

LA REVISTA DE LOS PROFESIONALES COLEGIADOS DE ENFERMERÍA

enfermería

facultativa

| Año XXVI

| Número 396

| 16 - 31 JULIO 2023



**MÁS DE 6.000 ENFERMERAS
DEBATEN SOBRE LA PROFESIÓN EN
EL CONGRESO DEL CIE EN MONTREAL**



Vuelve el tradicional
certamen de fotografía
del CGE

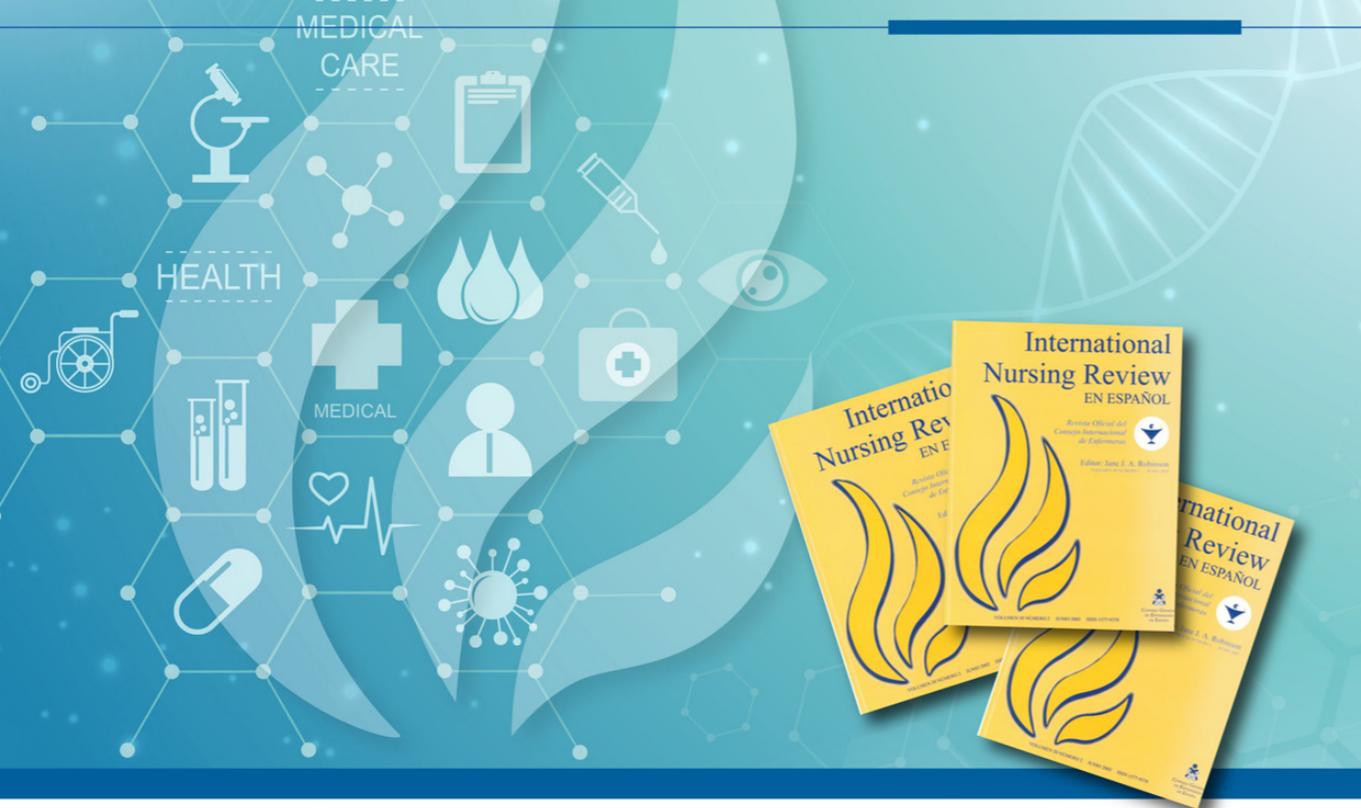


Las agresiones a
enfermeras se disparan
en 2022



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.



Constantes vitales



Florentino Pérez Raya

Presidente del Consejo General de Enfermería

De política nacional e internacional

Hace unos días, un estadista reputado como es el primer ministro canadiense, Justin Trudeau, decía, en el marco de la clausura del Congreso del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), «Las enfermeras son héroes, pero los elogios no pagan el alquiler». Cuántas veces hemos visto a políticos de todas las administraciones expresar palabras de admiración hacia las enfermeras, pero luego vivir instalados en la inacción respecto al progreso de nuestra profesión (grupo A, especialidades, prescripción, competencias, ratios...). Quizá las enfermeras canadienses piensan lo mismo de su primer ministro y sólo hacía estas declaraciones de cara a la galería. No lo sé, pero el caso es que se trata de una gran verdad que debería hacer reflexionar a más de uno.

El Congreso del Consejo Internacional de Enfermeras ha sido un éxito en el ámbito científico, con una importante participación de la enfermería española a pesar del inconveniente de la distancia, y también hemos dado algunos pasos importantes en nuestras relaciones a nivel internacional y se ha trabajado con organismos relevantes como el llamado G8 de la enfermería.

Pero al volver a España nos encontramos sumidos en la encendida campaña electoral con las clásicas referencias a la Sanidad plagadas de lugares comunes. Todos se muestran como grandes defensores de la sanidad pública, pero no conocen sus problemas ni sus retos. Le hemos intentado hacer ver que, tal y como está diseñado, no podrá afrontar la demanda de cuidados que requiere una sociedad envejecida y afectada por patologías crónicas de toda índole. Ningún partido parece querer abordar este problema por la relación directa con la planificación de recursos humanos (es decir, con la planificación presupuestaria). Instalados en otros debates marrulleros, no parecen proclives a afrontar los problemas de la enfermería, que son los de la Sanidad, hasta que les estallen en la mimísima cara con el tiempo. Y entonces habrá que adoptar soluciones urgentes, más caras y seguro que peores de las que están ahora sobre la mesa.



Experto Universitario online
**Cuidados al Paciente Crónico y
Gestión de Casos en Enfermería**

**Expertos
Universitarios
online para
enfermería**



Experto Universitario online
**Enfermería en Gestión Sanitaria
para Directivos de Enfermería**



Experto Universitario online
**Cuidados Enfermeros en
Nutrición**



Experto Universitario online
Enfermería de Salud Pública



Experto Universitario online
Enfermería Escolar



Experto Universitario online
Enfermería Oncológica

**Certificados
por UNIR**



Experto Universitario online
Enfermería Pericial

**Adelántate y fórmate en lo que te apasiona como
enfermera**

INFÓRMATE



ISFOS
Instituto Superior de
Formación Sanitaria



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



Sumario

Número 396

16 - 31 julio 2023

Actualidad



6

Portada

Así han vivido las enfermeras españolas el Congreso Internacional de Montreal (Canadá)

16

Noticias

– Estas son las peticiones del CGE de cara al 23J
– El CGE advierte del "grave error" de financiar educación sanitaria en las farmacias

Investigación

Nuevas becas dirigidas a proyectos de investigación en Salud Mental

46

Opinión

Sergio Alonso:
"Promesas electorales insulsas para la Sanidad"

48

Agenda

Congresos y premios

50

Servicios profesionales



Ocio y cultura



52

Viajes

Hamburgo, una puerta a Europa

54

Motor

Nuevo Picanto con falta de picante

57

Cine

Te estoy amando locamente, un retrato duro, pero muy real, del movimiento LGTBIQ+ en España

La soledad en el anciano: Concepto, herramientas para su abordaje y dificultades

61

Normas de publicación de artículos científicos

70

Enfermería Científica



Staff

Director: Florentino Pérez Raya. **Coordinador editorial:** David Ruipérez (d.ruiperez@consejogeneralenfermeria.org). **Redactores:** Gema Romero (g.romero@consejogeneralenfermeria.org), Alicia Almendros (a.almendros@consejogeneralenfermeria.org), Ángel M. Gregoris (am.gregoris@consejogeneralenfermeria.org), Raquel González (r.gonzalez@consejogeneralenfermeria.org), Juan José Campillos (j.campillos@consejogeneralenfermeria.org), Irene Ballesteros (i.ballesteros@consejogeneralenfermeria.org). **Consejo editorial:** Raquel Rodríguez, José Ángel Rodríguez. **Diseño:** Kelsing Comunicación. **Maquetación:** Fernando Gómara y Ángel Martínez. **Ilustraciones:** Augusto Costhanzo. **Asesoría Socioprofesional:** María José Fernández. **Enfermería Científica:** Instituto de Investigación Enfermera (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. 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.

Congreso del Consejo Internacional de Enfermeras
en Montreal (Canadá)

ASÍ LO HAN VIVIDO LAS ENFERMERAS ESPAÑOLAS



GEMA ROMERO. Madrid

Una vez finalizado el Congreso del Consejo Internacional de Enfermeras celebrado en Montreal (Canadá) del 1 al 5 julio, toca hacer balance de cómo ha sido el congreso desde dentro, en la voz de alguna de las 95 enfermeras españolas desplazadas para conocer y compartir las principales novedades científicas de la profesión en todo el mundo bajo el lema “Las enfermeras unidas: una fuerza para la salud global”.

Para José Luis Cobos, vicepresidente III del Consejo General de Enfermería y miembro de la junta directiva del CIE, “el congreso ha sido todo un éxito con una participación de más de 6.000 personas de

126 países, casi 100 de ellas españolas. El principal objetivo del congreso era intercambiar experiencias y, sobre todo, tener una voz fuerte para defender el perfil profesional de las

Casi 100 enfermeras españolas se desplazaron a Montreal

enfermeras, pilar esencial en los sistemas sanitarios de todo el mundo. Además, hemos tenido la oportunidad de que importantes líderes, como el pri-

mer ministro canadiense Justin Trudeau, diferentes ministros y responsables de la OMS oigan la voz de las enfermeras y sean conscientes de los cambios que hay que realizar para poner en valor el trabajo de las enfermeras”, explicaba en declaraciones a ENFERMERÍA FACULTATIVA

Para M.^a Teresa Pérez, conocida en redes sociales como @Duedevocacion (ahora @EnfSaludDigital), enfermera en el Hospital Regional de Málaga, vivía su primer congreso de estas características. Una experiencia “muy gratificante y muy enriquecedora, porque tenemos la oportunidad de escuchar a muchísimas enfermeras, de muchísimos



Enfermeras españolas en Montreal



Enfermeras españolas en Montreal

países”. Algo que recomienda encarecidamente al resto de enfermeras españolas con el que deseo de que “la representación española sea cada vez más grande, porque tenemos muchas cosas buenas, e importantes que contar en congresos internacionales como este”, a la vez que recordaba que “comunicar también es cuidar”.

Entre los aspectos más positivos del congreso Teresa Pérez ha querido resaltar tres: Por un lado, “me quedo con la fuerza y el coraje de todos los testimonios que se han contado aquí en este congreso. El coraje y la fuerza que ejercen las enfermeras asistenciales en su día a día, y cómo trabajando por las necesidades de las personas podemos conseguir muchas cosas, a pesar de las muchísimas resistencias que nos podamos encontrar”. También llegaba a la conclusión de que “tenemos que estar en política sanitaria. Si lo que queremos es cambiar las cosas, si lo que queremos es conseguir que las enfermeras se encuentren cada vez más donde se toman las decisiones”. Y, finalmente, destacaba que “tenemos que

trabajar unidas. La fuerza global, el lema de este congreso, tiene que ser una realidad. Tenemos que dejar las rivalidades y tenemos que trabajar en una fuerza común”, subrayaba.

