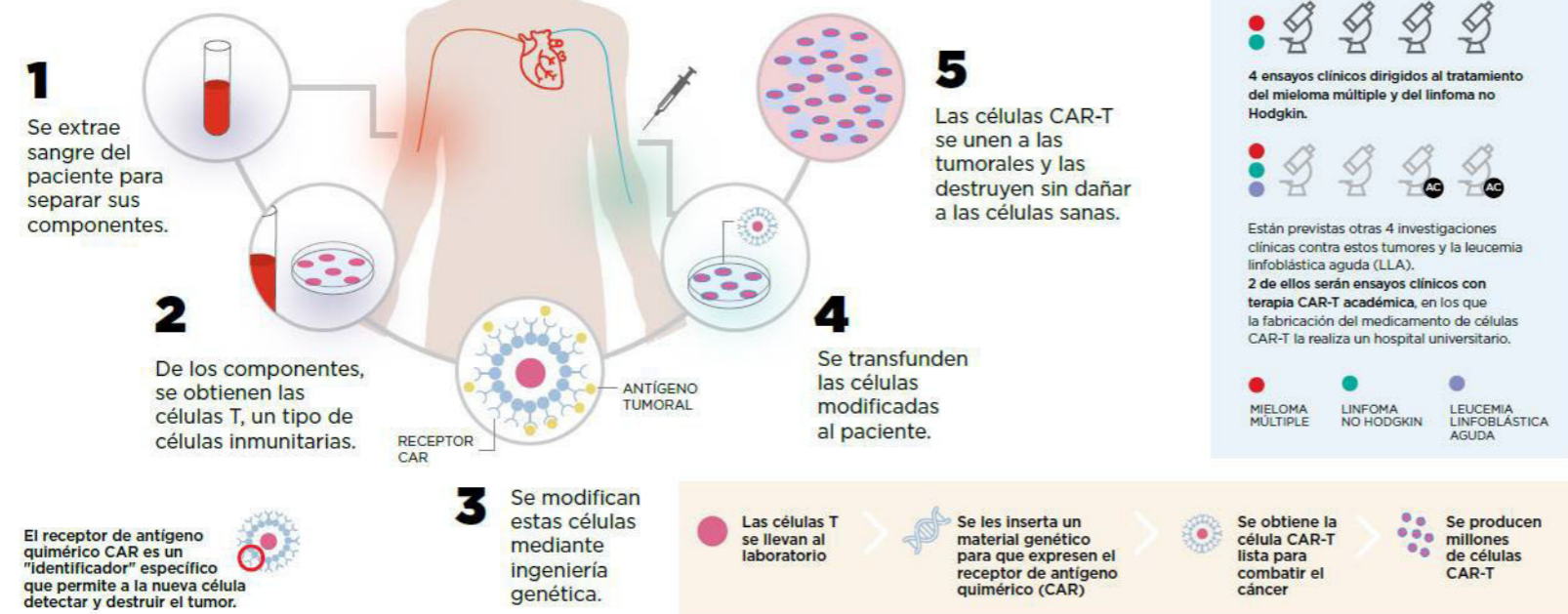
A continuación, se llevaría a cabo una serología previa y el día de la extracción se valoraría si el paciente tiene unos accesos periféricos adecuados para la aféresis o no; “en caso de que no sea así se le colocaría previamente un catéter de alto flujo para la realización de la misma”, recalca Alumbres.

La enfermera colocará al paciente una vía intravenosa en ambos brazos. Se utiliza una vía intravenosa o una vía central para que la sangre flu-



# Terapia CAR-T

## TRATAMIENTO



INFOGRAFÍA TERAPIA CAR-T

Fuente: @ Clínica Universitaria de Navarra



ya hacia afuera, y otra que permite que la sangre vuelva a ingresar después de recoger las células necesarias. “El procedimiento dura entorno a unas cuatro horas”, comenta la enfermera.

### Terapia puente

Durante el periodo de modificación —cuatro o cinco semanas— se lleva a cabo una terapia puente. “Es decir, según cómo este la enfermedad del paciente le daremos un tratamiento para evitar que la enfermedad siga progresando. Y una vez que sabemos que

las células están listas, paramos el tratamiento, volvemos a reevaluar al paciente y se le prepara para recibir lo que

### “Días antes preparamos al paciente para la infusión”

nosotros denominamos quimio depleción, es decir, preparamos el sistema inmunitario para que cuando se le

infundan el celular CAR-T esté complemente listo”, explica San Miguel. “Esta terapia puente la pueden recibir en hospital de día como ingresados, depende de cada caso”, apostilla.

En la Clínica Universidad de Navarra, a día de hoy, la infusión de estas células siempre se hace con hospitalización y el paciente permanece en el centro aproximadamente 15 días. “En primer lugar para la infusión y en segundo por los posibles efectos secundarios que pueda tener. Los más importantes son el síndrome de liberación de toxi-

nas y los icons que deben ser controlados y vigilados estrechamente por el equipo de enfermería y médico”, expone San Miguel.

### Hospitalización

Cuando se produce el ingreso se sigue un protocolo específico. “Vemos la orden médica y si el paciente necesita alguna medicación o no. El día de la infusión nos ponemos en contacto con terapia celular para que nos digan la hora a la que se llevará a cabo. Se les hace una analítica tanto de sangre como de orina, toma-

mos constantes y avisamos al neurólogo para que realice una exploración neurológica en la que se incluye un test

### El paciente permanece ingresado 15 días en el hospital

mini mental, una prueba que le permite detectar si hay algún problema cognitivo”, afirma Idoia Iriarte, enferme-

ra de hospitalización de la Clínica Universidad de Navarra en Pamplona.

Una vez realizada la infusión de la terapia, el control es diario. “Tomamos constantes cada cuatro y ocho horas según el protocolo, tomamos analítica, y hablamos con el paciente para comprobar si existe alguna alteración a la hora de hablar, si está orientado o no. A veces, incluso, les hacemos algún ejercicio matemático para comprobar si hay alteración o no. En el caso de que aparezca fiebre el médico valora si es necesario poner alguna medicación co-



La infusión de las células se hace con hospitalización

mo antibióticos o corticoides... Y, el neurólogo se encarga de repetir el test mini mental cada dos días”, apunta Iriarte.

Los pacientes a los que se les está aplicando esta terapia padecen tumores hematológicos: mieloma, linfoma y algu-

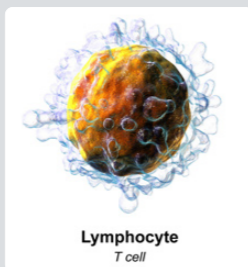
nas leucemias. “Hasta el momento, esta terapia está funcionando y creo que es muy bien para los pacientes, ya no porque funcione sino porque reduce el tiempo de estancia en el hospital. Es decir, en un tratamiento normal el paciente puede venir al centro cada

15 días para recibirlo y en la terapia CAR-T es intenso en los meses previos y durante los 15 días en los que estará ingresado tras la infusión, pero después sólo irá a revisiones, y esto es un plus muy importante para el paciente”, comenta San Miguel.

## ¿Qué es un linfocito T?

Un linfocito T es una célula de nuestro propio organismo, el de todos, pacientes y personas sanas. Los linfocitos son unidades fundamentales de nuestro cuerpo. Son creados por nuestra médula ósea, una sustancia que se encuentra dentro de nuestros huesos y contiene las células madre de la sangre que, a posteriori, se convertirán en glóbulos rojos, glóbulos blancos o plaquetas.

Los linfocitos T, que se desarrollan en el timo, participan en la respuesta inmunitaria celular de nuestro organismo; y los linfocitos B, que se desarrollan en la médula ósea y luego migran a diferentes tejidos linfáticos, son los encargados de la respuesta humoral transformándose en plasmocitos que producen anticuerpos.



Lymphocyte  
T cell

Fuente: Fundación Josep Carreras

“Esta terapia consigue reducir las visitas al hospital”

### Reduce visitas al hospital

“El alta total paciente no la recibe. Sigue teniendo revisiones porque no es una terapia curativa, de momento. Una vez sale del hospital, al principio viene cada dos semanas para chequear su sistema inmune y comprobar que se encuentra bien, pero luego se van espaciando cada vez más las consultas: una vez al mes, cada tres meses...”, finaliza San Miguel.

**E** **C** ENFERMERÍA  
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.





# Piden cambiar la ley del medicamento para prescribir igual que otras profesionales



Inauguración del X Congreso Canario de Enfermería

GEMA ROMERO. Madrid

Más de 300 enfermeras canarias se han reunido en el Campus de Guajara de la Universidad de La Laguna para analizar la prescripción enfermera, pública y privada en el X Congreso Canario de Enfermería, organizado por el Colegio de Enfermeros de S. C. de Tenerife, con una conclusión clara: es preciso modificar la ley del medicamento para que las enfermeras aparezcan como prescriptoras al mismo nivel que el resto de profesiones.

Para José Ángel Rodríguez, presidente del Colegio de Enfermeros de S. C. de Tenerife, “es preciso modificar y matizar la ley del medicamento para que las enfermeras puedan prescribir al mismo nivel que otras profesiones, dentro de su nivel de competencia. Cada

profesional en cualquier sistema sanitario prescribe los 10, 15 o 20 medicamentos que más utiliza, según su especialidad y eso es lo que debería suceder con las enfermeras. Es absurdo que en nuestro caso la prescripción sea distinta a la que puede realizar cualquier odontólogo, veterinario o podólogo”.

## La prescripción enfermera ha sufrido muchas trabas

Actualmente, la prescripción enfermera, publicada en el BOE como indicación, uso y

autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios, abre la posibilidad de un desarrollo a la prescripción por parte de las enfermeras, pero con muchas limitaciones. Para Rodríguez “las enfermeras necesitan prescribir como elemento propio de su metodología de trabajo. Es prioritario para el paciente que la prescripción en las intervenciones de ámbito enfermero sea realizada por este profesional, sin tener que derivarlo para que otro después le recete lo indicado por el enfermero”.

### Obstáculos

Múltiples son las trabas que ha vivido a lo largo de los años. Así, Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo Gene-

ral de Enfermería, señalaba que “conseguir determinadas metas o logros implica, en ocasiones, recorrer caminos tortuosos y plagados de obstáculos. El desarrollo de la prescripción enfermera es un ejemplo claro de cómo el tesón y el trabajo de muchos hombres y mujeres doblega la ceguera de quienes consideraban que este avance importante para la sanidad española suponía algún tipo de perjuicio para los pacientes”.

Para el presidente de las 330.000 enfermeras españolas “quien en este 2023 dice que las enfermeras no pueden prescribir en base a unas guías consensuadas con los propios médicos es simplemente que quizá echa de menos un pasado en el que la estructura sanitaria era otra, donde existía una subordinación entre profesiones, un prestigio social

que quieren seguir monopolizando”.

De hecho, los argumentos que esgrimen para criticar la prescripción enfermera son las mismas tesis que ahora emplean contra la actualización de la

“De lo que se trata es de beneficiar a los ciudadanos”

Estrategia +AP. Como destacaba José Ángel Rodríguez, “tanto con la prescripción enfermera como con la reorganización de la atención sanitaria de lo que se trata es de beneficiar a los ciudadanos, de mejorar su acceso al sistema sanitario, siempre siguiendo guías y protocolos pactados entre todas las profesiones implicadas, que es como se organiza el sistema de salud según la Ley de Ordenación de las Profesiones”.

### Guías de prescripción

Aunque el desarrollo de la prescripción enfermera es muy desigual entre las distintas comunidades autónomas, actualmente, casi el 100% de las enfermeras pueden ya acreditarse para prescribir tanto medicamentos que no precisan prescripción médica como productos sanitarios, así como determinados medicamentos sujetos a prescripción médica que progresivamente se están incorporando.

Así, el listado de estos últimos fármacos abarca ya cinco ámbitos como son las heridas, diabetes, hipertensión, quemaduras y ostomías. Como recordaba Diego Ayuso, secretario

general del CGE, “su incorporación listado de lo que pueden prescribir las enfermeras se lleva a cabo a través de guías clínicas en las que el Consejo ha trabajado junto con el Ministerio de Sanidad, las comunidades autónomas y representantes de otras profesiones sanitarias como médicos y farmacéuticos. En este caso, las enfermeras realizan una prescripción colaborativa en el seguimiento, control y cuidados de los pacientes”. Está previsto que en los próximos meses salgan adelante nuevas guías sobre anticoagulación oral —ahora mismo en revisión—, salud sexual, embarazo y parto.

En el caso de Canarias, “el Servicio Canario de Salud ha puesto en marcha un pilotaje en algunos centros, los sistemas informáticos ya están preparados para la prescripción enfermera y se prevé que en un par de meses se generalice en todo el servicio de salud”, ha detallado el presidente de los enfermeros tinerfeños.

### Lenguaje enfermero

En el congreso también se avanzaba cómo va a ser el manejo de e-Cuidados Prescripción, la plataforma de la Organización Colegial de Enfermería que permitirá consultar los medicamentos y productos sanitarios que pueden prescribir las enfermeras y acceder, además, a sus características e indicaciones, así como la metodología enfermera en la prescripción. A este respecto, José Luis Cobos, vicepresidente III del CGE subrayaba que esta metodología se basa “en nuestra propia forma de plantear los cuidados, con los diagnósticos enfermeros, nuestros procesos e intervenciones, con nuestro propio lenguaje enfermero”, concluía.

# El Senado aprueba una iniciativa para potenciar los cuidados enfermeros



ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

La evolución de la enfermería y de los cuidados en un momento como el actual es imparable. Y así lo ha comprendido el pleno del Senado, que ha aprobado por mayoría una moción que tiene por objeto potenciar los cuidados y el papel de la enfermería en el nuevo modelo sanitario. La petición ha sido presentada por el senador y actual líder del Partido Aragonés (PAR), Clemente Sánchez-Garnica, que ha resaltado la importancia de “aminorar la carga sanitaria existente y aligerar las listas de espera de los centros de salud para caminar hacia un nuevo modelo sanitario que garantice una atención más cercana al paciente”.

La iniciativa surgió hace meses de una petición del Colegio de Enfermería de Zaragoza, que ha sido uno de los grandes protagonistas en el texto que ha defendido el senador durante su intervención.

“Supone dar un paso muy importante”

## Previsiones

En este sentido, Sánchez-Garnica ha explicado que todas las previsiones apuntan a “una población sobre envejecida y

a una población adolescente y de adultos jóvenes que van a padecer desde edades más tempranas patologías crónicas debido a unos hábitos poco saludables”, razón por la cual “la sociedad española va a demandar una atención sociosanitaria diferente, creciendo el número de enfermos crónicos, pluripatológicos y dependientes”.

La presidenta del colegio de Zaragoza, Teresa Tolosana, se ha trasladado también hasta la Cámara Alta para acompañar al senador y ver el resultado en directo. “Que se haya aprobado la moción es una gran alegría porque supone dar un paso muy importante dentro



Una comitiva del Colegio de Enfermería de Zaragoza acudió al Senado para el debate

de nuestra profesión. Tenemos que mirar la sociedad en la que vivimos, ahora mismo, tenemos alrededor de un 20% de personas mayores de 65 años y un 15% con sobre envejecimiento. Esto significa una gran carga sanitaria, sobre todo en los cuidados que realizamos las enfermeras. Por otro lado, nos encontramos con otro problema de cara a futuro, que es la población joven y los hábitos de vida que están llevando. Si vemos las cifras, el 30% lleva una mala alimentación y el 60% no realiza ejercicio”, ha afirmado.

## Sistema más tenso

Para ella, “todas estas cifras significan patología crónica a edades tempranas, con lo que dentro de unos años, probablemente, nos encontremos con un sistema sanitario todavía más tenso del que podemos tener”.

Durante una hora de debate, la enfermería estuvo presente y obtuvo la visibilidad que se merece entre la clase política. Finalmente, en la votación, el senador de Aragón ha contado con el apoyo de la mayoría, con la abstención del PP, tras incorporar una enmienda del PSOE. Aun así,

más allá de la votación, todos los grupos políticos coincidieron en el valor de las enfermeras y pusieron de manifiesto la necesidad de contar con ellas en cualquier ámbito sanitario.

Ahora toca seguir trabajando en este sentido y Sánchez-Garnica ha resaltado que se hará “en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con respeto absoluto al ámbito competencial de las Comunidades Autónomas”.

## Responsabilidad

Asimismo, ha explicado que será clave potenciar el avance de los cuidados y promover la responsabilidad del paciente en su propio cuidado,

funciones para las que “enfermeros y enfermeras están sobradamente cualificados, pudiendo asumir determinadas labores de atención a los pacientes en los centros de salud, lo cual contribuiría a descargar de funciones innecesarias a los médicos”.

En este sentido, Tolosana ha puntualizado que las enfermeras no quieren funciones de otras profesiones: “No estamos aquí, ni muchísimo menos, para quitar autoridad ni quitar roles a otras profesiones”. “Tenemos un sistema sanitario muy tenso porque hay que cambiar las cosas; debemos poner mucho más el foco en la prevención, en los cuidados y en la educación del autocuidado de la población.”







Foto de familia tras la entrega de la beca "En la piel de la enfermera"

## 6.000 euros para la detección precoz de úlceras en diabetes

RAQUEL GONZÁLEZ. Madrid

Cerca de 30 trabajos han concurrido a la segunda edición de la beca "En la piel de la enfermera", una acción que se enmarca dentro de la campaña del mismo nombre puesta en marcha por el Consejo General de Enfermería con la Colaboración de CeraVe.

Desde el pasado mes de enero y hasta el 15 de marzo, se han enviado cerca de 30 proyectos, todos ellos liderados por enfermeras. Entre los temas más frecuentes ha destacado el de la fotoprotección, seguido de los cuidados de la piel en grupos de pacientes específicos, concretamente, con diabetes, enfermedades onco-

lógicas, problemas de salud mental y personas mayores.

### El proyecto utiliza la termometría como indicador

Precisamente, el proyecto ganador, de la enfermera María Mercedes Iruela Sánchez, de Atención Primaria de la DAP Metropolitana Nord de Barcelona, versa sobre el paciente diabético, concreta-

mente en la utilización de la termometría para diagnosticar precozmente la aparición de lesiones o úlceras en los pies de los pacientes con diabetes. Han resultado finalistas los trabajos de las enfermeras Isabel Granados Navarrete, de la Unidad de Micropigmentación Areolar del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, y Esther Soler Climent, coordinadora de Investigación e Innovación de Enfermería del Departamento de Salud de Elche-HG, sobre reconstrucción del pezón con ácido hialurónico en pacientes mastectomizadas y eficacia de un gabinete estético para

pacientes oncológicos, respectivamente.

### Proyecto ganador

Los 6.000 euros de la beca irán destinados a la realización del proyecto ganador, liderado por María Mercedes Iruela Sánchez. Como explica esta enfermera, experta en heridas, "la persona con diabetes tiene mucho riesgo de amputación cuando aparece una lesión en el pie y la idea del proyecto es detectar los puntos de presión de cada persona tomando regularmente la temperatura. Un incremento superior a 2 grados se considera un indicador de inflamación previo a la aparición de una herida. Mediante las cámaras termográficas y la inspección detectamos en el paciente los puntos de presión, realizando un mapeo del pie. Posteriormente, es el paciente quien realiza el control de temperatura en esos puntos detectados y ante un aumento

superior al límite establecido la recomendación es que consulte con su enfermera".

"Lo que pretendemos —continúa— es prevenir lesiones o detectarlas lo antes posible, porque las lesiones en el pie son un importante problema de salud con una disminución de la calidad de vida del paciente y un enorme gasto sanitario tanto materiales como personales. Los problemas aumentan cuando se cronifican estas lesiones, pudiendo llegar incluso a la amputación".

### Proyectos finalistas

A Barcelona se ha ido también uno de los proyectos que han quedado finalistas, concretamente el de la enfermera Isabel Granados Navarrete. El proyecto que lidera esta enfermera se centra en la reconstrucción del pezón con ácido hialurónico en pacientes mastectomizadas.

"Muchas pacientes —señala esta enfermera que trabaja en la Unidad de Micropigmentación Areolar— llegan para realizar la micropigmentación, pero no tienen ni areola ni pezón. La reconstrucción de estas partes no es sencilla y además hay muchas mujeres que ya han sido intervenidas varias veces y no

## La iniciativa es parte de la campaña "En la piel de la enfermera"

quieren someterse a una nueva cirugía. Nosotros les dibujamos la areola y simulamos el pezón, pero no es tridimensional. Por eso, se nos ocurrió la idea de conseguir ese efecto tridimensional mediante el empleo de ácido hialurónico, un material sanitario seguro y con cada vez más aplicaciones".

El otro trabajo finalista, de la enfermera Esther Soler Climent, se centra también en pacientes oncológicos así como de salud mental y en los beneficios que supone para ellos disponer de un Gabinete de Estética integrado por profesionales sanitarios y de estética. Este proyecto, que sí está en marcha el Hospital General Universitario de Elche, busca una extensión y permanencia en el tiempo ya que en su experiencia han comprobado el impacto positivo que tienen este tipo de intervenciones desde un punto de vista tanto físico como mental.



# El nuevo calendario de vacunación para toda la vida garantiza más autonomía a las enfermeras

ALICIA ALMENDROS. Madrid

El nuevo calendario de vacunación para toda la vida aprobado por el Ministerio de Sanidad proporciona más autonomía a las enfermeras y enfermeros en España a la hora de vacunar. Así, se puso de manifiesto en el webinar “La enfermería liderando la vacunación. Nuevas recomendaciones de vacunación anti-neumocócica en el adulto”, organizado por el Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS), el órgano de formación del Consejo General de Enfermería, con la colaboración de Pfizer.

“Las enfermeras y los enfermeros siempre han estado presentes en las campañas de vacunación, pero ahora, además, son ellas desde la Atención Primaria en los centros de Salud, que es donde principalmente se administran estas vacunas, las que se encargan de los equipos de trabajo, de estimular a los equipos de enfermería y a otros profesionales sanitarios, y conseguir, en definitiva, que las vacunas lleguen a las personas”, expu-

so Pilar Fernández, directora de ISFOS.

## Promoción de la salud

Rosa María Fernández, directora asistencial enfermera del Área Este de Madrid, habló de la figura de la enfermera responsable de vacunas. “Nuestro compromiso con la vacunación nos ha llevado a crear la

“La neumonía, un problema de salud pública de primer orden”

figura del responsable de vacunas en cada centro de salud y la enfermera de prevención y promoción que está en las Direcciones Asistenciales. Esta última figura aparece a raíz de la pandemia, y es la que se ocupa

de la logística de las vacunas entre Salud Pública, los centros de salud y la dirección asistencial”, expuso Fernández. “Además, ahora con la puesta en marcha del calendario para toda la vida que se ha puesto en marcha las enfermeras tenemos más autonomía a la hora de la toma de decisiones respecto a la vacunación”, añadió.

Esta enfermera abordó durante el webinar la situación de la vacunación antineumocócica en nuestro país: “La neumonía sigue siendo un problema de salud pública de primer orden, tiene una gran complejidad en la variabilidad de los serotipos. Por eso, la gran novedad de la nueva vacuna conjugada es que va a dar respuesta a ese recambio de serotipos que existen desde hace unos años; y, además, con la nueva vacuna la pauta secuencial que existía hasta ahora se elimina evitando así el riesgo de fallo al no aplicarse las dosis correspondientes por olvidos o distintas circunstancias”, resaltó Marina Moreno, enfermera del Cen-



tro de Salud Torres de la Alameda en Madrid y miembro de la Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas.

## Papel de las enfermeras

Por su parte, Alba Sanvicente, adjunta de enfermería y coordinadora del CAP de Vilassar de Mar y Cabrera de Mar (Barcelona) se centró en el nuevo perfil del profesional enfermero en este cambio de paradigma. “Las enfermeras hemos de liderar el acto vacunal en la atención primaria y debemos empoderar nuestra actividad asistencial mejorando el perfil que teníamos antes de la pandemia. Ahora indicamos vacunas sin tener que pedir asesoramiento de ningún otro profesional, ya que estas vacunas están indicadas por un calendario de vacunación aprobado por el Ministerio” comenta Sanvicente. “Es decir, formamos parte de un equipo multidisciplinar, pero con una competencia mucho

más autónoma y tenemos que creérnoslo”, puntualizó.

Sanvicente expuso también las acciones que están llevando a cabo en su área de atención primaria para captar “a esos usuarios que durante la pandemia se han quedado en un limbo. Aprovechamos cualquier visita para valorar el calendario sistemático y si hay algún antígeno pendiente de administrar se lo ofrecemos y en caso de que acepte le vacu-

“Las enfermeras hemos de liderar el acto vacunal”

namos en ese momento, aunque no sea el motivo de la visita. Además, trabajamos en red con agentes comunitarios para ir a buscar a población candidata y explicarles cuáles son las nuevas indicaciones y necesidades vacunales de la

población, desplazándonos a espacios comunitarios como centros de mayores o centros cívicos, y así aumentar la cobertura vacunal, no sólo en la etapa estacional, sino durante todo el año porque en el caso del neumococo tenemos cifras de neumonía durante todo el año, por ejemplo”.

## Estrategias

Como destacó Pilar Fernández, directora de ISFOS, sobre las enfermeras “recae poner en práctica estrategias que permitan la captación y la medición de las coberturas en los distintos grupos de riesgo. Debemos aprovechar cualquier contacto para establecer la recomendación de vacunación, pues no olvidemos que estamos presentes en muchos ámbitos diferentes: en los centros sanitarios, en los sociosanitarios, pero también en los lugares de trabajo, en los colegios y en algunas instituciones como los ayuntamientos, reforzando así la accesibilidad de la población a las vacunas”.

# La labor enfermera en la acogida de menores con necesidades especiales

IRENE BALLESTEROS. Madrid

En España hay 50.000 niños atendidos por el sistema de protección fuera del ámbito familiar. Muchas de ellas requieren de cuidados especiales debido a sus problemas de salud o circunstancias personales. En este sentido, los profesionales sanitarios, las familias y el personal de residencias infantiles de protección son las personas idóneas para su cuidado. Para mejorar su atención, especialmente cuando presentan necesidades especiales y para sensibilizar y

promocionar el acogimiento familiar, el Comité Científico

## Acoger+ visibiliza los beneficios del acogimiento enfermero

sobre Infancia y Adolescencia, en colaboración con el Consejo General de Enfermería

han puesto en marcha el VIII curso sobre acogimiento y adopciones para niños con enfermedades raras y necesidades especiales.

“En España hay 50.000 niños atendidos por el sistema de protección fuera de ese ámbito familiar, la mitad de ellos están todavía en centros de protección y la otra mitad se encuentran con familias de acogida, pero lo ideal sería que, en la medida de lo posible, todos estuvieran con una familia”, afirma José Antonio Díaz Huertas, presidente del Comité Científico sobre Infancia y Adolescencia del Colegio de Médicos de la Comunidad de Madrid (ICOMEM).

## El plus de ser enfermera

Durante el curso, se han escuchado diferentes experiencias de acogida y adopción que reflejan las posibilidades de desarrollo que tienen estos niños en un entorno familiar favorable. En este sentido, el Consejo General de Enfermería y la Federación Española de Enfer-



medades Raras (FEDER), cuenta con el proyecto Acoger+, que visibiliza el acogimiento y los beneficios de que este sea realizado por una enfermera. “Hemos podido ver la experiencia de las familias de acogida y cómo estas pueden ir aportando a los niños esa posibilidad de desarrollo dentro de un entorno familiar que les da seguridad. Además, todo esto con el plus de ser enfermera. Cualquier niño que tenga necesidades especiales o incluso cuando son muy pequeños, para poder otorgarles las necesidades básicas, el hecho de tener una enfermera como padre o madre de acogida, le va a aportar una mayor seguridad a la hora de la adhesión a los tratamientos”, cuenta Guadalupe Fontán, coordinadora del Instituto Español de Investigación Enfermera del Consejo General de Enfermería.

Las enfermeras, por su formación, cuentan con los atributos idóneos para liderar el proyecto Acoger+, que pretende hacer visible «a todas las enfermeras que existe esta posibilidad de acogimiento. Por eso ponemos a su disposición este programa para que puedan ponerse en contacto, informarse y de ahí ponerles el camino hacia el servicio autonómico que gestione esta acogida o adopción», continúa Fontán.

## Experiencias

Pablo tiene cuatro hijos adoptados, uno de ellos, procede de la lista de adopción nacional especial con enfermedades graves o incurables. Él y su pareja siempre habían tenido especial curiosidad por la adopción y el acogimiento. Cuando empezaron a tener problemas para concebir, de-



cidieron que era el momento para embarcarse en esta bonita aventura. Enfermero de profesión, Pablo asegura que la adopción es una experiencia muy gratificante. Sin embargo, insiste en la poca visibilidad que se le dan a este tipo de proyectos e iniciativas. “Creo que es muy importante hablar de este tema. En mi experiencia he descubierto

## La adopción les ofrece una nueva oportunidad de vida

personas que tenían esta inquietud, pero que no tenían información suficiente o no se han atrevido. A veces, solo un pequeño estímulo externo o compartir una experiencia, hace que se reavive algo que ya estaba dentro. En el caso del acogimiento o de la adopción por vía especial, de niños con enfermedades graves, es cierto que ser enfermero te hace vivirlo con mayor normalidad”, cuenta Pablo Emilio Rull, enfermero de Formación Continuada del Hospital Puerta de Hierro (Madrid) y padre por adopción.

Por su parte, África también es enfermera y madre por adopción, y, precisamente por su condición de enfermera, afirma haberle “ahorrado un montón de visitas al hospital de urgencia” a sus hijos. Esta enfermera afirma estar encantada con esta decisión que tomó en un momento de su vida, sin embargo, asegura que acoger es difícil. “Si la maternidad biológica ya supone un gran reto, aunque parece que sale como algo natural, ser familia de acogida es como un amor extranatural. Si tú dejas un huequito en tu corazón y te embarcas en esta aventura, el corazón se te ensancha”, cuenta esta enfermera.

## Patologías complejas

El curso también ha puesto sobre la mesa la situación en la que se encuentran los niños con patologías complejas. Pacientes que en número son pocos, pero que requieren de intensas horas de cuidados. Niños que no solo necesitan atención en lo físico, sino también en lo social y psicológico y, donde el proyecto Acoger+ les brinda una nueva oportunidad de vida.



FOTOS: NASA



## Una enfermera en la misión de la NASA que simulará un año en Marte

GEMA ROMERO. Madrid

La NASA ha hecho públicos los nombres de los cuatro participantes, dos hombres y dos mujeres, que se van a embarcar en la primera misión simulada de un año de la agencia en un hábitat que recrea condiciones de vida en Marte. Entre los elegidos está

una enfermera de práctica avanzada, Alyssa Shannon.

Shannon es de Sacramento, California y hasta ahora ejercía como enfermera de práctica avanzada en el Centro Médico Davis de la Universidad de California. Tiene un gran interés en la visualización de



Alyssa Shannon

### La misión comenzará en junio en Houston (Texas)

datos y el uso de estos para mejorar los resultados de los pacientes. Tras trabajar como profesora de una escuela pri-

maria volvió a la universidad para obtener una licenciatura en Enfermería. Posteriormente obtuvo un máster en Ciencias de la UCSF como especialista en enfermería clínica cardiovascular con subespecialización en genética.