En el caso de Inés Rivas, enfermera en el centro de salud de Fingoi (Lugo), y profesora en la Escuela de Enfermería de Lugo, de la Universidad de Santiago de Compostela, la de Montreal es su segunda experiencia presencial, tras el congreso de Singapur de 2019, si bien también asistió al de Abu Dabi (2021), que fue virtual

“Tenemos que trabajar en una fuerza enfermera común”

por la pandemia. Tras desplazarse hasta Singapur decidió que iba a intentar estar en todos los congresos del CIE, por la “experiencia de relacionarme con otras enfermeras tanto de África, de Europa, de Canadá... Es interesante porque

se conocen otros aspectos que no llevamos a cabo en mi ciudad, en nuestro trabajo”.

A Rivas, lo que más le ha gustado del congreso ha sido “ver representada la potencia que tiene la enfermería a nivel mundial”. También resaltaba la gran organización del congreso, “aunque ha sido ligera-

mente peor que la de Singapur”. Entre los aspectos negativos, la traducción simultánea, que no era muy buena y el hecho de “emplean muy poco el español, a pesar de ser la segunda lengua más hablada y una de las tres oficiales del CIE”, señalaba.

Ponencias españolas

Para la mayoría de las enfermeras españolas, el asistir a un congreso que está a más de 5.000 kilómetros de su casa se debe al hecho de haber presentado una comunicación oral o un póster con los resultados del estudio científico que hayan realizado.

En el caso del Consejo General de Enfermería, desde el Instituto de Investigación Enfermera presentaron 20 comunicaciones orales y poster

de los trabajos realizados para el desarrollo de la profesión enfermera. Como comentaba Diego Ayuso, secretario general del CGE, entre los temas que hemos abordado se incluyen temas tan relevantes como las resoluciones de ordenación profesional y la necesidad de

de recomendaciones y buenas prácticas en diferentes ámbitos, entre otros temas”.

En el caso de Inés Rivas, ella ha presentado tres trabajos: “uno sobre el papel de la enfermera gestora en las vías rápidas del diagnóstico de cánceres que tenemos desarrolladas en Galicia, a través de distintos protocolos y guías de la consejería de Sanidad. También presentó un trabajo sobre la seguridad en la práctica de la enfermería en la preparación de medicamentos peligrosos en la farmacia hospitalaria, en el hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo). Por último, presentó un estudio de campo sobre las medidas de prevención que ponen en marcha los jóvenes frente a los efectos nocivos de los rayos solares”, explicaba.

Por su parte, Teresa Pérez presentaba junto a Jesús Buja-

“Las enfermeras españolas tienen un gran prestigio”

desarrollar los diplomas de acreditación y las especialidades de enfermería, la investigación enfermera y su impulso desde el Instituto, la unión de la profesión en Unidad Enfermera, el desarrollo de guías



Junta directiva del Consejo Internacional de Enfermeras

lance, el proyecto Cuidaven, una aplicación que es para el cuidado, para el manejo de los dispositivos venosos, tanto para enfermeras como para los pacientes. “Para nosotros, para todo el equipo liderado por Jesús Bujalance, participar en Montreal es la recompensa a tantos años de trabajo y esfuerzo porque además lleva implícito un proyecto de investigación”, concluía.

Aunque ha sido imposible saber cuántas ponencias españolas se han presentado en Montreal, lo que sí se sabe es que entre las contribuciones españolas al debate científico mundial se incluyen la aportación de las enfermeras para lograr la cobertura sanitaria universal, la ordenación profesional en nuestro país, cómo repercute en la salud el fomento de la investigación enfermera, el impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 entre las enfermeras, cómo promocionar la vacunación del

adulto, la movilidad profesional, los avances en los cuidados de los centros comprometidos con la excelencia en nuestro país, cómo proteger las innovaciones técnicas, la importancia de la enfermería escolar, o las ventajas de la prescripción enfermera. Estos y muchos otros estudios que han presentado durante cinco días, tanto en las sesiones paralelas como en los *poster viewing*.

Sólo el CGE presentó 20 trabajos científicos

Como manifestaba Florentino Pérez Raya, presidente del CGE, “la enfermería de nuestro país cuenta con gran prestigio a nivel internacional, algo que se ha puesto de manifiesto con todos los trabajos científicos

presentados en Montreal y que demuestran que las enfermeras trabajan con la mejor evidencia científica disponible, contribuyendo al avance de la profesión como ciencia. Estamos convencidos de que todos hemos aprendido mucho sobre el futuro al que deben dirigirse, a nivel científico, los cuidados de enfermería”.

Programa

El programa para el Congreso de este año contemplaba sesiones plenarias de líderes y políticos en relación con la salud global, entre ellos el ministro de Salud de Canadá, Jean-Yves Duclos, la congresista de Estados Unidos, Lauren Underwood, o el ex director del Programa Mundial de Alimentos, David Beasley. También intervinieron grandes expertos como la enfermera jefe de la OMS, Amelia Latu Afuhaamango Tuipulotu, que trató la seguridad de

los profesionales sanitarios o Deborah Kestel, directora de Salud Mental y Uso de Sustancias en la Organización Mundial de la Salud (OMS), que habló de salud mental.

Como explicaba Florentino Pérez Raya, presidente del CGE, y que encabeza la delegación española desplazada a Canadá, “el congreso del CIE es una oportunidad para poner en común distintas iniciativas que desarrolla la profesión en todo el mundo, es un momento único para establecer trabajos en red, compartir experiencias con enfermeras de cualquier parte del planeta y seguir avanzando en nuestra práctica profesional, conociendo la mejor evidencia científica, siempre en beneficio de los pacientes y la sociedad”.

Inauguración

La ceremonia inaugural se iniciaba con el reconocimiento a todas las enfermeras “por su

entrega, habilidades y compasión durante la pandemia y ante otras catástrofes a menudo corriendo un riesgo personal. Como explicaba Pamela Cipriano, presidenta del CIE, “siempre en las primeras líneas de respuesta, las enfermeras han demostrado una fortaleza y resiliencia increíbles no solo en la pandemia sino también en catástrofes naturales, zonas de conflicto y comunidades empobrecidas, así como con quienes sufren los efectos del cambio climático”.

España ha tenido un papel destacado en el congreso

La ceremonia, en la que se realizaba el tradicional Desfile de Naciones de las Asociaciones Nacionales de Enfer-

meras, también tenía un claro protagonismo español por un doble motivo: José Luis Cobos, vicepresidente III del CGE, es miembro de la junta directiva del CIE, y el himno de la enfermería española, *Allí estaré*, como se ya hiciera en 2021, se ha escuchado como homenaje a todas las enfermeras que han luchado, sufrido e incluso dado la vida a causa de la pandemia mundial de COVID-19. El CIE ha emitido a la versión en inglés del tema, interpretado por la norteamericana Erin Corine Johnson, con subtítulos en francés y español.

De hecho, Howard Catton, director general del CIE, encargado de conducir la gala, recordaba la figura de Íñigo Lapetra, director de comunicación del CGE, fallecido hace casi un año, autor del himno español, y asiduo participante de estos congresos en los casi 20 años que lideró la comunicación de la enfermería.



Primer ministro de Canadá

JUSTIN TRUDEAU:

“Las enfermeras son héroes, pero los elogios no pagan el alquiler”

GEMA ROMERO. Madrid

El primer ministro de Canadá, Justin Trudeau, era el encargado de clausurar el Congreso del Consejo Internacional de Enfermeras celebrado en Montreal. Ante las más de 6.000 enfermeras de todo el mundo presentes en el Congreso, Trudeau reconocía que “durante la pandemia, dedicamos mucho tiempo a decirles que eran héroes -porque ustedes son verdaderos héroes-. Pero los cumplidos, por muy bonitos que sean, no pagan el alquiler. No les dan más autonomía ni evitan que se agoten”. En Canadá lo saben y están trabajando para solventar los problemas de la profesión, con el nombramiento en agosto de 2022 de una Enfermera Jefe, Leigh Chapman, y la creación de una [Coalición para la Acción para los Profesionales Sanitarios](#).

“Siendo ella misma enfermera registrada con experiencia en primera línea, la Dra. Chapman proporciona asesoramiento estratégico, en particular en la planificación de la fuerza laboral, cuidados prolongados, atención a domicilio, cuidados paliativos, salud mental, consumo de sustancias y ámbitos de la práctica profesional. Se trata de una función muy importante y estamos agradecidos por tenerla con nosotros”, señalaba Trudeau.

De hecho, el primer ministro canadiense ha reconocido y elogiado las habilidades de co-

municación de las enfermeras, la ayuda que han prestado a las familias con enfermedades y su conocimiento holístico y capacidad de promover la salud y el bienestar de las personas y las comunidades. Sin embargo, afirmaba que se merecen más que elogios por sus esfuerzos.

En 2022 nombraron a una enfermera jefe

“Deseo darles las gracias por sus esfuerzos, su valor y vocación de servicio. Han superado unos años extremadamente difíciles durante la pandemia y el sistema de salud aún está ejerciendo mucha presión sobre ustedes”. Para Trudeau “hace falta mucha devoción para efectuar turnos de doce horas, tanto de día como de noche, y en ocasiones sin ni siquiera tiempo para tomarse un descanso. Su trabajo es muy exigente y tenemos la suerte de contar con ustedes porque son indispensables para nuestros sistemas de salud”.

“La labor que realizan día tras día manteniendo a los pacientes y a las personas en el centro de todo, el servicio, el compromiso, la entrega, el amor por los demás que uste-

des ejemplifican cada día, aquí en Canadá y en todo el mundo, nos asombra, nos deja profundamente en deuda, nos deja comprometidos para que puedan seguir desempeñando el extraordinario trabajo que llevan a cabo, destacaba el primer ministro.

Recursos adicionales

El Gobierno de Canadá, tal y como contaba su primer ministro, quiere pasar de las palabras a los hechos y para ello, está destinando fondos adicionales para la atención sanitaria, especialmente destinados a los profesionales de Atención Primaria, salud mental e información.

“¿Cómo ayudarán estas inversiones al personal de enfermería? —se preguntaba Trudeau— “Permitirán que la población pueda acceder a atención primaria gracias a médicos de familia y enfermeras de atención directa. Los equipos de salud familiar son los que mejor conocen a sus pacientes; son su puerta de entrada al sistema sanitario. Con más atención primaria eficaz podemos evitar la sobrecarga de los servicios de emergencia y reducir la presión sobre las enfermeras”, subrayaba.

Durante su discurso, Trudeau comentaba la conversación que había mantenido

con una estudiante de Enfermería que le trasladaba su preocupación por el elevado número de enfermeras con gran experiencia que están abandonando la profesión. A esta estudiante también le preocupaba su propio bienestar por la falta de mentores experimentados.

“Tenemos que conseguir que ustedes no estén tan al límite que su única opción sea abandonar esta profesión que han elegido y adoran. He escuchado demasiadas historias descorazonadoras durante el último año de enfermeras que, aunque adoran lo que hacen tienen que dejarlo porque ven que no les están haciendo justicia a los pacientes: están demasiado al límite, sencillamente están demasiado sobrecargadas. Hay que acabar con eso”, insistía.

“Para conseguirlo tenemos que mejorar las estrategias de contratación y retención y necesitamos más oportunidades de formación y ayuda para los estudiantes. Para apoyar todo ello, y como medida aparte de nuestra inversión de 200.000 millones de dólares, nuestro gobierno ha aumentado y ampliado la condonación de préstamos de enfermeras que trabajan en comunidades rurales y remotas”.

Escasez de enfermeras

Tal y como concluía Trudeau, en Canadá la profesión está envejeciendo, lo que complica el problema de la escasez de enfermeras que también padecen. Para paliarlo, pretenden la retención de profesionales y facilitar los trámites para que enfermeras de fuera de sus fronteras puedan registrarse y trabajar en Canadá.



Asamblea Mundial de la Enfermería

“Los gobiernos no han tenido en cuenta las lecciones de la pandemia”

GEMA ROMERO. Madrid

La Asamblea Mundial de la Enfermería —oficialmente el Consejo de Representantes Nacionales (CRN)— se celebraba en Montreal justo antes del congreso científico del CIE. Entre sus conclusiones una advertencia a los Gobiernos de todo el mundo sobre la grave crisis de escasez de enfermeras que existe en todo el planeta, así como de la necesidad de invertir en estas profesionales para garantizar la asistencia sanitaria universal, algo que, tras el COVID-19 no se está produciendo. “Está claro que nuestros gobiernos y legisladores no han tenido en cuenta las lecciones

extraídas de la pandemia”, subrayaba Pamela Cipriano, presidenta del Consejo Internacional de Enfermeras.

El CRN es el máximo órgano de toma de decisiones del

Llaman a los gobiernos a resolver la escasez de enfermeras

Consejo Internacional de Enfermeras —lo que se conoce como la Asamblea Mundial

de la Enfermería—. Del 29 al 1 de julio celebraba su reunión bienal en Montreal (Canadá), en la que han realizado un llamamiento a los Gobiernos de todo el mundo para que aborden la grave escasez de enfermeras en todo el mundo.

Como destacaba Pamela Cipriano, presidenta del CIE, “el mayor reto que tenemos las enfermeras es el cuidado de nuestros pacientes, algo que únicamente se puede hacer cuando hay suficientes enfermeras y se protege su seguridad, sus derechos, la estabilidad financiera y su bienestar. Está claro que nuestros go-



Parte de la delegación española con la presidenta del CIE



FOTO: NH PHOTOGRAPHS (CE)

biernos y legisladores no han tenido en cuenta las lecciones extraídas de la pandemia”, subrayaba.

Y es que, a pesar de los elogios recibidos durante la pandemia y las promesas para solucionar sus problemas en todos los países, las experiencias posteriores están siendo muy diferentes. “Nosotros hemos hecho el trabajo, ahora les toca actuar a los políticos y a los líderes sanitarios. Han de valorar, proteger, respetar e invertir en nuestras enfermeras en aras de un futuro sostenible para la enfermería y la atención de salud en todos los lugares”, comentaba Cipriano. Por ello, instan a los líderes políticos mundiales a que implementen acciones políticas que impulsen y empoderen a las enfermeras de tal forma que se optimice su contribución a la creación de sistemas de salud sostenibles, que, en última instancia, permitan alcanzar el objetivo de la cobertura sanitaria universal que propugna la Organización Mundial de la Salud.

Debates

Los debates se han centrado en el análisis de las Directrices

Estratégicas de Enfermería (2021-2025), cuando se cumple el ecuador de su aplicación, en el que se ha examinado su grado de cumplimiento a nivel mundial. Durante la reunión se ponía de manifiesto que, desgraciadamente, todavía queda mucho por hacer, especialmente en lo que respecta a la escasez de enfermeras, que lejos de reducirse no cesa de incrementarse. También es patente el trabajo pendiente para que las enfermeras ocupen puestos y cargos de representación al más alto nivel.

“El mayor reto enfermero es el cuidado de los pacientes”

Como destacaba Florentino Pérez Raya, presidente del CGE, durante su intervención en la asamblea, “tenemos que hacernos valer, es imprescindible que se cuente con las enfermeras en la toma de decisiones en todo el mundo. Somos la profesión más numerosa y la

que tiene mayor contacto con los pacientes, por lo que es inadmisible que a la hora de estar en las instituciones y en la alta gestión de la sanidad se nos dé la espalda. En España tenemos algunos casos de discriminación, en los que se nos prohíbe dirigir, por ejemplo, un centro de salud. Somos profesionales formados, tenemos un grado de cuatro años y, posteriormente, podemos acceder a estudios de máster y doctorado, por lo que nos es imposible que haya voces que digan que no podemos dirigir una institución sanitaria. Existen ejemplos de consejerías dirigidos por enfermeras, gerentes de hospital, diputados, concejales... La justicia debe unificar estos criterios y aceptar que estamos preparados y preparadas para la gestión”.

En la reunión también se analizaba el papel de las enfermeras para lograr el objetivo de la cobertura sanitaria universal para todos, independientemente de donde vivan o de sus circunstancias financieras, que propugna la Organización Mundial de la Salud. Además de otros aspectos como la contratación ética, invertir en el personal sanitario, proteger a migrantes y refu-



Delegación española en el CIE

giados, así como el respeto de los derechos de las enfermeras en zonas de conflicto y catástrofe, entre muchos otros.

Reuniones bilaterales

El CRN es el momento propicio para la celebración de reuniones bilaterales entre las distintas organizaciones y asociaciones de enfermería. En el caso español, el Consejo General de Enfermería aprovechaba para reunirse con las delegaciones de Italia y Rumanía.

Así, con la Orden de Enfermeras Generales, Matronas y Enfermeras Médicas de Rumania (OAMGMAMR),

Han participado 126 países de todo el mundo

la organización que agrupa a las enfermeras rumanas autorizadas para ejercer la profesión, se ha reeditado el acuer-

do de colaboración por el que una delegación de enfermeras rumanas visitará nuestro país en los próximos meses para conocer el sistema sanitario español y la metodología del trabajo enfermero. Como ya se hiciera en 2015, la previsión es que permanezcan dos días en España, con un primer encuentro en la sede del Consejo General de Enfermería, para posteriormente visitar un hospital madrileño, y conocer así cómo trabajan las enfermeras españolas.

Por su parte, con Walter de Caro, presidente de la Asociación Nacional de Enfermeras de Italia, el presidente del CGE, Florentino Pérez Raya, ha intercambiado experiencias sobre la gestión de la pandemia y el papel desempeñado por las enfermeras. Ambos han coincidido en la necesidad de seguir trabajando por la salud y el bienestar de las enfermeras, especialmente en el ámbito de la salud mental, que ha pasado una gran factura a las profesionales de ambos países.

Peticiones a los gobiernos

Tras los intensos debates en los que han participado representantes de 126 países, entre ellos el Consejo General de Enfermería, el CRN ha acordado un listado de peticiones para los gobiernos de todo el mundo:

- Seguir el plan de acción para lograr la cobertura sanitaria universal, creando sistemas sólidos, receptivos y resilientes que respalden, hagan crecer y protejan a las enfermeras y la atención sanitaria.
- Fortalecer el Código mundial de buenas prácticas de la OMS sobre la contratación internacional de personal sanitario, de tal forma que se garanticen beneficios justos y significativos tanto para los países “de origen” como para los “receptores”, de tal forma que se respete una moratoria en el reclutamiento de los países más vulnerables.
- Las organizaciones de salud y los gobiernos deben trabajar para aumentar su oferta de enfermería y no depender de la sustitución de enfermeras con trabajadores menos cualificados como medida de reducción de costes o como solución a la escasez de enfermeras. Tales medidas tienen serias implicaciones inaceptables para la seguridad del paciente, que deben suspenderse de inmediato.
- Todos los países deberían invertir más en atención sanitaria, incluida la formación de enfermeras adicionales, así como el desarrollo profesional y la protección de las enfermeras para abordar la escasez crónica de personal, todo lo cual hará que la enfermería pase de ser invisible a ser invaluable.
- Se necesitan acciones urgentes para abordar las necesidades de atención sanitaria y

respetar los derechos y la seguridad de los migrantes y refugiados, así como de otras poblaciones vulnerables.

- Las enfermeras deben estar incluidas en la planificación y la formulación de políticas para garantizar la preparación para futuras pandemias. Debemos convertir las lecciones aprendidas en acciones.
- Es esencial reconocer a las enfermeras como líderes e innovadoras en la creación de sistemas de salud sostenibles. Todos los países deben nombrar un jefe de Enfermería y más enfermeras en puestos clave de liderazgo.
- Respetar los derechos de las enfermeras en zonas de conflicto y desastre. La comunidad internacional ya no puede hacer la vista gorda ante los abusos de los derechos humanos contra los profesionales sanitarios.
- Recopilar datos precisos sobre las enfermeras a nivel mundial y desarrollar un segundo informe sobre la Situación de la Enfermería en el Mundo para confirmar la distribución mundial de enfermeras, aclarar cuántas enfermeras adicionales se necesitan y tomar medidas para satisfacer las necesidades mundiales de atención sanitaria.
- Involucrar activamente a los estudiantes de Enfermería y a los enfermeros noveles, los futuros líderes de la profesión.
- Garantizar una combinación adecuada de habilidades y que la definición de enfermería del Convenio Personal de Enfermería 149 de la Organización Internacional del Trabajo se actualice para alinearse con la definición del CIE.
- Abogar por la equidad de género y proteger a las enfermeras de la violencia en su lugar de trabajo.





LA PRESENCIA ESPAÑOLA EN EL CONGRESO DEL CIE EN IMÁGENES



ESTAS SON LAS PETICIONES DEL CGE DE CARA AL 23J

Con el arranque de la campaña electoral de forma oficial, el Consejo General de Enfermería ha querido trasladar a todos los partidos políticos y a la sociedad en general sus peticiones de cara a las próximas elecciones generales del 23 de julio. 12 peticiones entre las que se encuentran incrementar el presupuesto destinado a Sanidad, crear la figura de la “Enfermera jefe”, modificar leyes sanitarias para que se atiendan sus peticiones sobre el Grupo A, o invertir en estas profesionales, entre otras. En concreto, estas son las peticiones del CGE de cara a las próximas elecciones generales:

01

INCREMENTAR EL PRESUPUESTO PARA SANIDAD:

En España, el gasto sanitario público representa un porcentaje de nuestro Producto Interior Bruto (PIB) del 8%, mientras que países como Alemania, Francia, Reino Unido o Suecia superan el 10% del PIB. Creemos que este gasto debería aumentarse hasta acercarse a las cifras estos países.

Es hora de pensar en las necesidades del sistema y que los presupuestos generales del Estado tengan una partida acorde y suficiente para potenciar la Sanidad de nuestro país.

RESOLVER LA ESCASEZ DE ENFERMERAS:

Es necesario invertir en enfermeras y apostar por su desarrollo profesional, ya que esto supone mejorar la calidad de los cuidados a la población española y tener claro que sin enfermeras no hay salud y sin salud no hay futuro.