### Hábitat simulado

La misión de la Nasa, denominada CHAPEA (Crew Health and Performance Exploration Analog), es una misión terrestre que comenzará en junio en el Centro Espacial Johnson de la agencia en Houston (Texas). La misión es la primera de tres simulaciones planificadas de la superficie de Marte de un año, durante las cuales los miembros de la tripulación vivirán y trabajarán en un hábitat de 518 metros cuadrados inmerso en 3D.

Los investigadores simularán los desafíos de una misión humana a Marte, incluidas las limitaciones de recursos, fallos en los equipos, demoras en las comunicaciones y otros factores ambientales estresantes.

“La simulación nos permitirá recopilar datos de rendimiento físico y cognitivo para darnos más información sobre los impactos potenciales de las misiones de larga duración a Marte en la salud y el rendimiento de la tripulación”, dijo en un comunicado Grace Douglas, investigadora principal de CHAPEA. “En última instancia, esta información ayudará a la NASA a tomar decisiones informadas para diseñar y planificar una misión humana exitosa a Marte”.

Junto a Shannon, en la misión participarán la comandante Kelly Hastonun; Ross Brockwell, ingeniero de vuelo y Nathan Jones, oficial médico.

## La enfermera pilota en Cáceres la canalización ecoguiada de catéteres

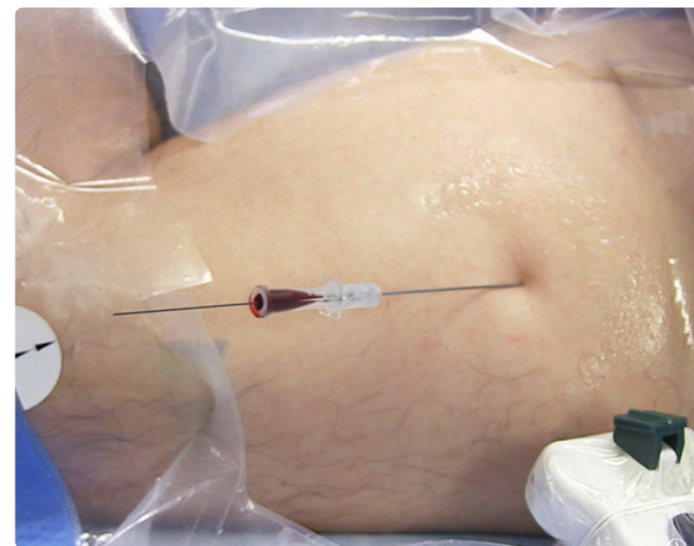
ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

La enfermera María Soraya Sánchez trabaja en la Unidad del Equipo de Difusión y Acceso Vascular del Hospital San Pedro de Alcántara (Cáceres). Entre otras muchas cosas, se encarga de realizar la canalización ecoguiada de catéteres centrales de inserción periférica, una técnica que se utiliza para evitar multipunciones en los pacientes que tienen muchos problemas de pinchazos porque, por ejemplo, son obesos o necesitan una terapia especial como la quimioterapia.

La duración del catéter varía en función de la persona y puede ser de un mes a un año. Es una técnica que realizan las enfermeras. Ella se está encargando de enseñar la técnica al resto de compañeros del hospital. Una técnica que se realiza tanto a nivel ambulatorio como hospitalario.

### Mantenimiento

“Tenemos un tríptico para explicar cómo es el mantenimiento del catéter. Nosotros hacemos las revisiones y principalmente tenemos pacientes oncohematológicos que son a los que damos prioridad porque son los que más tiempo van a llevar el catéter. Tras su puesta en marcha, el mantenimiento lo hacen nivel de Atención Primaria y tenemos el documento explicativo, aunque tanto el paciente como las enfermeras tienen una comunica-



ción directa a través de un teléfono”, explica Sánchez.

### La duración del catéter varía según la persona

Entre otras, les explican cómo deben cuidar el catéter en determinados momentos como la ducha. “Al estar colocado en el tercio medio del brazo, lo más fácil es ponerse un trozo de papel transparente de cocina en el catéter, ducharse secarlo y quitarlo. Tampoco pueden hacer ciertos movimientos como jugar al tenis, levantar el brazo... Las enfermeras deben saber curar el punto de punción y curar el catéter por dentro para que no se obstruya”, subraya la enfer-

mera. Además de esta técnica, desde la unidad se está avanzando en la tunelización para conseguir mayor comodidad del paciente.

“Nuestro trabajo no solo cubre la canalización de catéteres ecoguiados, nos encargamos de gestionar todo lo relacionado con él, gestionamos el material que utilizamos, gestionamos la agenda del paciente, valorando cada persona, su enfermedad y tratamiento intravenoso, formamos en el mantenimiento y cuidados de estos al personal sanitario, al paciente y a su familiar, resolvemos dudas a través de nuestro teléfono de contacto. Además, llevamos a cabo revisiones y curas programadas de estos pacientes portadores de catéteres ecoguiados, resolviendo aquellas complicaciones que puedan surgir debidas al dispositivo de acceso venoso canalizado”, concluye.

# Piden el fin de los ataques a centros sanitarios en Sudán y proteger a sus enfermeras

GEMA ROMERO. Madrid

Desde el pasado 15 de abril Sudán está viviendo violentos enfrentamientos que han dejado más de 180 fallecidos y 1.800 heridos, así como la destrucción de hospitales y la interrupción de los servicios

sanitarios. Uno de los principales objetivos militares ha sido precisamente los centros sanitarios, por lo que el CGE y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) solicitan el cese de los ataques contra las

instalaciones y profesionales sanitarios.

## Condena

“Condenamos sin reservas todos los ataques contra los profesionales sanitarios, cuyo único objetivo es brindar atención, tratamiento y consuelo a enfermos, heridos y moribundos. Al igual que ya ha hecho el CIE —organismo internacional de representación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras, incluyendo el Consejo General de Enfermería— hacemos un llamamiento a todos los gobiernos, así como a las milicias sudanesas, para que respeten las leyes internacionales que protegen a los sanitarios. El derecho internacional no solo se debe respetar, sino que se debe



Mowafag Hassan presidente de la Asociación Sudanesa de Enfermeras

“Debe aplicarse el derecho internacional sobre el terreno”

aplicar sobre el terreno para proteger a las enfermeras y al resto de profesionales de la salud que prestan asistencia sanitaria, tanto en zonas de conflicto como en época de paz. Si la comunidad internacional no actúa cuando se violan de manera tan flagrante las leyes humanitarias internacionales, se corre el riesgo de que esto se normalice, lo cual es inaceptable”, subrayaba Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería.

Como señalaba José Luis Cobos vicepresidente III del



CGE y miembro de la junta directiva del Consejo Internacional de Enfermeras, “vamos a trabajar con la Organización Mundial de la Salud para concienciar a los gobiernos de la necesidad de proteger a los sanitarios. En este tipo de crisis la protección de quienes velan por la salud de los heridos ha de estar garantizada. Estaremos muy pendientes de la evolución de la situación para ayudar en lo posible a nuestras compañeras en Sudán”.

## Situación en Sudán

Por su parte, “el presidente de la Asociación de Enfermeras de Sudán, Mowafag Hassan, nos ha informado —a través del Consejo Internacional de Enfermeras— de que la situación en Sudán, y especialmente en Jartum la capital, es tremendamente peligrosa”, relataba Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería. “Esto significa —añadía Pérez Raya— que el cuidado de la salud está en un peligro real y evidente. Existe una necesidad urgente de abrir corredores humanitarios para permitir el acceso de suministros médicos y garantizar vías seguras desde el aeropuerto cuando se vuelva a abrir”.

Según Hassan, “actualmente estamos evacuando a todas las enfermeras, a otro personal sanitario y a los pacientes de los hospitales que están bajo ataque. Hay suministros médicos extremadamente limitados, y los alimentos y el combustible para las ambulancias están a punto de agotarse. Los cinco principales hospitales de Jartum han sido destruidos, pero no hay acceso al centro de Jartum, por lo que es difícil evacuar a los pacientes. Algunos hospitales siguen funcio-



Hospital formativo Shab atacado en Jartum

nando, pero estos están lejos de la ciudad. La atención sanitaria está bajo ataque, los civiles están bajo ataque y la si-

“Los cinco principales hospitales de Jartum han sido destruidos”

tuación es muy peligrosa”, comentaba en conversación con Howard Catton, director general del CIE, a finales de abril.

Desde España, Florentino Pérez Raya, presidente del CGE, también ha querido aprovechar la ocasión para mandar un mensaje de ánimo a todas las compañeras que están trabajando en primera línea del conflicto. “Nuestras compañeras sudanesas están haciendo un enorme trabajo para cuidar, ayudar y apoyar a los heridos, un conflicto en el que ellas también están en peligro, pero en el que intentan continuar con su labor por encima de cuestiones políticas, defendiendo el derecho a la vida y al lado de quienes necesitan de sus cuidados, sean quienes sean”, concluyó.

# Estudiantes de Enfermería plantean “la nueva imagen del envejecimiento”

IRENE BALLESTEROS. Madrid

Poca productividad, pérdida de creatividad o baja adaptación a los cambios. Los estereotipos entorno a la vejez son muchos y cada vez están más instaurados en nuestra sociedad. Por este motivo, los estudiantes de la Escuela de Enfermería de Palencia “Dr. Dacio Crespo”, han llevado a cabo una iniciativa, impulsada por la profesora de Enfermería, Elena Faulín, con la que luchan por promover una imagen positiva, diversa, real y no estereotipada de las personas mayores.

## “La nueva imagen del envejecimiento”

Esta iniciativa se enmarca dentro del programa de innovación en la docencia, donde cada día trabajan por diseñar estrategias a nivel formativo. Así, buscan “luchar contra los

estereotipos del envejecimiento, que son muchos y todos ellos en negativo. También buscamos que los alumnos desarrollen su pensamiento crítico a través de las nuevas tecnologías”, cuenta la profesora Faulín.

**El objetivo es promover una imagen positiva**

Los alumnos de Enfermería han basado este proyecto en una revisión completa de la imagen que se publica en diferentes canales públicos sobre el envejecimiento. “Han analizado toda la documentación publicada en un periodo de tiempo concreto, sobre todo, se han centrado en imágenes y así se han dado cuenta

de que realmente no son muy positivas. El trabajo está enfocado para que ellos encuentren la imagen más positiva posible dentro de esa búsqueda bibliográfica, la nueva imagen del envejecimiento que cumpla con los criterios de autonomía, dignidad e igualdad”, continúa Faulín.

Con esta búsqueda, los estudiantes de Enfermería han elaborado un análisis que describe la situación actual en la que se encuentran nuestros mayores. “Con este proyecto tenemos una imagen real de la situación, y es que hay mucho estigma hacia nuestros mayores, pero es muy importante que trabajemos desde Enfermería con una imagen positiva, apostando por los cuidados y procurando ofrecer un envejecimiento saludable a nuestros mayores con una buena promoción de la salud”, concluye la enfermera.



Estudiantes de la Escuela de Enfermería de Palencia



# Arranca el comité científico-asesor de la Iniciativa Marco de Cuidados

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

El Ministerio de Sanidad ha constituido el comité científico-asesor de la Iniciativa Marco de Cuidados para el Sistema Nacional de Salud, que busca dar solución y respuesta a las necesidades que tiene la población con respecto a los cuidados, y las enfermeras con respecto al avance en cuidados a los que se enfrentan como profesión experta y referente en cuidados. El Consejo General de Enfermería, como órgano representante de las más de 330.000 enfermeras y enfermeros de España, formará parte de esta comisión junto a otras muchas asociaciones y sociedades de enfermería, organizaciones de pacientes y sindicatos.

“Es la primera vez que se convoca una iniciativa marco de cuidados y es una gran oportunidad para avanzar en la mejora de la calidad de cui-

dados y del desarrollo de la profesión enferma. Es indudable que, si hay una profesión que tiene que decir algo sobre cuidados, esa es la nuestra, la enfermería”, afirma Diego Ayuso, secretario general del Consejo General de Enfermería y representante del CGE en la comisión.

**Es la primera vez que se convoca**

## Imprescindible

Durante su intervención, Ayuso ha considerado imprescindible que esta iniciativa esté ligada “a la necesidad de poner en marcha e implantar de una forma definiti-

va las especialidades de enfermería, los diplomas de acreditación avanzada y poner más énfasis en el desarrollo de las competencias de enfermeras y enfermeros en distintos ámbitos, pero siempre regulado a nivel nacional”.

Asimismo, apunta que se ha hablado mucho de enfermeras de práctica avanzada, pero —subraya— “es necesario ver cómo se combina esto con las enfermeras especialistas, generalistas, diplomas de acreditación”.

Para él, es fundamental que todo esto tenga un ámbito nacional porque “el desarrollo de la profesión tiene que estar dentro de una gran iniciativa marco, que servirá como una gran oportunidad para el sistema”.

Una vez constituido este comité, para Diego Ayuso lo importante es seguir trabajando entre todos y todas para avanzar en este camino porque “los cuidados enfermeros son la base sobre la que se sustenta un sistema sanitario cada vez más envejecido y pluripatológico”.

La jornada ha estado presentada por la secretaria de Sanidad, Silvia Calzón, y el comité estará liderado por la directora general de Ordenación Profesional, Celia Gómez, y coordinado por Yolanda Morcillo, enfermera especialista en Familiar y Comunitaria.

## Las enfermeras son el personal sanitario mejor valorado, según el CIS



JUANJO CAMPILLOS. Madrid

El Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) ha presentado la primera oleada del Barómetro Sanitario 2023, donde se pone de manifiesto que las enfermeras son el personal sanitario mejor valorado de la sanidad española, con un 8,29 de media.

Sobre las consultas de atención primaria, 'la confianza y seguridad que transmite la/el profesional de enfermería' sigue siendo el aspecto mejor valorado de este servicio con un 8,02. Cabe destacar que más del 26% de los encuestados valoran el trabajo de las enfermeras con matrícula de honor. En este apartado, les sigue la nota del personal médico con un 7,77 y la información recibida sobre su problema de salud', que los españoles destacan con un 7,46.

En cuanto a la asistencia que se presta en los hospitales públicos, las enfermeras vuelven a sobresalir. Obtienen un 8,57 de media en el apartado 'cuidados y atención', siendo subrayable que más del 45% de los cuestionados les otorgaron a estas profesionales la

nota máxima. En segundo lugar, aparecen los médicos, con 8,47, también en cuanto a 'cuidados y atención', y, en tercero, 'el equipamiento y medios tecnológicos existentes en los hospitales', con 8,13. De esta manera, las enfermeras, sumando el 8,02 del apartado de atención primaria y el 8,57 de asistencia hospitalaria, logran una media de 8,29.

**Más del 80% considera que la Sanidad funciona bien**

### Aprobado general

Todos los servicios sanitarios del sistema público aprueban para los españoles, pero el mejor valorado sigue siendo el servicio de urgencias, tanto el '112' como el '061' con un 7'33, seguido de los ingresos y asistencia en hospitales pú-

blicos con un 7,08 y las consultas de atención primaria en centros de salud con un 6,19. Así, en vista general, el 83,5% de los encuestados considera que la sanidad pública funciona bien, aunque necesita cambios.

Para un 39,3%, el problema de las listas de espera en los hospitales y centros de salud ha empeorado, mientras que para un 41,2% sigue igual. Sobre la situación de colapso en los centros de atención primaria, un 23,7% asegura que le está afectado "mucho o bastante" y un 22,2% dice que "algo". Al preguntar sobre las posibles medidas que hay que tomar en la atención primaria para mejorar el sistema sanitario, los ciudadanos afirman que "mantener el mismo médico de cabecera de forma estable" es muy importante (lo puntúan con un 9,20), la necesidad de "aumentar las plantillas de personal sanitario" lo valoran con un 9,16 y en tercera posición indican que hace falta "dedicar más recursos económicos" con un 9,05.