España necesita más de 95.000 enfermeras para equipararnos a las ratios de enfermeras por habitantes que hay en los países de nuestro entorno. Existe un déficit estructural en todo el sistema sanitario que pone en grave riesgo la seguridad de los pacientes en los centros sanitarios y sociosanitarios de nuestro país. “El no disponer de unas plantillas suficientes de enfermeras y enfermeros que puedan ofrecer una atención y cuidados de calidad a los pacientes y al conjunto de la ciudadanía, conlleva una mayor probabilidad de riesgos, complicaciones, reingresos, efectos adversos, e incluso, fallecimientos, como constatan numerosos estudios científicos nacionales e internacionales publicados a lo largo de los últimos años. Una escasez de enfermeras que también genera una sobrecarga asistencial que vivimos como algo normalizado en nuestro día a día, cuando se trata de una situación que debería ser excepcional, y que pone en peligro la seguridad de las enfermeras y de los pacientes”, ha subrayado Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería.

02

03

ANALIZAR LAS NECESIDADES DE RECURSOS HUMANOS:

Es necesario realizar un profundo análisis de las necesidades en recursos humanos desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo para ver exactamente el número de profesionales que se necesitan en cada ámbito y estimar así el gasto que sería necesario, mejorando las ratios y las contrataciones de enfermeras.

Este informe deberá tener en cuenta no sólo los datos y cifras globales, sino también las necesidades de cuidados de la población en relación con el envejecimiento, la natalidad, la dispersión geográfica o qué enfermeras especialistas debemos formar y para qué. Para ello es preciso contar con un grupo de expertos a nivel nacional que puedan realizar una correcta planificación de necesidades para los próximos 5-10 años.



MODIFICACIÓN DE LEYES SANITARIAS:

En primer lugar, es preciso actualizar la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias del año 2003. Todos los partidos políticos deben recordar que su redacción ha quedado obsoleta, por el devenir de los tiempos y las realidades de atención y asistencia sanitaria, que se demanda tanto en la Atención Primaria de Salud como en la asistencia hospitalaria, donde los tratamientos son más complejos.

Es ya una urgencia que se modifique la definición de la profesión enfermera que aparece en la LOPS para detallar más nuestras funciones y poder adaptarla a las competencias actuales, incluyendo las reconocidas en Directivas europeas.

Por otra parte, la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios —coloquialmente, la “Ley del Medicamento”— también resulta ya anticuada. Creemos que, tras años de trabajo, debate entre profesiones y acuerdos políticos y sociales, las enfermeras debemos aparecer como prescriptoras al mismo nivel que el resto de profesiones prescriptoras como son los médicos, dentistas o podólogos.

Por otro lado, otra de nuestras peticiones es que se desarrolle, de una vez por todas, lo previsto en la Disposición Transitoria 3ª de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público para que las enfermeras puedan optar a la categoría A1, en definitiva, optar al mismo nivel que el resto de Grados.

Es a todas luces injusto que las enfermeras y enfermeros no ostenten la misma categoría profesional que personas que han estudiado un grado universitario con los mismos créditos —como abogados, economistas, físicos, biólogos, psicólogos o periodistas, por ejemplo—, que actualmente están adscritos al grupo A1 con una titulación idéntica, lo que representa una evidente discriminación hacia una profesión mayoritariamente de mujeres. Lo que venimos a pedir es que todos pertenezcamos a un único Grupo A, sin subgrupos.

04

05

ACABAR CON LA PRECARIEDAD LABORAL:

Una gran parte de la profesión tiene que convivir con contratos precarios de días e incluso horas y condiciones indignas, llegando a acumular cientos de contratos laborales en un mismo año. Unas lamentables condiciones que durante años han obligado a miles de profesionales a mudarse a otras comunidades autónomas o a otros países para poder trabajar de manera estable y digna. Una fuga de talento enfermero que ha sido muy bien aprovechada por todos estos países.

LUCHA CONTRA LAS AGRESIONES POR LEY:

Las enfermeras no somos responsables de los males del sistema, de las demoras en la atención, de la falta de recursos, de no poder atender sus expectativas. De hecho, también sufrimos todos esos problemas de nuestro sistema sanitario. Pero familiares y pacientes, en ocasiones, pagan su frustración en forma de agresiones, ya sean verbales, en forma de insultos o amenazas, e incluso físicas. Sólo en 2022 se registraron un total de 2.580 agresiones a enfermeras. Algo totalmente inaceptable.

Es preciso recordar que, aunque se reconoce que las agresiones que se sufren en el ámbito público son un delito de atentado contra funcionario público, esta previsión no se aplica a quienes trabajan en el Sanidad privada, algo que es preciso regular por ley.

06

07

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES:

Más allá de las agresiones, los mayores riesgos laborales a los que se enfrentan las enfermeras son los pinchazos accidentales, con los que pueden contraer enfermedades graves como el VIH/Sida o la hepatitis B; el manejo de medicamentos peligrosos que provocan cáncer o problemas en la reproducción humana; carga excesiva de trabajo e incluso problemas de conciliación. Problemas todos ellos que exigen una solución.

**GRUPO DE TRABAJO SOBRE ESPECIALIZACIÓN ENFERMERA Y DIPLOMAS DE ACREDITACIÓN:**

Durante la pandemia se ha visto la necesidad de cuidados especializados en UCI, en cuidados respiratorios, urgencias y emergencias. Otras áreas de especialización podrían ser los cuidados quirúrgicos complejos incluyendo la perfusión, etc. Pero debemos analizar en profundidad qué es susceptible de ser especialidad o diploma de acreditación o acreditación avanzada.

Por otro lado, se pueden crear especialidades sobre el papel, pero nada obliga a las comunidades autónomas a que sean una realidad, a que después acrediten plazas en unidades docentes para la formación, como sucede con Enfermería Geriátrica, o que creen la categoría laboral y vinculen los puestos de trabajo a los títulos. Todo eso se queda en un limbo y en el voluntarismo de unos y de otros que lleva a que la implementación de las especialidades sea insuficiente y no se dé respuesta a las necesidades de la población.

Para analizar todas estas cuestiones es clave que se constituya un grupo de trabajo específico de especialidades de enfermería y los diplomas de acreditación, en el cual estén representantes de las sociedades científicas enfermeras, representantes de las diferentes CCAA, enfermeras gestoras, Ministerio de Sanidad y Consejo General de Enfermería y busquemos un consenso y solución a las especialidades de enfermería, en el que se pueda abordar el modelo de especialización que necesita nuestro país, porque lo que es evidente es que hay que avanzar en el desarrollo de las especialidades de enfermería y las áreas de competencia o práctica avanzada, apostando por un cambio de modelo donde se regule a nivel nacional los diferentes roles enfermeros, enfermeras generalistas, enfermeras especialistas y enfermeras con diplomas de acreditación y acreditación avanzada en áreas de especificidad con mayor desarrollo competencial. Es una necesidad para la población y los ciudadanos y también una necesidad prioritaria para la profesión enfermera.

08

LA SANIDAD AL MARGEN DE DISPUTAS POLÍTICAS:

La Sanidad debe quedar fuera de la confrontación política y los partidos deben centrar sus esfuerzos en lograr políticas que garanticen una atención universal, sostenible y equitativa, que garantice el derecho fundamental de todos los ciudadanos a ver atendidas sus necesidades sanitarias y sociosanitarias, independientemente del lugar en el que residan.

12

09

CAMBIO DE MODELO SANITARIO:

Necesitamos un modelo sanitario que apueste por la prevención y promoción de la salud y la adquisición de hábitos de vida saludables, sobre todo teniendo en cuenta que la atención a la cronicidad y el envejecimiento serán claves en los próximos años. Un sistema que ha de ser fuerte, sostenible y capaz de dar respuesta a las necesidades de los pacientes, que reoriente la atención sanitaria de un modelo reactivo o uno en el que se apueste por la prevención, por el autocuidado, para evitar la enfermedad, en la que se potencien los cuidados, y ello exige aportar por las enfermeras y por reforzar sus competencias profesionales.

Debemos huir de discursos populistas y entender que una atención universal beneficia a toda la comunidad, logrando una protección colectiva de todos los ciudadanos.

CREAR LA FIGURA DE LA "ENFERMERA JEFE" EN EL MINISTERIO DE SANIDAD:

Esta figura, que ya existe en otros países y en la Organización Mundial de la Salud, se encargaría de coordinar y asesorar sobre la profesión enfermera a nivel ministerial. Se debe garantizar que la voz de la enfermería esté presente en todas las decisiones políticas, a todos los niveles, pues, al fin y al cabo, es la profesión más numerosa del sistema sanitario, y la que más tiempo pasa al lado del paciente y, por tanto, la que mejor conoce sus necesidades.

10

11

DIÁLOGO CON LOS PROFESIONALES:

Es imprescindible que todos los partidos, independientemente de que gobiernen o no, se sienten con todas las profesiones, incluida la enfermería. Al nivel del Ministerio de Sanidad este diálogo debería ser permanente, con reuniones fijadas periódicamente, y no a criterio del ministro de turno.



Aumento de la cronicidad

PP, PSOE, Vox y Sumar coinciden en la necesidad de cambiar la Ley de Sanidad

A. ALMENDROS. Madrid

Horas antes de empezar la campaña electoral de las próximas elecciones del 23 de julio, la Asociación Nacional de Informadores Sanitarios (ANIS) organizaba un debate con los grupos políticos para analizar las propuestas electorales relacionadas con la sanidad.

Cambiar la Ley de Sanidad, apostar por la Salud Mental, aumentar los recursos humanos o reforzar la Atención Primaria fueron algunos de los temas que se han puesto encima de la mesa. “Al igual que sucede con el Pacto de Toledo, debemos dejar definidas cosas intocables en el Sistema Nacional de Salud en los próximos años”, explicó Rafael Cofiño, médico y can-

didato al Congreso por Sumar en Asturias.

“Es necesario resolver la carencia de profesionales”

Cambio de paradigma

En la primera parte, los representantes de los partidos expusieron las líneas maestras de su programa sanitario para pasar después a responder las preguntas de los expertos entre los que se encontraban

profesionales sanitarios y pacientes. María Jesús González, vocal suplente de Cuidados Generales del Consejo General de Enfermería era la encargada de abrir el debate asegurando que “desde nuestra organización colegial pensamos que ante un cambio de paradigma de salud estamos de acuerdo en cambiar la ley de Sanidad. Recordemos que tenemos un grave problema de dependencia, cronicidad y envejecimiento”.

“Nosotros entendemos que desde Atención Primaria debe haber un enfoque más comunitario y sobre todo ese trabajo debe ser multidisciplinar, pero para ello es importante resolver la carencia de profesionales, por ejemplo”, comentó Rubén Moreno médico y senador de Partido Popular. “Para el relevo generacional y el aumento de ratios de enfermería necesitamos aumentar el número de plazas de Grado de Enfermería porque creo que ahí tenemos un problema. Debemos adelantarnos al futuro y poder desarrollar todo el potencial que el colectivo tiene”, añadía.

Aumentar ratios

En aumentar la ratio de enfermeras se mostró de acuerdo Juan Luis Steegmann, médico y diputado de VOX: “Debemos hacer de la enfermería una profesión más atractiva aumentando los salarios”.

La vocal de cuidados generales expuso que debemos cambiar del curar al cuidar y para ello la educación sanitaria es clave. “El Sistema Nacional de Salud debe de tener una mirada mucho más amplia. Y orientar el sistema hacia modelos de promoción de la salud. Es decir, que los cir-



cuitos de cuidado de una persona vayan de mano de lo social y que el enfoque sea comunitario”, apostillaba el candidato al Congreso por Sumar en Asturias. “Tenemos que trabajar en tres líneas urgentes: atención primaria y atención centrada en el paciente en un territorio concreto; recursos humanos y salud mental. Los sanitarios son la joya de nuestro sistema, pero es fundamental retener ese talento y para ello hay que mejorar su situación laboral y acabar con las guardias de 24 horas que son un riesgo para la salud tanto de los profesionales como de la ciudadanía”, continuó.

OneHealth

Carmen Andrés del PSOE también se manifestaba a favor de ese cambio de paradigma, “pero debemos empezar a hablar de ciudadanos en vez de pacientes y fomentar mucho la educación para la salud como decía la vocal del Consejo de Enfermería. Hay que trabajar el tema de los determinantes sociales de la salud con políticas sociales que ayuden en este aspecto. Debemos trabajar con esa dimensión OneHealth que engloba todo y facilitar el acceso a todos los tratamientos e innovaciones para que nadie se quede atrás en ese aspecto”.

Además de María Jesús González en la mesa redonda participaba en el debate Remedios Marín de Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc), José Luis Gutiérrez Rojas de la Sociedad Española de Psiquiatría, Juana Carretero de la Sociedad Española de Medicina Interna y Carina Escobar de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes.





De izda. a dcha.: José Luis Cobos, Francesc Boya y Diego Ayuso

El CGE advierte del “grave error” de financiar educación sanitaria en las farmacias

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

El Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico tiene previsto la elaboración de un proyecto piloto que pretende que las farmacias rurales de Castilla y León realicen labores de educación para la salud propias de médicos y enfermeras de Atención Primaria, una iniciativa impulsada por el Consejo de Colegios de Farmacéuticos

de Castilla y León. Ya el pasado mes de junio, desde el

“Es un error derivar funciones con intereses comerciales”

Consejo General de Enfermería se remitió una misiva al ministerio que dirige Teresa Ribera alertando de que las farmacias son establecimientos privados y con ánimo de lucro, que no puede realizar tareas propias de médicos y enfermeras. Ahora, el CGE se ha reunido con el secretario de Estado de Reto Demográfico, Francesc Boya, para tras-



ladarle el “grave error” de financiar educación sanitaria en las farmacias rurales.

Atención primaria

Para el órgano de representación de las enfermeras, este programa supone financiar con fondos públicos unos establecimientos privados para ejercer unas funciones que ya forman parte de la cartera pública de servicios en Atención Primaria. Además, independientemente de que estas acciones suponen externalizar y privatizar, en lugar de reforzar la sanidad pública, implican una clara vulneración de las leyes que delimitan las competencias profesionales.

El Consejo General de Enfermería recuerda que “la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud, la gestión de los problemas de salud y el seguimiento de los pacientes se lleva a cabo por los profesionales de los Equipos de Atención Primaria, en los que, por supuesto, no se integran los farmacéuticos de las oficinas de farmacias rurales”, como se trasladó al ministerio en una carta enviada por el presidente del CGE, Florentino Pérez Raya, el pasado 9 de junio.

La España rural

En la reunión, el vicepresidente III, José Luis Cobos, y el secretario general del Consejo General de Enfermería, Diego Ayuso, han manifestado a Boya que los problemas de la España rural, con problemas de acceso a los servicios públicos, no puede solucionarse mediante la derivación de funciones sanitarias a estable-

cimientos privados y con ánimo de lucro, aunque, por supuesto, desempeñen un papel fundamental en la dispensación de medicamentos.

“Son funciones que forman parte de Atención Primaria”

Enfermería de Castilla y León

El Consejo de Colegios de Enfermería de Castilla y León, por su parte, también ha establecido contactos con la Consejería de Sanidad de la región para pedir explicaciones ante esta controvertida iniciativa.

Por su parte, tras la reunión, desde el ministerio se aclara que el carácter de esta formación o información que pudiera emanar de las farmacias rurales sería más social que sanitario —al contrario de lo manifestado por los órganos de representación de los farmacéuticos— y que,

“en cualquier caso, la Consejería de Sanidad, quien tiene las competencias y la capacidad para juzgar estas actuaciones, determinará si estas exceden o no las competencias que las leyes establecen para los farmacéuticos”, ha declarado Francesc Boya al término de la reunión.

Servicios básicos

José Luis Cobos, vicepresidente III del CGE, asegura que “los problemas de acceso a servicios básicos en algunas zonas de España, a la Sanidad en este caso, no pueden solucionarse externalizando ni privatizando actuaciones propias de médicos y enfermeras en el marco de nuestra sanidad pública. Es un error derivar esas funciones a establecimientos particulares y con intereses comerciales —y encima financiarlo con fondos públicos— en lugar de reforzar la Atención Primaria y a sus profesionales. En cualquier caso, no consentiremos que se menoscaben las funciones que la ley atribuye a las enfermeras y la educación para la salud es una de ellas, algo crucial para el bienestar y la calidad de vida de la población ahora mismo y en un futuro”.



FOTO ENFERMERÍA

2023:

Vuelve el tradicional certamen de fotografía del CGE con 4.000 euros en premios

IRENE BALLESTEROS. Madrid

El Consejo General de Enfermería (CGE) reanuda su tradicional concurso de FotoEnfermería, el diario visual que busca la mejor foto enfermera del año. Esta nueva edición del aclamado certamen fotográfico, que cuenta en esta edición con la colaboración de **Angelini Pharma**, continúa un año más dando la oportunidad a todas las enfermeras y enfermeros colegiados en España, así como estudiantes de Enfermería, de que puedan volver a enviar sus imágenes y así participar en el mayor concurso de fotografía sanitaria del país. El concurso se extenderá hasta diciembre de 2023, por lo que todos los participantes contarán con seis meses para exponer sus creaciones a través de las cámaras.

Como en ediciones anteriores, los enfermeros que quieran participar tendrán la oportunidad de hacerlo en dos categorías: Instagram o General. Así, podrán optar a los premios de 1.000, 500 y 250 euros. Además, este año, dentro de la categoría General, las enfermeras podrán enviar sus fotografías en la sección

“Brain Health”, a la que optarán a un premio especial de 500 euros.

Categorías

En la categoría Instagram se clasificarán mensualmente para la final las dos fotos que más “me gusta” reciban y se participará enviando la foto con los datos requeridos en las bases a concursofotos@consejogeneralenfermeria.org y subiendo la foto elegida mencionando [@FotoEnfermeria](https://www.instagram.com/FotoEnfermeria) y el hashtag de esta edición: #FotoEnfermeria2023. Para la ca-

1.000, 500 y 250 euros en cada categoría

tegoría General será el jurado, compuesto por enfermeros y fotógrafos profesionales, el que elegirá las dos mejores fotos que pasarán mensualmente a competir por los premios finales. En la sección “Brain Health” cada mes, el jurado

junto con un profesional de la **Sociedad Española de Enfermería Neurológica (Sedene)**, seleccionará las fotografías relacionadas con el ámbito de la Enfermería Neurológica que lleguen a través de la categoría General.

Para poder participar se tienen que enviar las imágenes al e-mail concursofotos@consejogeneralenfermeria.org con los datos que se exigen en las bases.

Cada mes las cuatro fotografías elegidas, dos de la categoría general y dos de la categoría Instagram serán publicadas en la revista ENFERMERÍA FACULTATIVA y en otros medios corporativos del CGE como página web, redes sociales o Canal Enfermero. También las fotografías seleccionadas de la sección “Brain Health”. Las imágenes mencionadas pasarán a la final, en la que se repartirán premios por valor de 4.000 euros en conjunto.

“FotoEnfermería continúa un año más dando la oportunidad a todas las enfermeras de demostrar el día a día de la profesión en cualquier ámbito de la salud y de la vida de las

personas. Este certamen permite enseñar a la población y a las administraciones la importancia de apostar por esta profesión. Es momento de que se cuente con nosotros en el sistema. Por eso, estas imágenes serán el reflejo de un trabajo vocacional, dedicado al cuidado, pero no siempre reconocido por el sistema. De forma adicional, en esta edición la Enfermería Neurológica tendrá un peso importante. Un año más, FotoEnfermería demuestra que las más de 330.000 enfermeras y enfermeros de España cuentan con un arte y una sensibilidad especial más allá incluso de los cuidados y la ciencia”, afirma Florentino Pérez Raya, presidente del CGE.

“Para todo el equipo de Angelini Pharma España es un honor y un deber contribuir a visibilizar la labor que el colectivo de enfermería hace día a día” afirma Olga Insua, directora general de Angelini

Pharma España, y continúa “para nosotros, la colaboración y la integración entre las diferentes partes del sistema de salud son vitales para brindar una atención holística a los pacientes, y las enfermeras y enfermeros son una pieza clave en este ecosistema”.

Participa desde julio hasta el 31 de diciembre

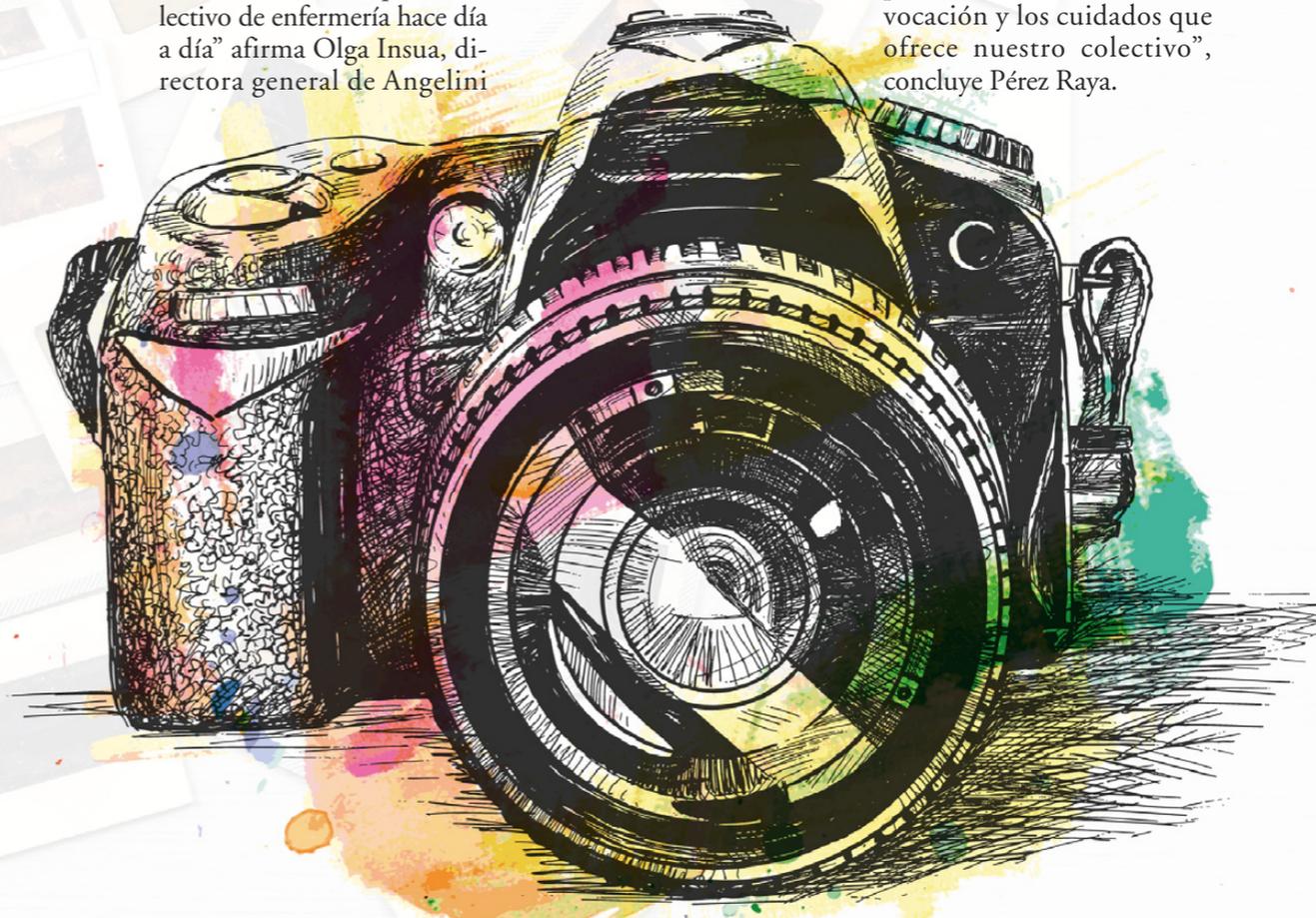
Web corporativa

Otra de las novedades de esta edición será el estreno de la web propia de FotoEnfermería. En esta página web se ofrecerán las últimas novedades del concurso, informa-

ción útil para los participantes, noticias y contenido audiovisual sobre el mismo, así como también servirá de repositorio tanto de esta, como de ediciones anteriores.