## Un proyecto enfermero, finalista en los premios SaluDigital

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

La enfermera Marta Ordaz, enfermera responsable del programa de hospitalización domiciliaria neonatal del Hospital Clínico de Madrid, ha sido la encargada de recoger el diploma de finalista en la categoría de Originalidad Tecnológica, en la séptima edición de los premios SaluDigital del grupo Mediforum, que se entregaron en la sede de Cofares, en la capital. A pesar de no haber resultado ganadores, para ella, la nominación ya es el premio a un gran esfuerzo realizado durante meses.

"Para nosotros es una satisfacción sólo haber sido finalistas. Es un reconocimiento a un proyecto, que vino de una pequeña idea, y que fue apoyada y respaldada por todo el

equipo. La idea de presentar el proyecto surge desde la Unidad de Innovación del hospital, que ha sido una parte fundamental en el desarrollo de esta herramienta", explica la enfermera.

**"Es una satisfacción haber sido finalistas"**

### Comunicación

El proyecto busca mejorar la comunicación con las familias del programa de hospitalización domiciliaria neonatal que lleva a cabo el hospital



madrileño. "Esta herramienta nos facilita el registro de datos que los padres realizan en casa. Quisimos retirar el soporte en papel, que está totalmente en desuso. Con todo digitalizado, nos llega la información que los padres registran en casa. Nos facilita mucho el trabajo, sobre todo después de los festivos y fines de semana, que nos da la posibilidad de saber cómo han pasado esos días en casa y nos permite organizarnos y mejorar mejor el tiempo", subraya Ordaz.

Entre los premiados también se encuentra la iniciativa "+ de 1 millón de voces para autocuidarnos", de anefp, que busca poner en valor y dar voz a todos los pacientes con COVID persistente que existen en la actualidad y que, muchas veces se sienten desamparados. A través de un podcast, la organización ha buscado poner nombre y apellidos a este problema para concienciar a la sociedad y a las administraciones. El Consejo General de Enfermería ha formado parte de este proyecto, colaborando con la intervención de enfermeras en estos programas.

Para Juan Blanco, presidente del Grupo Mediforum, es un absoluto placer poder contar con las enfermeras entre las finalistas de estos premios porque son una profesión fundamental. "Siete años de estos premios ya son un referente en el ámbito de la sanidad. Es un orgullo que se presenten enfermeras porque son un colectivo profesional completamente necesario para el sector", recalca.

Gracias a ellos y a otros colectivos sanitarios, tenemos la salud y la sanidad que tenemos en España", recalca.



# Desarrollan una escala para ajustar las ratios de enfermeras a las necesidades de los pacientes



Enfermeras del IMIB que han desarrollado la escala

GEMA ROMERO. Madrid

Un grupo de enfermeras del equipo de investigación de Enfermería “Cuidados Enfermeros Avanzados” del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB) ha desarrollado la escala MIDENF y un software que permite adecuar las plantillas de enfermeras a las necesidades de cuidados de los pacientes en hospitalización establecidos en la NIC. Fruto de su investigación, iniciada en 2018, ya han publicado cuatro artículos científicos en revistas de impacto y han registrado la escala, su nombre, el manual y el software en el re-

gistro de propiedad intelectual y en la oficina de patentes y marcas del Ministerio de Industria.

## Permite justificar la demanda de enfermeras

Como cuenta M.<sup>a</sup> Fuensanta Hellín, investigadora principal, enfermera en el Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia) e investigadora en el IMB “la idea surge cuando hice mi te-

sis doctoral sobre la medición de las cargas de trabajo en UCI y otra compañera la hizo en Reanimación. Nos dimos cuenta de que en estos servicios sí hay escalas o instrumentos validados para ello, pero para las unidades de hospitalización no había mucha bibliografía ni instrumentos que midan las cargas de trabajo adaptadas a las circunstancias, los tipos de pacientes y las características que tiene una unidad de hospitalización”. Por ello plantearon crear esta escala para estas unidades, pero “utilizando un lenguaje enfermero estandarizado, internacional, reconocido por

todos los enfermeros del mundo. De ahí que nos basemos en intervenciones NIC”, cuenta en declaraciones a ENFERMERÍA FACULTATIVA.

## Diseños

Tras la revisión bibliográfica pertinente hicieron un primer diseño de la escala que sometieron a dos grupos focales, uno con enfermeros de hospitalización del Virgen de la Arrixaca y otro con enfermeros que eran referentes de calidad de esas unidades. Con su información realizaron un segundo borrador que remitieron a un comité de expertos formado por 12 enfermeros

que realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de la escala, cuyas opiniones incluyeron en el diseño de la misma, para posteriormente realizar un pi-

## Midieron el tiempo de cada intervención NIC

lotaje durante los tres turnos de un día en la unidad de Medicina Interna de la Arrixaca. “La aplicamos en los tres turnos de trabajo, durante un día

completo, a todos los pacientes ingresados allí”.

Para ello contaron con la colaboración de la plataforma bioinformática del IMIB que realizó el software tipo web “para que cualquier enfermero pudiera entrar con su usuario y contraseña y cumplimentar la escala de los pacientes que llevaban en su turno, además de establecer el tiempo empleado en cada intervención NIC”.

Como detalla Fuensanta, “la NANDA establece un tiempo estandarizado para esas intervenciones, pero son datos antiguos, además, las enfermeras realizamos varias intervenciones de forma solapada. Por ello, con ayuda de varias compañeras y de algunos estudiantes, cronómetro en mano, fuimos midiendo el tiempo que se trabaja en realizar cada ítem en tiempo real”, que es otro de los estudios que han publicado.

## Estudio multicéntrico

Tras la [validación cualitativa](#) y el [pilotaje](#) realizaron un estudio multicéntrico que tuvo lugar en el año 2020 en cuatro hospitales de la Región de Murcia para medir las intervenciones de enfermería dos días al mes a todos los pacientes ingresados en las unidades de Medicina Interna y Cirugía. “La idea original era hacerlo durante todo el año, pero tuvimos que parar en los momentos más duros de la pandemia. Al final tomamos los datos de nueve meses y siempre en pacientes no-COVID”, cuenta la enfermera de la Arrixaca.

Tras todo ello registraron la [escala MIDENF](#), que está estructurada según las cuatro dimensiones funcionales de la





enfermería: docencia, investigación, gestión y cuidados. Consta de 21 ítems —15 para cuidados, cuatro de gestión, uno de docencia y otro de investigación—, cada uno de los cuales consta de una o más intervenciones NIC asociadas al mismo tiempo de aplicación, tras analizar los datos de casi 12.000 escalas.

### Carga de trabajo

Así, la carga de trabajo de una enfermera se calcula sumando el tiempo dedicado a cada paciente a lo que añaden el tiempo dedicado a la gestión, la docencia y la investigación durante el turno de trabajo.

“De esta forma es posible saber cuántas enfermeras se necesitan adaptadas a las necesidades del momento, para que el número de enfermeras no dependa de que siempre hemos sido tres por la mañana, dos por la tarde y dos por la noche, sino que dependa del tipo de paciente que tienes ingresado en este momento, que es el que te va a marcar las demandas de cuidado”, subraya Fuentesanta. “Es una for-

ma de que las supervisoras —añade— puedan justificar las demandas de más personal de manera objetiva en función del tipo de paciente que está ingresado, pues en caso contrario no es posible dar una asistencia de calidad o mantener la seguridad del paciente”.

### La carga de trabajo se asocia a la satisfacción laboral

El siguiente paso que se han fijado es integrar su software en los de historia clínica electrónica, de tal forma que “cada enfermero podría revisar las escalas de sus pacientes y repasar la escala e ir marcando las intervenciones realizadas, añadiendo simplemente los datos que falten. Así, cada supervisor podría tener un mapa de cada cama, de cada paciente, y gestionar desde ahí las necesidades de cuidados y, por tanto, de enfermeras”.

El contar con una adecuada dotación de enfermera no sólo incrementa la seguridad del paciente y disminuye las complicaciones asociadas a la atención sanitaria, también afecta a las propias profesionales, en forma de estrés y *burnout*. Por ello, han aprovechado el desarrollo de esta escala para medir la **satisfacción laboral de las enfermeras** en relación con la carga de trabajo medida, encontrando asociaciones “estadísticamente significativas”, y tal y como subraya otro de los artículos publicados por estas investigadoras.

Todo este trabajo (PI18/00950) ha sido financiado por Instituto de Salud Carlos III (convocatoria AES 2018) dentro del Plan Nacional de Investigación Científica, sufragado por los fondos FEDER. En él han participado M.<sup>a</sup> Fuentesanta Hellín, como investigadora principal, M.<sup>a</sup> José López (profesora de la Universidad de Murcia); Ana Myriam Seva (Hospital Vega Baja de Orihuela), M.<sup>a</sup> Dolores Roldán, (Hospital Virgen de la Arzica) y Marzena Mikla (Hospital Reina Sofía de Murcia).

# ENFERMERAS

## esenciales en la pandemia

## discriminadas por la Administración



Porque salvamos vidas cada día, firma 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) y firma

Consejo General de Colegios Oficiales  
de Enfermería de España



# Las enfermeras reclaman una formación básica de Cuidados Paliativos

ALICIA ALMENDROS. Madrid

El Palacio de la Magdalena de Santander ha reunido a más de 200 enfermeros en las IX Jornadas Nacionales de Enfermería en Cuidados Paliativos. El foro organizado por la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (Aecpal), y cuya última edición se celebró en 2019 antes de la pandemia, ha puesto sobre la mesa las necesidades y dificultades que las enfermeras han vivido durante la pandemia. «Estas jornadas ofrecen una gran oportunidad para mostrar el acompañamiento y la atención que se proporcionan desde los cuidados paliativos, y que fueron tan necesarios durante la pandemia, cuando la soledad se reveló como uno de los problemas de mayor impacto», ha comentado Ana Manzananas, presidenta del comité organizador.

El evento dio comienzo con una jornada precongreso el día 19 de abril en el que se pretendía acercar los cuidados paliativos a la comunidad de Cantabria. «Además de profesionales, vino mucha gente de la calle interesados por el tema. Entre los ponentes contamos con di-

## El congreso de Aecpal reunió a más de 200 enfermeras

rectoras de enfermería de hospitales, un trabajador social de la Asociación Española Contra el Cáncer y con el hijo de un paciente que había recibido paliativos. Fue una forma de

acercar estos cuidados a la población. Fue muy enriquecedor porque pudimos resolver dudas y desterrar mitos y tabúes que hoy tenemos en la atención paliativa», explica Marisa de la Rica, presidenta de Aecpal.

### Concurso de relatos

En el encuentro se ha tratado de forma especial cuestiones como los cuidados del paciente crónico en la comunidad y los dirigidos a las personas en situación de final de vida con enfermedades raras o poco frecuentes, además de temas como la importancia de la investigación enfermera y la difusión de conocimiento para seguir avanzando en el desarrollo de la enfermería en cuidados paliativos. Además, se ha realizado una in-

novadora mesa interactiva y participativa sobre cómo abordar las emociones con inteligencia emocional.

El abordaje del dolor completo, las TICS desde el punto de vista sanitario o cómo hablar de la muerte de los niños, han sido alguno de los temas sobre los que han girado los talleres. «Estamos muy contentos, hemos tenido cerca de 200 inscripciones y unas 50 comunicaciones tanto orales como poster. Y, hemos tenido mucho apoyo institucional de ayuntamiento, colegio de enfermería de Cantabria... Este año hemos lanzado el primer concurso de relatos para que los profesionales puedan transmitir esas sensaciones que tenemos cuando atendemos a un paciente. La experiencia ha sido muy buena», apunta De la Rica.

### Pandemia

La presidenta del comité científico, Encarna Chisbert, ha recordado que, en estos años de pandemia, «las barreras, las ausencias, las distancias, las pérdidas impuestas, la incomunicación o la soledad han

generado en profesionales y usuarios sentimientos cuya gestión debe aprenderse».

«Durante la pandemia, los protocolos cambiaban continuamente y muchos pacientes fallecieron lejos de sus familias, pero no sólo los que padecían COVID sino que muchos que no lo tenían fallecían así por cumplir el protocolo. Y eso es algo que a los profesionales nos ha marcado. Pero de la pandemia aprendimos que los profesionales sanitarios teníamos unas carencias importantes como pararnos a ver al ser humano que tenemos delante. Por tanto, el COVID evidenció que la formación en cuidados paliativos mejoraba la atención

a las familias y el afrontamiento a nivel profesional», asegura la presidenta de Aecpal.

Y es que desde Aecpal reivindica desde hace tiempo que para trabajar en cuidados paliativos hay que tener formación ya que se requiere una visión más global de la persona. «Pedimos una formación básica desde el Grado para que todos los profesionales de enfermería adquieran esta competencia porque aunque trabajan en otras unidades seguro que en algún momento de su carrera profesional tengan que atender a una personas y a una familia al final de la vida», resalta De la Rica.



## La UCI en tiempos de pandemia

# La cápsula del tiempo que visibiliza el trabajo enfermero durante el COVID-19

IRENE BALLESTEROS. Madrid

El 31 de diciembre de 2019 siempre quedará grabado en la mente de Fran Fernández y Rosa Cossi, dos enfermeros de la UCI del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, de Huelva. Una pareja de enfermeros fuera y dentro de la

UCI que libraron labatalla del COVID-19 desde las trincheras. Tres años después, seis olas y millones de fallecidos, Fran, enfermero y fotógrafo profesional, decidió que era de vital necesidad transformar esa película de ficción llamada pande-

mia por COVID-19 en un fotolibro que detallase desde otra perspectiva los entresijos de lo que se vivió en las UCIS de todo el mundo. Así, nació *La UCI en tiempos de pandemia*, un fotolibro que documenta la dualidad de la pandemia, los dos mundos paralelos en los que los sanitarios han tenido que vivir durante tres años. Un libro que, de forma gráfica, sirve para que “se nos mantenga en la memoria todo lo que vivimos durante la pandemia. Este libro es un diario, angustioso en muchos casos, que refleja todo lo que estábamos viviendo en esos días y queda inmortalizado de forma gráfica y escrita para que, de alguna manera, se haga justicia de todo lo que vivimos y se rompan las cadenas del olvido cada vez que lo cojamos”, cuenta Rosa Cossi, autora de los textos del fotolibro.

**El libro describe sentimientos, hechos y datos de forma gráfica**

### Archivo COVID

Con la pandemia ya instalada en España, medios de comunicación, instituciones y la sociedad en general se volcó con la información. Una comunicación endulzada en muchos casos, en la que se protegía todo por miedo. “Se hizo una hiper protección en todos los aspectos, solo se mostraba a gente aplaudiendo, niños haciendo dibujos para sus abuelos, gente que aprendía a cocinar, pero también hay que



Una mirada de esperanza



enseñar la otra parte. Lo enfermeros vivimos una verdadera paradoja, dos universos paralelos, fuera del trabajo teníamos esa visión de la pandemia, pero en el trabajo veíamos los estragos y la gravedad del COVID-19”, cuenta Fran Fernández, autor de las fotografías.

Con fotografías como las que componen este libro se creó Archivo Covid, una plataforma impulsada por el fotógrafo profesional Santiago Palacios, que es un claro registro del tiempo de la pandemia y donde las fotografías de Fran formarán parte de la historia del mundo. Una cápsula del tiempo para no olvidar lo vivido y así evitar repetirlo.

### Terapia

Miedo, ansiedad, estrés e incertidumbre. Estos sentimientos estaban presentes las 24 horas del día en la mente y el cuerpo de los sanitarios. Fran y Rosa tuvieron que acumular datos de muertes fuera y dentro del trabajo, tuvieron que adaptarse a una situación inaudita y tuvieron que trabajar en condiciones extremas, con

EPIS incómodos que dejaban huellas físicas y mentales. Pero, entre tanta negatividad y tristeza, este libro supuso una terapia para ellos.

**Una cápsula del tiempo para no olvidar lo vivido**

“Cuando tenía un hueco y me ponía con la cámara a hacer determinadas fotos me aislaba y reflejar el mensaje que quería plasmar fue terapéutico para poder con todo lo que se nos estaba viniendo encima. Hubo mucha incertidumbre, pero la organización en la que nos sumergimos fue total. Aquello parecía un pequeño hormiguero, un gran engranaje funcionando sin parar. La carga física y mental en el personal sanitario fue total. “Huellas” fue una de las imágenes más significativas del trabajo porque yo sabía cómo salían mis compañeros después de horas y horas de trabajo. Sudando, con marcas,

con escasa visibilidad, incómodos... Las huellas que dejó el COVID en todos ellos fueron muy profundas”, sigue el enfermero.

### Romper las cadenas del olvido

Este diario gráfico destaca “el trabajo y la voluntad de superar todo lo que estaba pasando y muestra siempre la mirada puesta en la esperanza, que era lo único que nos movía para vencer el virus y recuperar nuestras vidas con normalidad”, explica Cossi.

Así esta pareja de enfermeros dedica estas páginas repletas de imágenes y texto a todo el personal sanitario que entregó su vida durante la pandemia y también a todas aquellas personas que perdieron la vida y que fueron “tristemente reducidas, a diario, a un cúmulo de cifras como parte de frías estadísticas”, describen. Y es que, “vale la pena recordar sobre el tapiz de lo vivido, imágenes que harán justicia, rompiendo las cadenas del olvido”, concluye el fotolibro.

Tayra Velasco, presidenta de la Comisión Deontológica Nacional del Consejo General de Enfermería

## “La bioética nos ayuda a resolver los problemas del día a día”

D. RUIPÉREZ / A. ALMENDROS. Madrid

Tayra Velasco, recientemente nombrada presidenta de la Comisión Deontológica Nacional del CGE, expone en

una entrevista cuáles son sus retos al frente de este organismo y de por qué es importante la bioética.

**¿Cuándo descubres en la bioética tu pasión?**

Es una pasión que he tenido por parte de la filosofía y toda



Tayra Velasco



la rama humanística que mi profesor de filosofía me inyectó. Posteriormente la desarrollé en otros ámbitos por mi práctica clínica al trabajar en unidades de cuidados intensivos, que es uno de los ámbitos en los que se genera un mayor número de conflictos éticos, especialmente en torno al final de vida, donde me he especializado todavía más. También tuve la oportunidad de ir como cooperante a Mauritania, en África, y ahí ves otras realidades importantes para poder trasladar la bioética.

**¿Cuáles son las líneas maestras que quieres poner en marcha desde la Comisión?**

Uno de los motivos que llevó a formar parte de la Comisión Deontológica del Colegio de Enfermería Madrid en su momento es la renovación y actualización del actual código deontológico, que, como sabes, todavía tenemos vigente desde 1989, y requiere de forma urgente una revisión, actualización e incorporación de todos estos avances que se han producido a nivel de la sociedad, la legislación porque, en definitiva, es lo que va a regir de guía de conducta a las enfermeras.

Otro de los aspectos que también vamos a trabajar sería intentar también crear una red a nivel nacional con las distintas comisiones deontológicas, tanto autonómicas como provinciales, para ho-

**“Hay que renovar el código deontológico vigente”**



mogeneizar criterios y que podamos tener propuestas conjuntas.

**¿Qué papel tiene la bioética en la formación de las enfermeras?**

Este es otro de los puntos importantes que quiero destacar. Debe ser más visible en la formación de las enfermeras ya que sirve, sobre todo, de dotar de herramientas en los conflictos éticos a los que se van a enfrentar en la práctica clínica, tanto los estudiantes como los futuros enfermeros en su día a día. Otro aspecto fundamental es ser asesores dentro de los aspectos relacionados con la ética profesional para dar las recomendaciones correspondientes en ámbitos tan controvertidos como, por ejemplo, la Ley de Prestación de Ayuda para morir en la objeción de conciencia o la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

**Recientemente hemos visto debates políticos entorno tanto a la Ley de Eutanasia como a la del Aborto ¿Crees que los políticos están preparados para hablar tan a la ligera de estos temas?**

Que exista debate tanto a nivel social como político entorno a estas leyes se hace imprescindible y las enfermeras debemos

**“Debemos tener visibilidad en todos los entornos”**

tener visibilidad en los distintos entornos y me parece fundamental que se pueda contar con nuestro asesoramiento.

Es importante desde la Comisión Nacional ser portavoz, para intentar identificar aquellos problemas que pueden surgir de cara a la implementación. Dentro del gobierno, por ejemplo, hemos tenido un senador, Koldo Martínez, que siempre ha tenido esa mirada interprofesional, en lo cual a las enfermeras nos ha tenido muy en cuenta.

En política lo que se busca muchas veces es el blanco y negro, o sea, se ha aprobado algo y el otro partido directamente lo intenta boicotear, por así decirlo, pues es importante esa suma, sobre todo en este ámbito, porque, en definitiva, a quién va a repercutir eso es en la ciudadanía, en la población, en los pacientes y también en los profesionales. Y esto es muy importante, que quede bien estructurado.



### Sergio Alonso

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



## No habrá Pacto de Estado por la sanidad

A medida que se agudiza el hundimiento de la Sanidad pública en España, arrecian con más fuerza las voces que demandan un pacto de Estado con el que articular su salvación. No es ninguna novedad. En la anterior crisis financiera de 2008, cuando el Gobierno socialista de José Luis Rodríguez Zapatero multiplicaba los recortes a pensionistas y empleados públicos —sanitarios incluidos— y las Consejerías de Salud no tenían dinero ni para

pagar las medicinas a las farmacias, también se multiplicaban las peticiones de un acuerdo para rescatar al modelo sanitario de la quiebra. Nada de aquello se hizo y me aventuro a avanzar que tampoco sucederá ahora. La historia es siempre un espejo con el que adivinar el futuro y ninguno de los precedentes existentes, ni el de 2008, ni los anteriores, algunos realmente serios, invitan al optimismo. A lo largo de mi trayectoria profesional he sido testigo directo de varios intentos reales de alcanzar dicho consenso y todos fracasaron. La Comisión Abril Martorell fue, seguramente, el mejor de todos ellos. Las recomendaciones de sus integrantes, un grupo de expertos de primer nivel sin contaminación política, dibujaban con precisión milimétrica y anticipación profética las medidas necesarias para frenar el deterioro por aquel entonces incipiente del sistema. El documento acabó en un cajón, y la mayoría de los consejeros que se atrevieron a poner en marcha, de forma mínima, alguno de los re-



medios planteados, salieron escaldados. Por ejemplo, se tendió a separar la financiación de los servicios de su provisión, sí, pero esta es satanizada allí donde se practica con reglas del derecho privado. En la primera legislatura del PP, allá por 1996, se empezó a gestar una subcomisión para la mejora de la Sanidad en el Congreso. Cubrí casi todas las comparecencias y hablé extensamente con sus integrantes. Tres populares y no recuerdo si también Feliciano Blázquez, dos socialistas, una de izquierda unida, otra del PNV y un último de Coalición Canaria. A diferencia de muchos de los políticos de hoy, aquellos tenían cierta altura de miras. Aquel PSOE avaló, de hecho, modelos como el de Alcira al brindar su apoyo a la Ley 15/1997 de nuevas formas de gestión. La diputada de CiU, Zoila Riera, que era un encanto, tam-

bién apostaba por insuflar más dinamismo al modelo. Sin embargo, al final de sus trabajos, el pacto se truncó. La subcomisión devino en un intento del PP de usar al resto de los grupos como paraguas para colar sus reformas y en otro de la izquierda de revolverse contra los populares con los viejos clichés de siempre. Años más tarde, el pacto promovido por Bernat Soria también acabó en nada. Para lograr ahora uno hace falta coincidir en el diagnóstico y sosiego político. Ninguno de los ingredientes se cumple, por lo que nadie espere nada. El buenismo de los que pregonan el acuerdo se da de bruces con la realidad.



# International Nursing Review

La revista de la comunidad científica internacional de enfermería  
cambia su formato y amplía el número de páginas



El Consejo General de Enfermería ofrece la suscripción anual a la revista *International Nursing Review* en español por **sólo 50 euros al año**.



La última edición del informe **Journal Citation Reports (JCR)** coloca a *International Nursing Review* en el cuartil Q1 y la sitúa como una de las revistas con más impacto del área de la enfermería.



## XI CONGRESO NACIONAL Y II CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EXPERTA EN OSTOMÍAS

**Fecha:** del 4 al 6 mayo de 2023

**Lugar:** Valencia

**Más información:**

C/ Las Naves, 13 - 28005 Madrid

**Tel.:** 91 473 50 42

**Email:**

[estomaterapia@estomaterapia.es](mailto:estomaterapia@estomaterapia.es)

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



## XIV SIMPOSIO NACIONAL SOBRE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS DEL GNEAUPP

**Fecha:** del 24 al 26 de mayo de 2023

**Lugar:**

Burgos

**Más información:**

Secretaría General.

Plaza Gal la Placidia, 1

08006 Barcelona

**Tel.:** 93 416 12 20

**Email:**

[gneaupp@bocentium.com](mailto:gneaupp@bocentium.com)

<https://gneaupp.bocentium.com>



**Simposio Nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas**

## XXI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

**Organiza:**

Asociación española de enfermería en traumatología y ortopedia

**Fecha:**

del 7 al 9 de junio de 2023

**Lugar:**

Córdoba

**Más información:**

Secretaría Técnica

Permanente AEETO

C/ Las Naves 13 3º2

28005 Madrid

**Email:**

[eugeniavidal@fabulacongress.es](mailto:eugeniavidal@fabulacongress.es)

[albertomoraga@fabulacongress.es](mailto:albertomoraga@fabulacongress.es)

**Tel.:** 91 473 50 42



## VI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA Y SALUD ESCOLAR

**Fecha:**

del 29 al 30 de junio de 2023

**Lugar:**

Málaga

**Organiza:**

Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar

**Más información:**

<http://www.aceese.es/>



## CONGRESO ICN 2023

**Fecha:**

Del 1 al 5 de julio de 2023

**Lugar:**

Montreal (Canadá)

**Más información:**

Rue François-Versonnex 7.

1207 Geneva, Switzerland

**Tel.:** 41 22 908 0488

[reg\\_icn23@kenes.com](mailto:reg_icn23@kenes.com)

<https://icncongress2023.org/>



## PREMIOS HOGUERAS DEL COLEGIO DE ALICANTE

**Organizan:**

Colegio de Enfermería de Alicante y la Federación de los Fogueres de Sant Joan

**Plazo de inscripción:**

31 de mayo de 2023

**Objetivo:**

reconocer las mejores creaciones en dichos ámbitos, que hagan referencia a personas o hechos relevantes que hayan engrandecido la historia de la enfermería.

**Dotación:**

*Mejor portada de barraca:*

400 €

*Mejor escena de foguera:* 750 €

*Premio a la segunda mejor escena de foguera:* 350 €

*Premio a la mejor escena de foguera infantil:* 500 €

**Más información:**

<https://www.enferalicante.org/de/talleNoticias.php?id=1225>

## PREMIOS ENFERMERÍA EN DESARROLLO

**Objetivo:**

Dar apoyo a las enfermeras, enfermeras especialistas y fisioterapeutas que trabajan por el desarrollo de la profesión y el reconocimiento colectivo de su aportación son los propósitos de los Premios Enfermería en Desarrollo, organizados por la revista, como complemento a su labor editorial de difusión de los valores de la enfermería.

**Plazo:**

30 de julio de 2023

**Presentación de candidaturas:**

<https://enfermeriaendesarrollo.es/premios/inscripcion/>

**Más información:**

[https://enfermeriaendesarrollo.es/wp-content/uploads/2023/03/Bases\\_Premios\\_-ED\\_2023.pdf](https://enfermeriaendesarrollo.es/wp-content/uploads/2023/03/Bases_Premios_-ED_2023.pdf)

## V EDICIÓN DE SUS "PREMIOS METAS"

**Organiza:**

revista Metas de Enfermería

**Plazo:**

10 de septiembre 2023

**Dotación:**

3.000 euros

**Objetivo:**

potenciar la labor científica enfermera a través de la experiencia de los propios trabajadores y de su entorno. La participación puede ser a título individual o colectivo.

**Email:**

[premiosmetasinvestigacion@grupo-paradigma.com](mailto:premiosmetasinvestigacion@grupo-paradigma.com)

<https://www.enfermeria21.com/revista-metas-de-enfermeria/premios-metas/>

# 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 aquí





30 aniversario de Disneyland Paris

# CÓMO APROVECHAR AL MÁXIMO LA VISITA A DISNEY

GEMA ROMERO. París

Hasta el 30 de septiembre de este año Disneyland París está celebrando su 30 aniversario y si nunca hacen faltan pretextos para ir al parque de atracciones por excelencia, quizá pueda servir de excusa para quienes todavía se lo estén pensando.

Lo primero que hay que saber es que Disneyland París realmente está formado por dos parques de atracciones: Walt Disney Studios, donde se puede encontrar todo lo de Marvel o Pixar, y el propio Disneyland, con sus princesas, Mickey Mouse o Star Wars, así que para poder conocerlo todo, aunque están “pared con pared”, lo recomendado es ir un mínimo de tres días, haciendo dos noches. El Walt Disney Studios se puede visitar perfectamen-

te en un día, pero Disneyland es bastante más grande.

Pese a que salga más caro, es táctico alojarse en los hoteles que pertenecen al parque, los llamados hoteles Disney.

## Lo mínimo es ir tres días y alojarse en los hoteles Disney

Son seis, con distintas temáticas, de distintos precios y calidades, todos ellos a menos de 15 minutos andando y con un servicio gratuito de autobuses que te lleva hasta la puerta, aunque dependiendo del hotel será o no necesario. Resulta táctico porque, ade-

más, los alojados en estos hoteles disponen del *Extra Magic Time*, pudiendo acceder a los parques una hora antes que el resto del público, lo que resulta fundamental para montar en alguna de las atracciones que más esperas tienen. La clave es elegir por dónde empezar e ir directos, sin mirar nada más.

### Organización

Para aprovechar al máximo el viaje, la clave es la planificación. Si tienes claro que vas a ir, busca fecha y reserva con tanta antelación como puedas, te saldrá más económico y podrás reservar en alguno de los restaurantes de los parques. Si lo organizas con menos de dos meses, te será casi imposible comer o cenar en el

restaurante de ratatouille —el Bistrot Chez Rémy— y es de las cosas que no te puedes perder, pero ojo, sólo si al menos tienes incluida la media pensión, si no, el menú por persona oscila entre los 45 y los 55 euros. Merece la pena, pero no tanto.

Para la organización de tu viaje necesitarás la *app* del parque, disponible en Android e iOS. Aquí podrás desde reservar directamente el alojamiento, las comidas y cenas en cualquiera de los restaurantes —mejor con el plan de comidas, mínimo en media pensión— hacer el *check-in online*, y consultar los horarios de los espectáculos, la duración estimada de la cola de cada atracción (información vital), o comprar el *Disney Premier Access*, ese pase que te permite saltarte la cola de una atracción por el módico

precio de entre 15 y 20 euros por persona —sólo para ricos o desesperados—.

Gracias a la *app* podrás conocer las atracciones de ambos parques, a qué público están dirigidas o cómo llegar al espectáculo que quieres, aunque el GPS es lo que peor funciona. Toda la información está en ella.