Ya está abierto el concurso de fotografía sanitaria que pretende superar récords de participación. En este [enlace](#) se pueden consultar las bases completas del concurso.

“Para nosotros es un orgullo contar con un certamen como el de FotoEnfermería que saca el lado más artístico, pero también más profundo de la profesión. Seguiremos aunando esfuerzos para demostrar que el trabajo de las enfermeras va mucho más allá de la concepción que alberga gran parte de la población y las administraciones. Un año más esperamos que las fotografías de este concurso sigan plasmando la humanidad, la vocación y los cuidados que ofrece nuestro colectivo”, concluye Pérez Raya.





¿Cómo detectar “fake news” sobre heridas en la era digital?

IRENE BALLESTEROS. Burgos

Fake news, bulos, *haters*... las redes sociales son un gran instrumento de información y facilitan la comunicación y la difusión, pero, ¿qué pasa cuando hacemos un mal uso de las mismas? Los expertos Luis Arantón, enfermero de Atención Primaria en Ferrol y miembro del Comité Organizador y Científico del Simposio de Heridas, y Pablo López Casanova, enfermero de Atención Primaria del Centro de Salud de Onil, en Alicante, aseguran que un mal uso de las redes sociales puede lle-

gar a ser perjudicial para la salud, tanto física como mental. Así lo han resumido en la sesión temática “Redes sociales

Sentido crítico o la autoría son algunos recursos

y heridas” celebrada en el pasado en el Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión

y Heridas Crónicas en Burgos. Un encuentro científico donde los enfermeros han tenido la oportunidad de conocer los aspectos más relevantes sobre las redes sociales y las precauciones que deben tomar para que su uso sea beneficioso para su práctica y cuidados.

“Las redes sociales como instrumento son muy buenas, ya que nos facilitan la comunicación y la difusión, pero hay que tener un sentido crítico para ver lo que nos aporta porque en el mundo de internet

hay información muy interesante, pero también existe información sin documentación científica. Aquí es donde aparecen las *fake news* que pueden considerarse contraproducentes. En este tema hay que aprender a discernir porque, en muchos casos, los sanitarios pueden estar aplicando técnicas que no son adecuadas para aspectos que no deberían”, explica Arantón.

Monetización en redes sociales

Lo cierto es que las redes sociales han crecido exponencialmente y a pasos agigantados, tanto que cada día son más cambiantes. En el mundo sanitario tienen un importante peso, ya que una buena información científica sanitaria puede ayudar a salvar vidas. Sin embargo, el mundo de las redes sociales cada día

es más oscuro y salen a colación personajes cuya única intención es rentabilizar sus contenidos, sean fiables o no. Aquí, las enfermeras corren riesgos, pues la creencia de una información sin referencias puede ser la diferencia entre un buen o mal cuidado. “Otro tema importante respecto a las redes sociales es el tema de la monetización, y es que hay muchos referentes que pretenden o intentan sacar beneficio de todo esto. Un ejemplo que poníamos durante la conferencia es el de una chica que decía estar en-

Un mal uso puede ser perjudicial para la salud

ferma, pero que afirmaba estar dispuesta a atender las consultas a pesar de ello. Eso es una forma de atraer al público y de retener su atención para conseguir, en definitiva, mayor número de *likes*. Y es que, esto de las redes va así, cuantas más veces te vean, mayor difusión de tu mensaje y por lo tanto, mayor número de *likes*, mayor número de *re-tuits* y esto redundará en un in-

cremento y beneficio económico”, continúa el enfermero.

Juicio crítico

Para abordar las *fake news*, combatir los bulos sanitarios y gestionar la monetización de las redes sociales, este experto no tiene claro: tener juicio crítico.

“Es necesario tener claro que hay unos criterios mínimos para aplicar en el uso de Internet. El primero es saber quién está publicando esa información, es decir, si aparece identificada la autoría de esa información publicada. La segunda sería la fecha de esa publicación, para saber si estaría actualizada o no, y la tercera, sería saber si tiene detrás una sociedad científica o revista científica o una empresa reconocida que la pueda dotar de mayor credibilidad. Estos factores son los que nos van a ayudar a detectar las *fake news*, pero también existen noticias que son fiables y que no cuentan con ninguno de estos factores y es aquí donde tiene que actuar nuestro sentido crítico. Hay que hacer una lectura crítica, tenemos que saber interpretar en base a nuestros conocimientos como profesionales para identificar si una información es verídica o no”, concluye el experto en redes sociales.





Crece la dermatoporosis: cuando la piel se desgarra como un siete

RAQUEL GONZÁLEZ. Burgos

Basta un pequeño golpe o roce para que la piel se desgarré y se haga un siete. Es la dermatoporosis, una condición que afecta al 50% de los mayores de 70 años y prácticamente a la totalidad cuando alcanzan los 80. Su prevalencia, debido al envejecimiento de la población, va en aumento y se estima que en 2050 el 22% de las personas mayores de 60 años sufrirán ya este problema.

Este fue uno de los temas tratados durante el XIV Simposio Nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas organizado recientemente por Gneaupp en Burgos, un encuentro científico que ha contado con el patrocinio del Consejo General de Enfermería.

Fragilidad cutánea

El enfermero Luis Arantón, de Atención Primaria de El Ferrol

y miembro del Comité Organizador y Científico, definía esta condición como “una situación de envejecimiento cutáneo expresado como un síndrome de fragilidad cutánea”.

Afecta al 50% de los mayores de 70 años

Junto a la edad, el otro gran factor de riesgo es la exposición solar ya que esta contribuye a la pérdida de colágeno y de ácido hialurónico, de ahí que la prevención pasa obligatoriamente por la hidratación y la fotoprotección solar. Un hábito que, según este experto, debe seguirse a diario, independiente de que sea verano o invierno, de que llueva o haga sol. “Sólo así podemos evitar llegar a esta situación

que, desgraciadamente, es más frecuente de lo que parece y que es además muy llamativa. Cuando sujetas a un paciente y su piel se desgarró es realmente sorprendente porque basta el más mínimo roce para que en su piel se haga un siete. Muchos pacientes tienen desgarros de este tipo y no saben cómo han podido producirse porque no identifican ningún golpe capaz de haberlos producido. El último que hemos tenido fue el de una mujer que el simple roce una caja de cartón le causó una herida de 6 - 7 centímetros y tuvimos que darle siete puntos de sutura”.

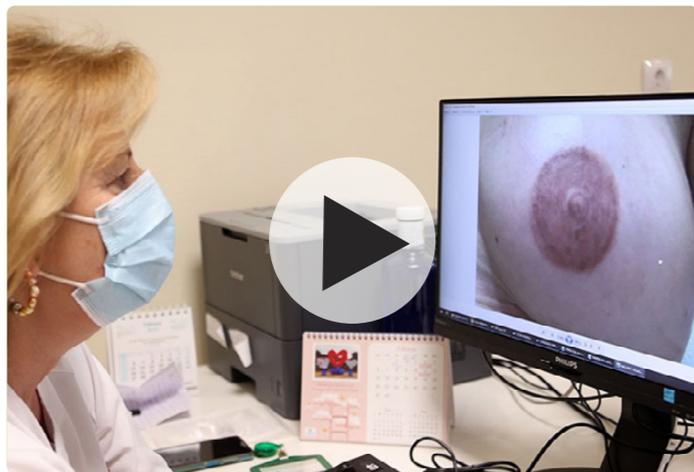
Tratamiento

Una vez el paciente presenta dermatoporosis “la combinación de ácido hialurónico y retinaldeído previene la atrofia cutánea, incrementa el grosor de la piel y aumenta el contenido en colágeno, actuando de forma sinérgica”.

Gracias al tratamiento “el proceso avanza más lentamente y la piel está más fuerte, evitando así que ante un pequeño golpe se produzca una lesión”.

Además, añade este experto, cuando sea necesario hay que intervenir para mejorar la autonomía de los pacientes y evitar así caídas y posibles traumatismos que puedan acabar también en desgarros de este tipo.





Micropigmentación mamaria para devolver la autoestima a las mujeres tras el cáncer

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

La micropigmentación mamaria supone un alivio y, muchas veces, una vuelta a la vida de muchísimas mujeres tras ser diagnosticadas de cáncer de mama. Las operaciones a las que se someten estas mujeres hacen que el pezón y la areola desaparezcan y esta técnica enfermera ayuda a mejorar, enormemente, la calidad de vida de las afectadas. La enfermera de la Unidad de Cirugía Plástica del Hospital Universitario de Cáceres, Ma Elena Galán, reconoce que es alucinante ver el efecto que tiene en las mujeres la reconstrucción del pezón-areola. “A mí muchas mujeres se me han roto y se han puesto a

llorar. Es algo que les importa muchísimo y verse con la areola es increíble”, explica Galán.

“Les ayuda un poco a olvidarse de la enfermedad”

Evaluar

Por sus manos pasan aquellas mujeres que necesitan una reconstrucción del pezón-

areola y ella misma se encarga de evaluar y decidir los pigmentos y cómo será la forma, en relación con la de la otra mama. “La micropigmentación es el final de una reconstrucción mamaria y esto ayuda muchísimo a elevar la autoestima de las afectadas. Cuando ellas se ven vestidas, vale, pero cuando se miran al espejo y ven cómo tienen el pecho, piensan que les falta algo. Con esto, conseguimos darle un aspecto más natural. De hecho, este momento consigue también, de alguna forma, que intenten olvidarse un poco de su episodio de enfermedad, lo que ayuda a poder llevar mejor su día a día”, subraya la enfermera.

Pomada

Ella también se encarga de explicar las curas tras la micropigmentación: “Se hace una herida como la que quedaría con un tatuaje. Normalmente es muy superficial, a veces se suele formar una pequeña costra, dependiendo siempre del tipo de piel. Lo que sí tienen que hacer es administrarse una pomada antibiótica para prevenir que no se infecte la herida. Debemos tener cuidado con esto porque debajo hay una reconstrucción mamaria y no queremos que la infección pueda ir hacia la prótesis. Durante siete días se echan esta pomada y luego ya sólo ducha y crema hidratante”.