## No te puedes perder el Bistrot Chez Rémy

Si viajas con niños —la excusa perfecta para volver a ser uno y disfrutar como un loco de Mickey Mouse y sus amigos— lo ideal es ver con ellos qué quieren hacer y las edades y alturas que tienen pues hay

atracciones —las consideradas para adultos— que requieren altura mínima de 140 cm, o les pueden dar miedo como las montañas rusas *Avengers Assemble Flight Force* o *Star Wars Hyperspace Mountain*, o *The Twilight Zone Tower of Terror* (una especie de lanzadera) y otras que, por edad se les van a quedar un poco “pequeñas” si tienen más de 10 años. También es fundamental saber qué encuentros con personas quieren tener, los hay para todos los gustos, y no se puede llegar a todo, desde encuentros con los Vengadores en el *Avengers Campus*, Mickey o cualquiera de sus amigos, Stitch, las princesas Disney o el mismísimo Darth Vader. Eso sí, la foto de rigor será después previo pago de mínimo 15 euros.

### No hay que perderse

Ir a Disneyland Paris y no ver los espectáculos de cierre, o la gran cabalgata de la tarde (*Disney Stars on Parade*) es como no ir a Disney. Ojo que los horarios varían, pues dependiendo de la época del año los parques cierran a distinta hora. Elige al menos un personaje con el que hacerte una foto y a por él, es lo que diferencia a estos parques de otros.

Tampoco hay que perderse el espectáculo de *El rey León*, media hora con todos los números musicales de esta mágica película que, aunque sea en inglés, a todo el mundo le suenan y, por mucho que te insistan, no es preciso reservar asiento.

Un último consejo, prepara un presupuesto para las tiendas Disney, casi cada atracción tiene la suya, y se quedarán comprar de todo.

# EL INICIO DE UN CICLO

JUANJO CAMPILLOS. Madrid

La 'nueva ola' de Renault se inició con el Austral y, ahora, toma altura con el Clio, el coche por excelencia de la firma francesa. Con su nuevo estilo, marca el inicio de un nuevo ciclo, ofreciendo una primera interpretación del nuevo lenguaje de diseño de la marca, que llega de la mano de Gilles Vidal.

El frontal se ha rediseñado por completo, a través de lí-

neas marcadas que le otorgan modernidad y dinamismo.

## Lleva de serie cuadro de control digital

La parrilla ajedrezada más ancha confiere al frontal un ca-

rácter más fuerte y deportivo, mientras que el efecto degradado, que va de oscuro en los extremos, añade profundidad. El centro lo preside el nuevo logo de la firma francesa, que también está representada, a través de medio rombo, en las luces diurnas verticales. En la parte de atrás, el paragolpes también se ha renovado, acentuando



las aletas aerodinámicas. Las luces, en este sector, se han modernizado y ahora incorporan lentes transparentes. Dejan entrever el interior de la pieza y confieren al vehículo un aspecto tecnológico. Un debe son las llantas, ya que el Clio solo cuenta con hasta 17 pulgadas, que pueden resultar demasiado pequeñas para algunos conductores.

### Muy tecnológico

No obstante, para tecnología, la del habitáculo. El salpicadero se ha actualizado con una nueva pantalla digital sin marco con una diagonal de 7 a 10 pulgadas, dependiendo

del modelo, y ha adquirido cierto aire minimalista. Es un plus que Renault por fin haya optado por incluir la instrumentación digital en todos los acabados, donde podremos alcanzar hasta las 9,3 pulgadas. Incorpora, además,

## Se podrá comprar a partir de junio y listo

una réplica del sistema de navegación y ofrece ajustes personalizados, según los diferentes modos de conducción y los ajustes *multisense*. Lo

analógico queda, menos mal, para la climatización.

El nuevo Clio se beneficia de una gama de motores multienergía, encabezada por el motor E-Tech full hybrid de 145 CV, que será el más caro de las opciones disponibles y el único con caja de cambios automática. Si buscamos algo más económico, y manual, podemos agenciarnos la opción diésel (100 caballos), la de gasolina (90 y 100) y gasolina con gas licuado (100). Para comprarlo, todavía habrá que esperar un poco, aunque no mucho. Los pedidos se abrirán en España en el mes de junio y podrá verse en las carreteras para finales de verano, aproximadamente.







JUANJO CAMPILLOS. Madrid

Muy poco queda de aquel prehistórico baloncesto que salió de la chistera de James Naismith a finales del siglo XIX. Han cambiado las reglas, los materiales de juego y los protagonistas del deporte, pero el balón se había mantenido inmutable, más allá de algunas ligeras modificaciones para facilitar el bote y el manejo. Hasta ahora... Wilson, una de las grandes compañías de accesorios y productos deportivos, ha presentado Airless, un prototipo de pelota sin aire y que está impresa en 3D.

“Mi jefe me encargó reinventar el baloncesto”, cuenta Nadine Lipka ingeniera principal del proyecto. Elaborado con un polímero elastomérico, el esférico tiene una estructura reticular transparente con orificios hexagonales que permiten que el aire pase a través de ellos. Aunque está impreso como una sola pieza, presenta “costuras” y ocho paneles que hacen referencia al diseño de las pelotas de baloncesto tradi-

cionales. Para crearlo, se utilizó el método de fabricación aditiva de sinterización selectiva por láser. Con esta luz de alta potencia, se fusionan capas de polvo de polímero, en el diseño 3D. Luego, se elimina el exceso de polvo circundante, se sella y se tiñe del color elegido, por ahora solo en blanco y en negro.

**Ha sido probado en un evento de la NBA**

Al crear una pelota sin aire, Wilson pretende eliminar los problemas de desinflado causados por fuerza contundente, defectos de fabricación o escape de aire a través de la válvula durante un largo período de tiempo. Así como también la modificación que puede causar en el cuero los cambios ambientales y de temperatura.

“Queríamos que solo fuese salir y jugar”, explica Lipka.

### Retos

Uno de los mayores desafíos del proyecto fue que el nuevo diseño rebotara a la altura esperada y que se comportara como un balón tradicional. Una vez resuelto, se centraron en la durabilidad. ¿Puede un polímero elastomérico resistir un partido completo? La respuesta es sí. “Golpeamos la pelota con un bate de béisbol y nos complació mucho ver que no pudimos dañarla, incluso en una condición tan agresiva”. No en vano, Wilson sigue trabajando para terminar de pulir algunos detalles, pero lo que sí ya es una realidad es que el balón ya ha sido utilizado en un evento oficial de la NBA, concretamente en el concurso de mates del *All-Star* de este 2023. Muy pronto lo veremos en las canchas, porque la compañía está decidida a comercializarlo.



*Los tres mosqueteros: D'Artagnan*

## El clásico de aventuras vuelve a la gran pantalla

IRENE BALLESTEROS. Madrid

Acción, aventuras y una historia que todos conocemos. Los tres mosqueteros junto a su famoso compañero D'Artagnan, el clásico de aventuras de Alejandro Dumas, regresa a la gran pantalla y lo hace con una adaptación que no solo cumple con su cometido, sino que supera las expectativas.

Bien es cierto que en esta entrega no descubrimos nada nuevo. La historia la conocemos y a los personajes los tenemos calados. Sin embargo, sin tener un guion innovador, este film logra ser entretenido e incorpora ciertos giros que motivan a ver las siguientes entregas, que, sin duda, sorprenderán. A pesar de no

arriesgar demasiado en cuanto a la historia, esta película guarda una fidelidad absoluta e impecable al marco histórico en el que se contextualiza. Cuenta con una ambientación realista y mezcla muy bien el humor con el espectáculo de espadas, la acción y el amor prohibido, pero deseado.

Para los amantes de las películas de aventuras y para aquellos que las históricas les resulten atractivas, *Los tres mosqueteros: D'Artagnan* es una película perfecta para disfrutar con amigos y familia. Los espectadores se verán inmersos en medio de un reino dividido por la guerra entre católicos y protestantes. Ahí conocerán la historia de D'Artagnan y su lucha por convertirse en un mosquetero más



**Una aproximación original de un clásico**

del Rey. Junto con Athos, Porthos y Aramis, los tres mosqueteros por excelencia, cruzarán espadas y se unirán para exponer la conspiración del cardenal contra la corona. Con una música excelente y escenas totalmente dinámicas, esta entrega ofrece un “continuará” que te deja con ganas de más. Conviene no levantarse muy rápido de la butaca y quedarse a los créditos, ya que ofrece una pequeña propina para los asistentes.

### VALORACIÓN

★★★★☆

“Aventura y entretenimiento a partes iguales”

# LO + VIRAL



**Hem fet el primer trasplantament de pulmó totalment robòtic del món**  
L'operació ha sigut mínimament invasiva gracies a la creació d'una nova via per on introduir el nou pulmó

**Fita històrica: #VallHebron ha realitzat el primer trasplantament pulmonar completament robòtic del món amb una nova via d'accés a la...**

El Hospital Vall d'Hebron realiza un trasplante pulmonar pionero




**Noticias CMM**  
@CMM\_noticias

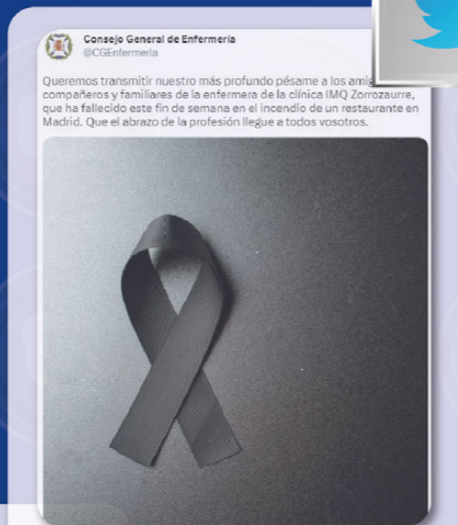
Una mujer da a luz en una gasolinera entre Escalona y Toledo capital

No le dio tiempo a llegar al hospital y dio a luz en el coche familiar, en una vía de servicio. Allí había unas enfermeras que ayudaron a asistir al bebé

[cmm.es/noticias/casti...](https://cmm.es/noticias/casti...)

1:10 830 reproducciones

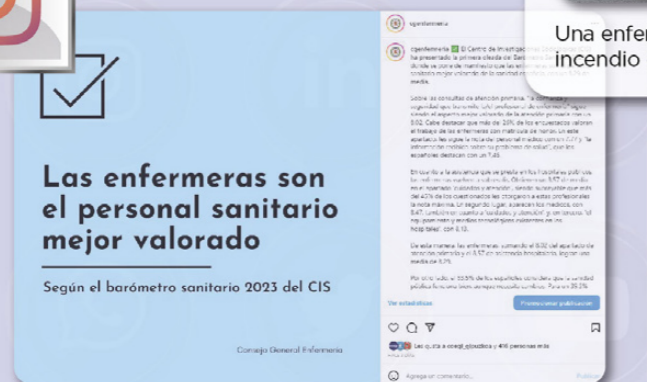
Asisten un parto en un área de Servicio de Toledo



**Consejo General de Enfermería**  
@CGEnfermeria

Queremos transmitir nuestro más profundo pésame a los amigos, compañeros y familiares de la enfermera de la clínica IMQ Zorrozaurre, que ha fallecido este fin de semana en el incendio de un restaurante en Madrid. Que el abrazo de la profesión llegue a todos vosotros.

Una enfermera, entre los fallecidos en un incendio en un restaurante de Madrid

**Las enfermeras son el personal sanitario mejor valorado**

Según el barómetro sanitario 2023 del CIS

Consejo General de Enfermería

Las enfermeras son el personal sanitario mejor valorado, según el CIS



## 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 26

1 - 15 Mayo 2023



### SUMARIO

**Análisis de adherencia y supervivencia al sondaje vesical intermitente y factores de riesgo asociados**

52

## Análisis de adherencia y supervivencia al sondaje vesical intermitente y factores de riesgo asociados

**Autores:** Blanca Fernandez-Lasquetty, Julián Rodríguez Almagro, Carlos Lorenzo García, Elena Alcaraz Zomeño, Guadalupe Fernandez Llorente, Mercedes Marín Valero, Montserrat Baixauli Puig, María Victoria Martín Bermejo, Francisco Estudillo González, María Angustias Ortega Checa, Vicenta Lluésma Martínez, Guillermina Ferrández Franco, Begoña Benito Santos, Mónica Rodríguez Díaz, Arancha Torres Bacete, María Carmen Guerrero Andrades, Mario Pierre Louis Lauture, Isabel Jiménez Mayorga, Rosario Serrano Abielar, María Asunción Garrido Mora, Francisco Barcia Barrera, Gemma Asensio Malo, Montserrat Morcillo Marín, Silvia Tendero Ruiz, Rosana Romay Cea, Manuel Bernal Pacheco, Antonio Hernandez Martinez.

### Dirección de contacto:

julianj.rodriguez@uclm.es

Publicado en Nure Investigación 10/02/2021 enlace:

<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/2124>

Este protocolo de investigación es un republicación del artículo: Fernández-Lasquetty Blanc, B, Hernández Martínez, A, Lorenzo García, C, Alcaraz Zomeño, E, Fernández Llorente, G. et al. (2021).

*Análisis de adherencia y supervivencia al sondaje vesical intermitente y factores de riesgo asociados. NURE investigación: Revista Científica de enfermería, (113), 6.*

### RESUMEN

El sondaje vesical intermitente consiste en el drenaje periódico de la orina a través de una sonda que se retira inmediatamente finalizada la eliminación urinaria. El cumplimiento de la prescripción del número de sondajes diarios que debe realizarse el paciente y las medidas de prevención de la infección, son determinantes. Esto necesita de la capacitación por parte de una enfermera, quien le entrena en la realización de la técnica, en sus autocuidados y en la integración del tratamiento en su vida habitual.

**Objetivo:** Determinar la supervivencia de adherencia al sondaje vesical intermitente y los factores de riesgo asociados al abandono.

**Método:** estudio observacional prospectivo multicéntrico en 24 hospitales españoles, con un periodo de seguimiento de los pacientes de 1 año. Las fuentes de información serán las historias clínicas de los pacientes, un cuaderno de recogida de información desarrollado ad hoc para este estudio y una serie de cuestionarios validados (calidad de vida, depresión y ansiedad, adherencia al sondaje vesical intermitente). Para el análisis de los datos se realizará estadística descriptiva, análisis de supervivencia univariante, para determinar el ritmo de pérdida de adherencia, estudio bivariante y multivariante entre adherencia y los potenciales factores de riesgo de abandono de adherencia. Se cumplirán todos los requisitos éticos.

**Relevancia científica y sociosanitaria:** conociendo los factores que se asocian a la pérdida de adherencia se podrán adaptar los programas de capacitación de los pacientes y hacer una práctica basada en la evidencia. Además, mejorar la adherencia al sondaje vesical intermitente hará disminuir la tasa de complicaciones, como las infecciones urinarias y el impacto económico asociado.

**Palabras clave:** Sondaje Vesical Intermitente; Adherencia; Autocuidados; Factores de Riesgo; Autocateterismo.

### INTRODUCCIÓN

El sondaje vesical intermitente (SVI) consiste en el drenaje periódico de la orina a través de una sonda insertada por la uretra hasta la vejiga o por otro canal realizado quirúrgicamente. Una vez introducida la sonda y finalizado el drenaje de la orina, ésta se retira inmediatamente.

El SVI es un aspecto crítico de la asistencia sanitaria de las personas con evacuación urinaria incompleta que trata de proteger la vejiga y preservar la función renal (1), así como de las personas incontinentes por rebosamiento (2-4). Se considera el gold standard en el tratamiento de los trastornos neurogénicos/ neuropáticos de la vejiga (5) y presenta una

serie de ventajas frente al sondaje vesical permanente (SP), al disminuir los eventos adversos asociados a su uso, como la infección urinaria, la hematuria o el tenesmo vesical. Además, proporciona mayor independencia para la persona y mejora aspectos como la integración social, laboral, escolar, las relaciones de pareja, la autoestima y en general la calidad de vida (2,4,6).

El SVI puede ser realizado por personas de todas las edades, incluidos los ancianos y niños, a partir de los 4-5 años, bajo la supervisión de un adulto. La técnica la puede realizar un tercero o la propia persona (autocateterismo), sin que discapacidades como la ceguera, la ausencia de sensación peri-

neal, el temblor, la discapacidad mental o la paraplejía impidan necesariamente el control de la técnica (6,7).

Para poder realizar el SVI la persona necesita ser capacitada para ello por un profesional, habitualmente una enfermera, quien le entrena no solo en la realización de la técnica, sino también en sus autocuidados y en la integración del tratamiento en su vida habitual. El cumplimiento de la prescripción del número de sondajes diarios que debe realizarse el paciente, así como las medidas de prevención de la infección, son determinantes.

Sin embargo, la investigación ha puesto de manifiesto que existen una serie de factores que hacen disminuir la adherencia al SVI como son la falta de lugares adecuados y con suficiente intimidad para poder realizar la técnica en establecimientos públicos, la falta de tiempo y la necesidad de planificar los momentos del SVI o la necesidad de contar con ayuda para poder realizar el sondaje (4,8-10).

También se ha visto, que los pacientes que inician el SVI pueden no seguir completamente la recomendación, reduciendo el número diario de cateterizaciones, de forma similar a cualquier otro tratamiento a largo plazo (10), con las complicaciones que esto conlleva, por lo que predecir qué pacientes son más propensos a adherirse al SVI es primordial de cara a prevenir futuras complicaciones.

Variables como la edad, sexo, sensibilidad uretral, dolor, estado general de salud, calidad de vida, movilidad o la capacitación de la persona por enfermeras expertas en este ámbito, se han sugerido también como factores que influyen en la adherencia al tratamiento (10), sin embargo, hay una falta de estudios sobre la población general susceptible de SVI que demuestren claramente cuál de esas variables juegan un papel determinante en la adherencia al tratamiento de SVI (10).

### OBJETIVOS

#### Objetivo General

Determinar la supervivencia de adherencia del sondaje vesical intermitente y los factores de riesgo asociados.

#### Objetivos específicos

- Determinar el ritmo de abandono de adherencia durante el seguimiento.
- Identificar los factores de recuperación de adherencia.
- Determinar la supervivencia de ganancia de adherencia tras un primer abandono.
- Valorar la calidad de vida asociada a problemas urológicos.
- Identificar los factores condicionantes de adherencia tras un primer abandono.

### METODOLOGÍA

#### Diseño

Estudio observacional prospectivo multicéntrico en el que participan 24 centros hospitalarios de 11 ciudades españolas. Todos los hospitales son de 3º nivel, de gran complejidad.

### Periodo de estudio

El periodo de seguimiento de los pacientes será de un año de duración desde su inclusión en el estudio.

### Selección de los sujetos a estudio

La población de referencia la forman el conjunto de pacientes de los centros participantes en el estudio que realizan SVI.

Los criterios de inclusión son, que el SVI sea indicado por primera vez y ser mayor de edad.

Los criterios de exclusión: pacientes que no entienden el idioma de su interlocutor o tienen dificultades cognitivas y/o sensoriales (demencias, trastornos del espectro autista, Alzheimer, discapacidad psíquica, personas sordomudas) para entender la finalidad del estudio y realizar el SVI.

La población objeto de estudio la forman los pacientes de la población de referencia, cumpliendo criterios de inclusión y exclusión y que deciden participar de forma voluntaria.

Los criterios de retirada de los pacientes a estudio son: los abandonos por decisión del paciente, los cambios de centro hospitalario, exitus durante el estudio o fin del tratamiento.

### Cálculo del tamaño muestral

Considerando una prevalencia de pérdida de adherencia del 50% al año y teniendo en cuenta el carácter observacional del diseño y la necesidad de realizar análisis multivariante, se requerirán 10 pérdidas de adherencia por cada variable independiente.

Si se incorporan un mínimo de 10 variables independientes se requerirán 100 pérdidas de adherencia, lo que hace necesario unos 200 pacientes aproximadamente.

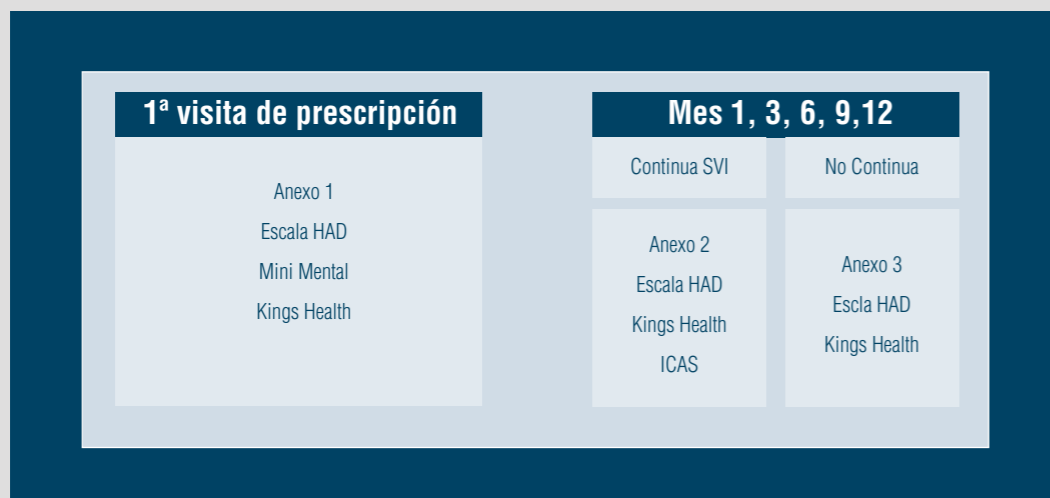
Teniendo en cuenta una prevalencia del 50% (la más exigente en tamaño muestral), un nivel de confianza del 95%, una población de referencia de 26500 sujetos susceptibles por sus patologías de requerir SVI, tendríamos una precisión del 7% para una muestra de 195 sujetos a estudio. Si a esto le sumamos un 10% de pérdidas necesitaríamos 216 sujetos.

### Fuentes de información

Las fuentes de información utilizadas durante el estudio lo constituyen las historias clínicas de los pacientes, un cuaderno de recogida de información desarrollado ad hoc para este estudio (Anexo I y Anexo II). Se incluyen además herramientas validadas para determinar el estado cognitivo del paciente (Mini Mental Status Examination (11)), valoración de estados de ansiedad y depresivo (Escala HAD (12)), calidad de vida asociada a problemas urinarios (Kings Health Questionnaire (13)) y Intermittent Catheterization Adherence Scale (ICAS) (14), indicar que en las referencias bibliográficas se encuentran los datos de fiabilidad y validez de cada una de las escalas usadas en este trabajo.

### Variables objeto de estudio

La variable resultado principal es el mantenimiento de SVI (adherencia) y las variables de estudio están formadas por variables sociodemográficas, antropométricas, clínicas del paciente, determinantes del estado cognitivo, ansiedad, depresión, calidad de vida, dificultades para el SVI, prácticas



asistenciales y todos aquellos factores documentados por la literatura científica que potencialmente puedan influir en la adherencia al SVI.

Se considera adherente aquel paciente que mantiene la pauta prescrita por el profesional y no adherente el que disminuye el número de sondajes o abandona el tratamiento sin prescripción para ello. Todas las variables aparecen operativizadas en los anexos.

### Captación

Las enfermeras investigadoras de los centros participantes, invitarán a los pacientes que acaban de recibir la indicación de SVI mediante muestreo consecutivo no probabilístico a participar en el estudio, informando de todos los detalles de este.

Tras aceptar y firmar el consentimiento informado (Anexo 4), se les solicitará la información complementaria que no quede recogida habitualmente en las historias clínicas.

Las enfermeras llevarán a cabo su trabajo asistencial siguiendo las pautas habituales de cada unidad/servicio. En ese momento cumplimentarán el cuaderno de recogida de datos del Anexo 1 junto con las Escalas HAD, Mini Mental Status Examination y Kings Health Questionnaire.

### Seguimiento

A lo largo de un año las enfermeras se pondrán en contacto con los pacientes por vía telefónica, de forma periódica para conocer su estado, si siguen con el SVI y el motivo de abandono, si fuese el caso. Estos contactos serán en el mes 1, 3, 6, 9 y 12 desde su inclusión en el estudio. En cada uno de estos momentos de evaluación cumplimentarán el Cuaderno de seguimiento (Anexo 2), el cuestionario de calidad de vida (Kings Health Questionnaire), el cuestionario del estado de ansiedad y depresión (cuestionario HAD) y el Intermittent Catheterization Adherence Scale (ICAS). El seguimiento máximo se determinó en un año porque la mayoría de los estudios no realizaron seguimientos superiores y el coste en recursos se podría elevar de forma considerable.

Los pacientes que en estos contactos notifican que han abandonado el SVI por primera vez, constituirán otra nueva base de datos para determinar posteriormente los factores que pueden favorecer una recuperación de la adherencia. En estos pacientes se llevará a cabo el seguimiento por medio del Anexo 3 con la misma periodicidad que el resto y se le pasarán también los cuestionarios de calidad de vida (Kings Health Questionnaire), estado de ansiedad y depresión (cuestionario HAD). Si en alguno de los contactos informan que han retomado el SVI, se evaluará además el Intermittent Catheterization Adherence Scale (ICAS).

### Análisis estadístico

En primer lugar, se realizará estadística descriptiva de todas las variables a estudio, empleando frecuencias absolutas y relativas para las variables de tipo cualitativo y media con desviación estándar para las variables cuantitativas que siguen una distribución normal.

A continuación, se realizará un análisis de supervivencia univariante para determinar el ritmo de pérdida de adherencia (considerándola como el paso de SVI a sondaje permanente o ninguna técnica de vaciado vesical, sin indicación de finalización de SVI) a lo largo del seguimiento.

El siguiente paso es el estudio bivariante entre adherencia y los potenciales factores de riesgo de abandono de adherencia. Dentro de estos factores se encuentran variables de tipo sociodemográfico, antropométricas, clínicas del paciente, determinantes del estado cognitivo, ansiedad, depresión, calidad de vida, dificultades para el SVI, prácticas asistenciales. Así como todos aquellos factores documentados por la literatura científica que potencialmente puedan influir en la adherencia al SVI empleando regresión logística binaria. Se estimarán Odds Ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Se evaluará el cambio de calidad de vida entre el estado basal y al mes, 3 meses, 6 meses y al año por medio de la prueba t de Student-Fisher para datos apareados.

Actividades	Abril 2019	Junio 2019	Julio 2019	Julio 2021	Julio-Diciembre 2021
Revisión bibliográfica Elaboración de hipótesis, objetivos y metodología Redacción del protocolo					
Notificación y permisos para el estudio al Comité de ética					
Inicio de la captación de pacientes					
Seguimiento de los pacientes					
Elaboración de resultados y conclusiones					
Difusión de los resultados					

### RECURSOS Y PRESUPUESTO

Actividades	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Total
Plataforma tecnológica CRD	8.000 €	2.500 €	2.500 €	13.000 €
Material de papelería	500 €	250 €	250 €	1.000 €
Traducción artículos científicos y revisiones			1.500 €	1.500 €
Participación en congresos				3.200 €
Posibilidad opcional de pago de una licencia Open			2.000 €	2.000 €
<b>Total</b>				<b>20.700 €</b>

Finalmente se llevará a cabo un análisis multivariante de supervivencia por medio de regresión de Cox para determinar los factores que se relacionan con la pérdida de adherencia. Se estimarán razones de tasas de incidencia (Hazard Ratio: HR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%, así como se elaborarán curvas de supervivencia de abandono de adherencia.

Todos los análisis se volverán a replicar para determinar la recuperación de adherencia tras un primer abandono. En primer lugar, estudio bivariante entre la ganancia de adherencia y los potenciales factores de recuperación de la adherencia (sociodemográficos, clínicos, cognitivos, ansiedad, depresión, destreza manual, movilidad y miedos) empleado regresión logística binaria. Se estimarán Odds Ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. A continuación, se llevará a cabo un análisis multivariante de supervivencia por medio de regresión de Cox para determinar los factores que se relacionan con la ganancia de adherencia. Se estimarán razones de tasas de incidencia (Hazard Ratio: HR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%, así como se elaborarán curvas de supervivencia de ganancia de adherencia.

Para todos los análisis se utilizará el paquete estadístico SPSS 24.0.

### Consideraciones éticas y legales

Este estudio observacional se desarrollará sobre datos anónimos y ha sido diseñado de acuerdo con la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial (WMA). Se remitirá al Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC) de los hospitales captadores.

Los pacientes serán invitados a participar en el estudio, se les entregará una hoja de información (Anexo 4), se les explicará verbalmente el estudio y firmarán el consentimiento informado (Anexo 5). Los datos personales de los pacientes serán codificados mediante un código numérico para garantizar la confidencialidad de esta información en caso de querer formar parte del estudio.

A nivel jurídico la Ley Orgánica 5/2018, de Protección de Datos de Carácter Personal, garantizará el anonimato de los participantes y de la base de datos, no existiendo ningún dato de carácter personal que les haga identificables.

### RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIO SANITARIA DEL ESTUDIO

Entre los principales beneficios esperados se encuentra poder determinar los factores que se asocian a la pérdida de adherencia. Conociendo estos factores de riesgo se podrán adaptar los programas de capacitación y hacer una práctica basada en la evidencia.

Conocer estos factores, implica además que los profesionales podrán identificar a las personas en riesgo de abandono y de forma proactiva potenciar su capacitación y seguimiento estrecho.

De tal forma que mejorar las tasas de adherencia al SVI implicará una mejora en las capacidades de autocuidado de estos pacientes, lo que repercutirá en una mayor calidad de vida. Por otra parte, mejorar las tasas de SVI tiene una implicación también directa en la menor incidencia de complicaciones y en la disminución del impacto económico asociado.

## CRONOGRAMA

A continuación, se presenta un cronograma en el que se distribuyen las distintas fases del proceso de investigación. Dado que la captación de pacientes es secuencial en el tiempo y cada uno de ellos tiene un periodo de seguimiento de 1 año, el seguimiento del global de la muestra podrá durar de julio 2019 a julio de 2021.