Para ella, esto es algo muy gratificante, porque “vemos lo que han sufrido estas mujeres y vemos que a algunas se les alarga muchísimo en el tiempo debido a los tratamientos”. “Como enfermera, me encanta hacerlo”, concluye.



Consulta post covid: aprender a vivir con las secuelas de la pandemia

ALICIA ALMENDROS. Madrid

A punto de la eliminación de la mascarilla en todos los ámbitos de nuestra vida parece que la pandemia hace mucho que pasó por nuestras vidas. En cambio, existen muchos pacientes que conviven a diario con las secuelas de un virus que paralizó el mundo.

Para dar apoyo a estos pacientes, en abril de 2021, nace la Unidad PostCovid en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO). “La unidad ha ido evolucionando desde su puesta en marcha. En un principio nos ocupábamos fundamentalmente de los pacientes que habían estado hospitalizados por COVID y que desde el alta seguíamos mediante llamadas telefónicas el día del alta, a la semana, al mes y, después, según iban evolucionando”, explica Belén Rodríguez, enfermera asignada a la Unidad Multidisciplinar PostCovid en el CHUO. “Ahora, la cosa ha cambiado y casi la totalidad de los pacientes llegan a través de Atención Primaria”, añade.

Cuidados

Dificultad respiratoria, fatiga, disonías, intolerancia a la actividad física, problemas a nivel cognitivo y de concentración, niebla mental... Son las principales secuelas con que los pacientes llegan a consulta. “Desde la consulta lo que hacemos es la reco-



mendación de cuidados generales de gestión de la actividad que es muy importante a nivel de consejos dietéticos, por ejemplo”, comenta Rodríguez.

“Esperamos que investiguen y se encuentre una solución”

En 2022 la unidad contaba con un programa de educación para la salud que consistía en 13 sesiones con una periodicidad quincenal que trataba de cubrir un poco todas las necesidades que se iban detectando. “En ese programa hay alguna sesión con psicólogo, con fisioterapeuta, trabajadora social... e implementamos musicoterapia o

risoterapia, por ejemplo”, expone.

Reuniones

La unidad está funcionando muy bien y los pacientes están muy contentos con los resultados. “Nos encontramos que cuando terminaban el programa la satisfacción era buena y demandaban tener una continuidad, pero nos era imposible seguir en la misma línea. Así que hemos dejado un grupo psicoeducativo de continuidad y hacemos reuniones mensuales con estos pacientes”, resalta.

“El covid persistente es un problema muy importante que creemos que no está teniendo la repercusión pública que debiera, causa en los pacientes una pérdida total de la calidad de vida. Esperamos que las investigaciones sigan y pueda encontrarse una solución a corto plazo”, finaliza la enfermera.



Cómo actuar con ahogados y lesiones raquimedulares

GEMA ROMERO. Madrid

Llega el verano, el calor, la temporada de playas y piscinas y también los principales problemas asociados a ellas: los ahogamientos y las lesiones raquimedulares. Sólo en lo que va de año ya son 178 los fallecidos por ahogamiento en 2023. Conocer cuáles son las habilidades y herramientas que deben tener los enfermeros en el manejo prehospitalario de incidentes acuáticos ha sido el objetivo de uno de los talleres celebrados en el marco del Congreso Nacional de Urgencias y Emergencias SEMES 2023.

Como explicaba Roberto Barcala, enfermero, socorrista y coordinador del grupo de

En el grado se da poca formación tan específica

SEMES socorrismo, “en el ahogamiento no todo es blanco o negro, hay un proceso con seis niveles, aquí se les ha

enseñado a tratar cada uno de los diferentes grados del ahogamiento en función de su severidad”. Para ello han realizado una práctica con muñecos para saber cómo actuar, desde la valoración hasta la realización de la reanimación cardiopulmonar.

Tal y como recordaba Barcala “en las piscinas, los ahogados casi siempre son niños, sobre todo por falta de supervisión. Es lo más común y normalmente ocurre entre las tres y las seis de la tarde”. Por lo que lanzamos una advertencia a los cuidados de

esos niños: “los padres y madres tienen que estar muy pendientes para evitar problemas”.

Escasa formación

Para Patricia Sánchez es enfermera y médico, trabaja en la ambulancia medicalizada de Pontevedra, “en Galicia, de donde vengo, tenemos bastantes casos de ahogamiento, más de los que tendría que haber. Por ello el manejo a pie de playa, el manejo in situ es fundamental, aún más para los profesionales sanitarios, como somos los enfermeros”. Y es durante el grado se estudia algo de soporte vital avanzado y de soporte vital básico, pero no en un entorno tan específico como el acuático”, subrayaba.

Y es que, para esta enfermera ante un ahogado “a veces es frecuente que el una persona con buena voluntad vaya a

echar una mano y acabe habiendo dos víctimas en lugar de una”. Por eso cree fundamental que todo el mundo, y

En 2023 ya van 178 ahogados



más los sanitarios, aprendamos “el manejo inicial, seguro, para que una persona sin medios que pueda verse en una situación de alguien con dificultades en el agua, sepa qué hacer, qué no hacer y lo que hay que hacer cómo hacerlo”, añadía.

Lesión raquimedular

Por otro, lado, y ya metidos en la piscina, también aprendían cómo actuar con respecto a la lesión raquimedular que se produce por tirarse de cabeza o por lanzarse desde un balcón, —en ocasiones una conducta asociada al consumo de alcohol u otras sustancias—. En este caso, lo que se debe saber es “cómo colocar el tablero, cómo hacer una extracción segura y cómo valorar al paciente en función de ese tipo de incidente”, detallaba Barcala.

Y es que como explica el también profesor de salvamento en la Universidad de Vigo, con un ahogado “hay que sacarlo rápidamente, porque en el agua no va a poder respirar, pero con un lesionado medular primero debemos alinearlo lo mejor posible, saber cómo sacarlo, cómo colocarlo para no agravar las circunstancias de la lesión”, concluía.



Las enfermeras, claves para romper con el estigma de los eczemas

IRENE BALLESTEROS. Madrid

En una sociedad en la que lo físico y la imagen personal prima, el cuidado y la hidratación de la piel suponen un tema al que se le otorga, paradójicamente, menos importancia. Sin embargo, un mal cuidado del órgano más extenso del cuerpo puede derivar en patologías como el eczema. Así lo han manifestado las expertas que han participado en el último webinar “Eczemas y alteración de la barrera cutánea” celebrado por el Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS) del Consejo General de Enfermería (CGE), con la colaboración de CeraVe.

Durante hora y media, expertas en la materia han hablado de los cuidados de la

barrera cutánea y, en concreto, de los eczemas, una patología más prevalente en edades tempranas, pero que afecta en cualquier etapa de la vida y que, “según diversos estudios

Un mal cuidado de la piel puede derivar en eczemas

de Estados Unidos, entre el 10 y 20% de bebés lo han padecido mientras que, la prevalencia en adultos y niños es del 3%”, afirma Elena González, dermatóloga del Hospital

Clínico San Carlos y profesora adjunta de la Universidad Complutense de Madrid.

¿Qué es un eczema?

Un eczema “es la combinación de la inflamación y alteración de la barrera cutánea. La diferencia con otras patologías es que el eczema es una enfermedad que tiene evolución. Pero, básicamente son placas eritematosas con bordes mal definidos que producen bastante picor y puede tener asociados otros síntomas como es el escozor, ardor o incluso dolor”, sigue la dermatóloga.

El eczema puede aparecer a cualquier edad, pero, sobre todo, se experimenta con mayor frecuencia en bebés y ni-

ños, pues “cuentan con una barrera cutánea más débil y una piel menos preparada y, por lo tanto, más propensa a la irritación”, explica Andrea Iglesias, enfermera del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, experta en enfermería dermoestética y actualmente cursando los estudios de Psicología.

Tratamiento

El eczema es desconocido en muchos casos y suele ser una patología a la que no se le otorga la importancia que merece hasta que los síntomas complican la calidad de vida de los pacientes. Es aquí cuando la enfermera entra en juego y realiza un abordaje integral.

“Es crucial cuidar la piel y más ahora en verano, aquí el rol enfermero es fundamental en todos los ámbitos de ejercicio en relación a la orientación y promoción de la salud. Las enfermeras tratamos al paciente desde una perspectiva holística y profesional, pues somos quienes más cerca del paciente estamos y los escuchamos y hablamos su lenguaje”, explica Pilar Fernández, directora de ISFOS.

Estigma

Promoción y educación para la salud y seguimiento. El tratamiento enfermero frente a los eczemas comienza en la educación. “Intentamos sobre todo educar en tener buenas medidas higiénicas, que es clave para abordar el eczema. Les informamos y les damos consejos en el autocuidado de los eczemas como, no hacer baños de más de 10 minutos, emplear agua tibia, evitar la fricción, eliminar el uso de esponjas e hidratar la piel, que es clave para restaurar el de-

fecto de la barrera epidérmica”, continúa la enfermera.

Las afecciones de la piel generan un gran estigma y van asociadas a complejos en los pacientes que las padecen. En concreto, los eczemas impactan de forma directa en la salud mental de los pacientes. “El impacto en la calidad de vida es muy importante, sobre todo, en aquellas ocasiones donde el eczema se presenta como una patología crónica como es el caso de la dermatitis atópica en la que no solo es fundamental la clínica o la sintomatología sino también la personalidad del paciente (trastorno de ansiedad, obses-

cindible por su cercanía con el paciente. “Lo primero que hacemos es realizar una pequeña entrevista donde les hacemos tanto preguntas abiertas como cerradas, que básicamente son escalas donde valoramos la autoestima, el autoconcepto y el patrón del sueño y descanso. Aquí es donde realmente creamos esa relación de confianza enfermera-paciente e intentamos romper con ese estigma de las enfermedades dermatológicas y, sobre todo, fomentamos la expresión de los sentimientos. Incidimos en que no contagia, que es una enfermedad más y la normalizamos, y si sienten aislamiento o baja autoestima intentamos abordarlo”, explica la enfermera en su ponencia.

Novedades

La sesión también ha ofrecido las últimas novedades y avances en cuanto al tratamiento. “Ahora cada vez existen más avances respecto a los fármacos biológicos que tienen bastantes buenos resultados. De cara a los pacientes es una revolución, porque antes solo eran candidatos a terapias con resultados limitados, y esto nos permite abordarlo con mucha seguridad”, concluye la dermatóloga.

Baños de agua tibia y eliminar el uso de esponjas son clave

sión, somatización, depresión), lo que influyen extraordinariamente si queremos diseñar una terapéutica eficaz”, explica la dermatóloga.

Para tratar los complejos y manejar el estigma asociado a esta afección, las enfermeras desempeñan un rol impres-



Las enfermeras guían el plan de cuidados de los pacientes con sarcoidosis

ALICIA ALMENDROS. Madrid

Cansancio, pérdida de peso y apetito, fiebre, tos... Estos son algunos de los síntomas de la sarcoidosis, una enfermedad rara autoinmune sistémica que se caracteriza por la inflamación granulomatosa que afecta a cualquier órgano y sistema. Los más afectados son los ganglios linfáticos y el pulmón. “En España se estima que podría haber más de 50.000 pacientes, y los hombres son los que más sufren la enfermedad afectando más entre la segunda y la cuarta década de vida”, explica Patricia Fanlo, coordinadora de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Complejo Hospitalario de Navarra y presidenta de la Sociedad Española Multidisciplinar de Enfermedades Autoinmunes (Semais).