## BIBLIOGRAFÍA

- Moore KN, Fader M, Getliffe K. Long-term bladder management by intermittent catheterisation in adults and children. In: Moore KN, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007.
- Aparicio Hormigo J, Jiménez Mayorga IE, Díaz Rodríguez F, Cuenca García JA. Enfuro revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología. Enfuro, ISSN 0210-9476, No. 103, 2007, págs. 32-34. Madrid: Asociación española de enfermería en urología; 2003. 32-34 p.
- Wyndaele JJ, Maes D. Clean intermittent selfcatheterization: a 12-year followup. J Urol. 1990 May;143(5):906-8.
- Wyndaele J. Complications of intermittent catheterization: their prevention and treatment. Spinal Cord. 2002 Oct;40(10):536-41.
- Adams J, Watts R, Yearwood M, Watts A, Hartshorn C, Simpson S, et al. Strategies to promote intermittent self-catheterisation in adults with neurogenic bladders: A comprehensive systematic review. JBI Libr Syst Rev. 2011;9(34):1392-446.
- Torres Alaminos MA. Medidas preventivas para evitar complicaciones de salud derivadas del uso de sondajes vesicales en pacientes lesionados medulares. Enfermería Glob. 2013 Apr;12(2).
- Arlandis Guzmán S, Ruiz Cerdá JL, Martínez Agulló E. Las pruebas funcionales urodinámicas en el diagnóstico de la vejiga neurógena. Rehabilitación. 2005 Jan;39(6):343-57.
- Vaidyanathan S, Soni BM, Dundas S, Krishnan KR. Urethral cytology in spinal cord injury patients performing intermittent catheterisation. Spinal Cord. 1994 Jul;32(7):493-500.
- Perrouin-Verbe B, Labat JJ, Richard I, Mauduyt de la Greve I, Buzelin JM, Mathe JF. Clean intermittent catheterisation from the acute period in spinal cord injury patients. Long term evaluation of urethral and genital tolerance. Spinal Cord. 1995 Nov;33(11):619-24.
- Wyndaele JJ. Intermittent catheterization: which is the optimal technique? Spinal Cord. 2002 Sep;40(9):432-7.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T, et al. [Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population]. Med Clin (Barc). 1999 Jun;112(20):767-74.
- Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. Gen Hosp Psychiatry. 25(4):277-83.
- Romero-Cullerés G, Sánchez-Raya J, Conejero-Sugrañes J, González-Viejo MÁ. [Validation of the Spanish version of the King's Health questionnaire for evaluating quality of life related to urinary incontinence in patients with spinal cord injury]. Med Clin (Barc). 2011 Oct;137(11):491-4.
- Guinet-Lacoste A, Charlanes A, Chesnel C, Blouet E, Tan E, Le Breton F, et al. Intermittent Catheterization Adherence Scale (ICAS): A new tool for the evaluation of patient adherence with clean intermittent self-catheterization. NeuroUrol Urodyn. 2018 Nov;37(8):2753-7.

## ANEXO I

## CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS PARA ESTUDIO DE ADHERENCIA AL SVI

### Características sociodemográficas y antropométricas

Fecha Nacimiento: / /

Sexo:  Hombre  Mujer

Talla (cm):

Peso (kg, con 1 decimal):

Nivel académico:  Sin estudios  Primarios  Secundarios  Universitarios

Actividad laboral:  Trabaja  Baja  Excedencia  Paro  Jubilación

Estado civil:  soltero/a  casado/a  divorciado/a o separado/a  viudo/a

Residencia:

En casa solo  En casa con apoyo (pareja, hijos, padres, cuidador)  En residencia

### Características clínicas

#### Situación que lleva a la prescripción de SVI:

- Afectación vesical postquirúrgica  Afectación contráctil (sin trastorno neurológico)  
 Daño neurológico  Neovejiga  Obstrucción infravesical (HBP, prolapso)  
 Enfermedad neurodegenerativa (esclerosis)  Disinergia vésico esfinteriana Otros

Enfermedades previas: Enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, enfermedades endocrinas, enfermedades respiratorias, enfermedades digestivas, enfermedades genitourinarias, enfermedades músculoesqueléticas, enfermedades psiquiátricas, otras.....

#### Comorbilidad

- Obesidad  Prolapso  Hipertrofia benigna de próstata  Espasmo  
 Discapacidad visual  Depresiones previas  Ansiedad Previas  
 Otras

#### Medicación habitual:

- Antihipertensivos  Antidiabéticos  Antidepresivos  
 Tratamiento por coagulopatía  Tratamiento por cardiopatía  
 Tratamiento por síntomas urinarios  Otros:

#### Centro de captación:

#### Profesional que indica SVI:

- Enfermera  Urólogo  Ginecólogo  Rehabilitador  
 Neurocirujano  Neurólogo  Otro

#### Nº de sondajes prescritos al día:

#### Función de la mano según paciente

- Normal  
 Sensibilidad limitada, pero con habilidades motoras normales  
 Habilidades motrices limitadas en la mano dominante  
 Habilidades motrices limitadas en la mano NO dominante  
 Habilidades motoras limitadas en ambas manos

## ANEXO I

continúa

### Movilidad según paciente

- Normal
- Dificultades para caminar, pero no requiere ayuda
- Paseos con ayuda
- Para caminar con silla de ruedas, pero posible traslado a pie
- Permanentemente en silla de ruedas

### Dificultad visual para realizar el sondaje:

- No
- Si

### El paciente puede repetir la información ofrecida por la enfermera en cuanto a SVI

- No
- Si
- Dudoso

### El paciente puede llevar a cabo las instrucciones ofrecidas por la enfermera

- No
- Si
- Dudoso

### Quien va a realizar el sondaje vesical intermitente

- Autocateterismo
- Asistido

### Miedos

A continuación, el paciente debe valorar el grado de temor que tiene hacia los siguientes problemas que podrían atribuirse al sondaje

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Miedo a introducir una sonda en su cuerpo					
Miedo a tener una infección					
Miedo al dolor al sondarse					
Miedo a sufrir una lesión en la uretra					
Miedo a la pérdida de dignidad					
Miedo a la pérdida de feminidad o masculinidad					
Miedo al rechazo social					
Miedo al control de uno mismo					
Otros: indicar					

## ANEXO II

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON SVI HASTA PERDIDA DE ADHERENCIA

Fecha de evaluación:        /        /

Continua en el estudio:  Si  No

Motivo:

- Exitus: Fecha:    /    /
- Cambio de centro:
- Abandono voluntario del estudio:

Continua con SVI:

- Si Mantiene el nº de sondajes prescritos  Si  No Nº sondajes.....
- No

Indicar el motivo de abandono:

- Físicos
- Indicación médico especialista
- Indicación médico de atención primaria
- Indicación enfermera
- Psicológicos
- Función vejiga recuperada
- Problemas con el material y característica de la sonda
- Valora que no le es beneficioso
- Falta de disponibilidad de cuidador o de sus horarios para poder hacer el SVI
- ITU
- Otros: \_\_\_\_\_

SOLO SI CONTINUA CON EL SONDAJE

Quien realiza el SVI habitualmente

- El propio paciente
- Pareja
- Otro miembro de la familia
- Un asistente externo

1º mes: Características de la sonda que utiliza

- Sonda no recubierta/seca
- Sonda prelubricada con gel
- Sonda prelubricada con gel con bolsa de diuresis integrada
- Sonda hidrofílica con necesidad de fuente externa para su activación (sin solución interna en el envase)
- Sonda hidrofílica con necesidad de activación interna u otro paso previo al sondaje (romper bolsa de solución incorporada, desenroscar conector, eliminar líquido del envase...etc)
- Sonda prelubricada hidrofílica lista para usar (con solución interna sin necesidad de activación)
- Sonda prelubricada hidrofílica lista para usar con activación por vapor de agua estéril
- Sonda prelubricada hidrofílica lista para usar con bolsa de diuresis integrada con activación por vapor de agua estéril
- Otras (especificar)

Resto de meses: Ha cambiado la sonda que utilizaba desde la última entrevista

- No
- Si

Si ha cambiado, indique las características de la nueva sonda:

- Sonda no recubierta/seca
- Sonda prelubricada con gel
- Sonda prelubricada con gel con bolsa de diuresis integrada
- Sonda hidrofílica con necesidad de fuente externa para su activación (sin solución interna en el envase)
- Sonda hidrofílica con necesidad de activación interna u otro paso previo al sondaje (romper bolsa de solución incorporada, desenroscar conector, eliminar líquido del envase...etc)
- Sonda prelubricada hidrofílica lista para usar (con solución interna sin necesidad de activación)

**ANEXO II** continúa

- Sonda prelubricada hidrofílica lista para usar con activación por vapor de agua estéril
- Sonda prelubricada hidrofílica lista para usar con bolsa de diuresis integrada con activación por vapor de agua estéril
- Otras (especificar)

	Dificultad para realizar el SV							
	Frecuencia				Intensidad			
	Nunca 0	Algunas veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	No 0	Un poco 1	Moderado 2	Considerable 3
He experimentado dolor								
He sangrado								
Encontré dificultades para identificar el meato								
Encontré dificultades en la apertura del envase de la sonda								
Encontré dificultades en la activación/preparación de la sonda (sólo contestar si requiere romper una bolsa de líquido dentro del envase o hacer algún procedimiento como desenroscar o eliminar contenido)								
Encontré dificultades para sondarme con una técnica no tocar (prevenir riesgo de contaminación bacteriana)								
Encontré dificultades para sondarme debido a su consistencia (dureza o flexibilidad)								
Encontré dificultades durante el sondaje (inserción, progreso y retirada)								
Encontré dificultades para sondarme en encuentros sociales por temor a mancharme por el líquido del envase								
La falta de discreción del envase me lleva a evitar el sondaje cuando estoy con mas gente								
He tenido problemas para acceder abañíos públicos								
Los baños públicos no tenían condiciones higiénicas para realizar el sondaje								
Encontré dificultades para acceder a los baños públicos								
No tenía un lugar con intimidad para realizar el sondaje en lugares públicos								
Tuve dificultad para planificar los sondajes en mis salidas de casa								
He tenido falta de ayuda para realizar los sondajes								
He tenido falta de tiempo para realizar los sondajes								
Otro: ..... (texto libre)								

**ANEXO III** SEGUIMIENTO DEL PACIENTE QUE HA PERDIDO ADHERENCIA HASTA RECUPERACIÓN

Fecha de evaluación:      /      /

Continua en el estudio:  Si  No

Motivo:

- Exitus: Fecha:    /    /
- Cambio de centro:
- Abandono voluntario del estudio:

Continua con SVI:

Si  No

Indicar el motivo de recuperación de adherencia:

- A partir de su llamada de la enfermera y/o urólogo
- Recomendación profesionales sanitarios
- Mejora en la calidad de vida
- Otros:
- Por una mayor motivación personal
- Motivado por mis familiares/pareja
- Cambio de la sonda que utilizaba anteriormente

**SOLO SI HA RECUPERADO ADHERENCIA**

Quien realiza el SVI habitualmente

El propio paciente       Pareja       Otro miembro de la familia       Un asistente externo

Ha cambiado la sonda que utilizaba desde la ultima entrevista  Si  No

Si ha cambiado, indique las características de la nueva sonda:

- Sonda no recubierta/seca
- Sonda prelubricada con gel
- Sonda prelubricada con gel con bolsa de diuresis integrada
- Sonda hidrofílica con necesidad de fuente externa para su activación (sin solución interna en el envase)
- Sonda hidrofílica con necesidad de activación interna u otro paso previo al sondaje (romper bolsa de solución incorporada, desenroscar conector, eliminar líquido del envase...etc)
- Sonda prelubricada hidrofílica lista para usar (con solución interna sin necesidad de activación)
- Sonda prelubricada hidrofílica lista para usar con activación por vapor de agua estéril
- Sonda prelubricada hidrofílica lista para usar con bolsa de diuresis integrada con activación por vapor de agua estéril
- Otras (especificar)

**ANEXO III**

continúa

	Dificultad para realizar el SV							
	Frecuencia				Intensidad			
	Nunca 0	Algunas veces 1	Con frecuencia 2	Siempre 3	No 0	Un poco 1	Moderado 2	Considerable 3
He experimentado dolor								
He sangrado								
Encontré dificultades para identificar el meato								
Encontré dificultades en la apertura del envase de la sonda								
Encontré dificultades en la activación/preparación de la sonda (sólo contestar si requiere romper una bolsa de líquido dentro del envase o hacer algún procedimiento como desenroscar o eliminar contenido)								
Encontré dificultades para sondarme con una técnica no tocar (prevenir riesgo de contaminación bacteriana)								
Encontré dificultades para sondarme debido a su consistencia (dureza o flexibilidad)								
Encontré dificultades durante el sondaje (inserción, progreso y retirada)								
Encontré dificultades para sondarme en encuentros sociales por temor a mancharme por el líquido del envase								
La falta de discreción del envase me lleva a evitar el sondaje cuando estoy con mas gente								
He tenido problemas para acceder baños públicos								
Los baños públicos no tenían condiciones higiénicas para realizar el sondaje								
Encontré dificultades para acceder a los baños públicos								
No tenía un lugar con intimidad para realizar el sondaje en lugares públicos								
Tuve dificultad para planificar los sondajes en mis salidas de casa								
He tenido falta de ayuda para realizar los sondajes								
He tenido falta de tiempo para realizar los sondajes								
Otro: .....(texto libre)								

**ANEXO IV**

**HOJA DE INFORMACIÓN A PACIENTES**

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en este estudio titulado "Análisis de adherencia y supervivencia al sondaje vesical intermitente y factores de riesgo asociados", ya que cumple los requisitos necesarios para poder colaborar. Antes de decidir su participación, le pedimos lea atentamente esta información, tomándose el tiempo que considere necesario y preguntando cualquier duda que tenga. Así mismo, si lo desea, puede pedir consejo a algún familiar o persona de confianza antes de tomar una decisión.

Nuestro interés en este estudio es conocer si existen dificultades y factores de riesgo que hagan que las personas puedan abandonar el tratamiento del sondaje vesical intermitente después de su indicación. El sondaje vesical intermitente consiste en la evacuación periódica de la orina a través de una sonda insertada por la uretra hasta la vejiga. Una vez introducida la sonda y finalizado la salida de la orina, ésta se retira inmediatamente.

Si identificamos cuales son los motivos y las características de los pacientes que tienen dificultades para continuar con el sondaje vesical intermitente, podríamos desarrollar programas específicos para estas personas o realizar cambios en los cuidados que llevamos a cabo.

Durante su participación en el estudio usted recibirá los cuidados que precise y acudirá a las consultas establecidas por su especialista. Su participación en el estudio en ningún caso implica que reciba cuidados diferentes, que tenga que ser sometido a otras pruebas distintas o que tenga que acudir a un mayor número de visitas. De este estudio no se esperan beneficios directos para el paciente.

Dentro de 1 mes, 3, 6, 9 y 12 meses desde que usted es incluido en el estudio, la enfermera le llamará y le hará unas preguntas para conocer como se está desarrollando su proceso. Esto no le llevará responderlo más de 15-20 minutos aproximadamente. Como la comunicación se realizará por vía telefónica no tendrá que desplazarse al hospital para cuestiones relacionadas con la investigación. Las encuestas que tendrá que responder abordan aspectos relacionados con las rutinas de sondaje, dificultades del sondaje y su calidad de vida.

Por el hecho de participar en este estudio, no existen riesgos derivados de su participación. Los cuidados que recibirá son los cuidados habituales que se prestan en su centro, por los profesionales habituales y con los recursos habituales.

Usted puede abandonar el estudio cuando quiera sin tener que justificar su decisión y sin ningún perjuicio en cuanto a cuidados y tratamiento.

De acuerdo con el Reglamento general de protección de datos (Reglamento EU 2016/679) y la legislación vigente en proyectos de investigación en nuestro país (Ley de Investigación Biomédica 14/2007), además de los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos (Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales), también tiene derecho a limitar el tratamiento de datos y solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho/a".

Sus datos de filiación (nombre, apellidos) serán codificados asignándole un código numérico que los desvincula de sus datos personales protegiendo así su confidencialidad.

A los resultados de este estudio se le dará difusión mediante su publicación en revistas científicas, pero su identidad no será revelada bajo ningún concepto.

Para cualquier pregunta relacionada con este estudio, puede ponerse en contacto con la/el enfermera/o

Dña/D \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_



**ANEXO V**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Análisis de adherencia y supervivencia al sondaje vesical intermitente y factores de riesgo asociados.**

Yo, \_\_\_\_\_

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con los enfermeros responsables del estudio.

No tengo ningún tipo de conflicto de interés, ni personal ni económico.

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1.º Cuando quiera.

2.º Sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_



DIARIOENFERMERO

# El mejor portal de noticias de enfermería y salud



diarioenfermero.es

síguenos en:



# 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.

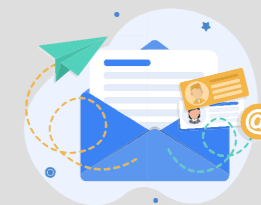
El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todas las personas autoras en la que declaren que son ciertas las afirmaciones que se indican en el siguiente listado:

- 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