“Al igual que en el caso de otras enfermedades que pueden presentar manifestaciones en distintos órganos, las guías existentes recomiendan que la

sarcoidosis sea tratada por un equipo multidisciplinar y coordinado”, resalta Rosa Piñeiro, vocal de enfermería de la Semais y presidenta ADenfermer@. “El papel de los profesionales de enfermería dirigidos a Cuidados Personalizados de Precisión es esencial, como pieza clave de cohesión que favorece la continuidad de los cuidados”, añade.

En España la padecen más de 50.000 pacientes

Al ser una enfermedad autoinmune sistémica su evolución es en brotes. Por lo que es necesario evitar estos brotes y hacer que el paciente esté en remisión y estable. La modalidad y duración del seguimiento tampoco es igual en todos los casos. La frecuencia de las

revisiones dependerá de la estabilidad de la enfermedad, la gravedad de los síntomas y del tratamiento. “Y, aunque no puede prevenirse, una vez diagnosticado existen algunas medidas que pueden ayudar a reducir las posibles complicaciones”, asegura la enfermera. “Acudir al programa de paciente activo, incluirlos en los programas de promoción para la salud que lleva a cabo la enfermería, informar de posibles complicaciones, acudir a un taller respiratorio, programa de ejercicio, alimentación, higiene de sueño, gestión de las emociones y prescribir asociaciones de pacientes, entre otros, son algunas de las recomendaciones”, añade.

Diagnóstico

Desconcierto y miedo es lo primero que pueden sentir los pacientes cuando escuchan el diagnóstico. “Es normal que se sientan así, pero si este miedo se mantiene en el tiempo puede acabar generando estrés, ansiedad y depresión. Nosotras gestionamos las emociones y favorecemos feedback y la calidad de la entrevista. Es clave que el paciente tenga plena confianza en su enfermera. Y, así conformamos un plan de cuidados personalizados de precisión”, apunta Rosa Piñeiro, vocal de enfermería de la Semais.

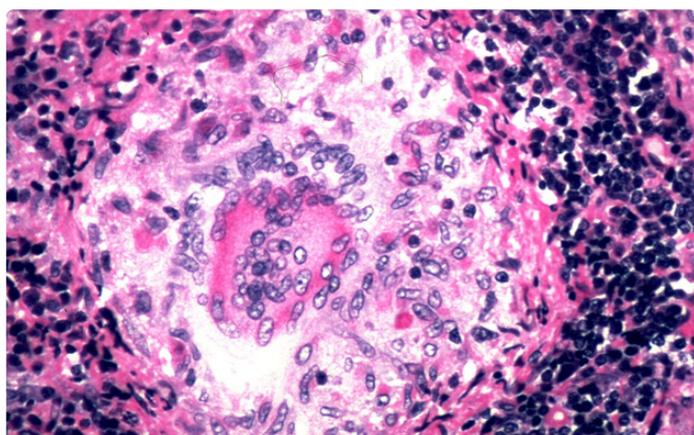
Aunque no hay pruebas específicas para el diagnóstico, en

muchas ocasiones la sarcoidosis pulmonar puede ser fácilmente detectada por medio de una radiografía de tórax y las adenopatías cervicales, axilares o inguinales con una simple palpación. “Pero el diagnóstico definitivo de esta enfermedad se realizará por medio de biopsia del órgano”, añade Fanlo.

Tratamiento

En la actualidad no existe un tratamiento específico aprobado para esta enfermedad “puesto que no se han realizado ensayos clínicos específicos para ello. Por lo que las terapias utilizadas son empíricas. La base del tratamiento son los corticoides, pero tras alcanzar la remisión de la enfermedad es preciso realizar el cambio a tratamientos inmunosupresores clásicos como el metotrexato. Y si el paciente presenta afectación más severa como la cerebral, cardíaca, digestiva... será preciso el inicio de tratamiento con terapias biológicas como los inhibidores de TNF alfa”, comenta la presidenta de Semais.

Diferentes estudios afirman que gran parte del impacto en la calidad de vida de la sarcoidosis esta causada por la fatiga, los problemas de sueño, la dificultad para enfrentarse al día a día o el aislamiento social. “Debido a ello, mantener unos hábitos de vida saludable y aprender a manejar los problemas emocionales puede ayudar a estar mejor. En definitiva, para nuestros pacientes, enfermería avanzada aplica cuidados personalizados de precisión, para prevenir para predecir y evitar la evolución en la enfermedad mejorando la calidad y la excelencia de los mismos aumentando el bienestar del paciente”, finaliza la enfermera.



Raúl Expósito González, enfermero y profesor asociado de la Universidad de Castilla-La Mancha

“En la historia de la enfermería española queda mucho por descubrir”

D. RUIPÉREZ / A. ALMENDROS. Madrid

La revista ENFERMERÍA FACULTATIVA habla de la historia de la enfermería en nuestro país con Raúl Expósito González, enfermero y profesor asociado de la Universidad de Castilla-La Mancha. Su tesis “La Organización Colegial de la Enfermería Española: desde los inicios de la actividad colegial hasta la colegiación oficial única. La Organización Colegial en la provincia de Ciudad Real”, ha recibido la calificación de Sobresaliente *cum laude* optando así a los Premios Extraordinarios de Doctorado.

¿Cómo surge la necesidad de organizarse la profesión como una profesión colegiada?

La historia de la enfermería en España es una historia que no tiene parangón en otra latitud en el mundo. Es una historia

“La historia de la enfermería en España es única”



única y yo creo que por eso la convierte en algo excepcional, la más digna de ser estudiada. La colegiación surge en España de forma voluntaria. Sobre todo, porque un grupo de hombres, en este caso practicantes, sienten la necesidad de que se tienen que agrupar para perseguir el intrusismo a finales del siglo 19. Ese es el origen de la colegiación o mejor dicho asociación libre y voluntaria. Todavía no estamos hablando de colegios oficiales propiamente dichos.

Enfermeras, podólogos... hay como un entramado de profesiones distintas que acaban de alguna manera relacionadas...

En el mundo anglosajón, por ejemplo, son las mujeres las que lideran ese fenómeno asociativo, porque la profesión de enfermera sí que estaba en vías de desarrollo, no estaba todavía consolidada en estos países.

En cambio, en España es verdad que la figura de la enfermera y del enfermero existía, pero no tenía ese estatus legal, ese estatus oficial. En cambio, sí que existía. Estaba reconocida legalmente en 1857, la carrera de practicante y la carrera de la matrona. Pero las circunstancias de la época, de la sociedad española, hace que sean los hombres los que tiran de ese carro, a diferencia de lo que sucede en otros países. Y es verdad que bueno, pues para para conocer la historia del fenómeno asociativo de la colegiación, tendríamos que hacer un seguimiento diferenciado de cada una de estas profesiones practicantes, matronas y por supuesto, enfermeras que existían.

¿Estaban más vinculadas a órdenes religiosas no?



Sí, efectivamente. Y de hecho hay similitudes, por ejemplo, con lo que ocurrió en Italia, donde el colectivo de enfermeras vinculadas a institutos religiosos las que van a promover iniciativas legislativas para que se reconozca el título de enfermera tanto en España como en Italia. Y eso se produce prácticamente en la década de los años de los años 20 en Italia. Y en España, es 10 años antes, en 1915, cuando a instancias de la Congregación de Siervas de María, se reconoce el título de enfermera.

¿Había diferencia entre el practicante y la enfermera en los 70 del siglo pasado?

No hace falta que nos remonemos tan atrás, porque todavía en pequeñas zonas rurales, la figura del practicante, aunque ya no existe, pero sí que sí que se hace referencia, por ejemplo, a la enfermera, a la

enfermera de esa zona como el practicante, por aquello de que la tradición oral se ha ido manteniendo de generación en generación y la figura del practicante tenía un reconocimiento social importante para aquellos años.

“La colegiación surge de forma voluntaria”

Estamos hablando de tres ocupaciones distintas, con orígenes distintos, con retribuciones distintas, con formación distinta y lógicamente, con un reconocimiento social muy distinto.

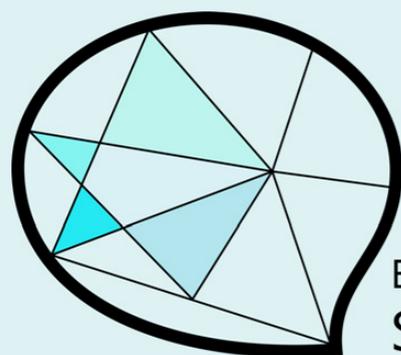
Es curioso que luego confluyan

En la unificación de practicantes, matronas y enfermeras se produce en el año 1953 bajo una sola denominación, un solo título, que es el Ayudante Técnico Sanitario. Y bueno, pues la historiografía nos ha demostrado que esto no estuvo exento de polémica, porque en aquellos años, hablar de practicantes y de enfermeras, era hablar de cosas distintas, pese a que ambos colectivos desempeñaban las mismas funciones.

Los practicantes, por ejemplo, desde siempre consideraron a la profesión de enfermera como una profesión de inferior categoría, y todo esto se fue arrastrando incluso décadas posteriores.

¿Con qué tres hechos relevantes de la enfermería española te quedarías?

Mirando hacia nosotros mismos, hacia la enfermería española, considero que hay tres momentos que son importantes. Por un lado, está el año 1929, cuando se decreta la colegiación oficial obligatoria para practicantes y un año después para enfermeras en 1930. Creo que el año 1953, con la unificación de practicantes, matronas y enfermeras bajo el título Ayudante Técnico Sanitario, también es un momento crucial, pese a que no es la terminación internacional porque sería la iniciativa del legislador de tender a unificar todas esas ocupaciones en una profesión. Y, lógicamente, el tercer momento sería cuando se alcanza el Grado Universitario de Enfermería que nos ha abierto las puertas a nivel académico para que la enfermera española pueda realizar estudios de segundo ciclo e incluso de tercer ciclo, y doctorarse en su propia disciplina.



Beca investigación Salud Mental

Nuevas becas dirigidas a proyectos de investigación en Salud Mental

A. ALMENDROS. Madrid

Ya está abierto el plazo de presentación de proyectos para participar en la “I Edición de la Beca de Investigación en Salud Mental”, una iniciativa puesta en marcha por el Consejo General de Enfermería y Boehringer Ingelheim. “Es una oportunidad para que enfermeras y enfermeros puedan hacer realidad y dar visibilidad a sus proyectos en este ámbito de la salud tan importante”, asegura Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería.

La beca está dotada de 7.500 euros brutos que se asignará a los tres mejores proyectos con las siguientes cuantías: 3.000 euros, 2.500 euros y 2.000 euros. Los trabajos deben ser inéditos y no deben haber recibido otro tipo de premio o galardón ni financiación total. Puede participar cualquier sociedad científica, fundación o cual-

quier tipo de entidad de ámbito sanitario que presenten proyectos cuyo investigador o in-

Los trabajos deben ser inéditos

vestigadores principales sean enfermeros/as colegiados/as



en cualquiera de los colegios de Enfermería del territorio nacional.

Proyectos innovadores

El objetivo de esta iniciativa es incentivar la realización de proyectos innovadores que beneficien a las personas con deterioro cognitivo asociado a patologías mentales en materia de prevención, información, calidad de vida, acceso a tratamientos, lucha contra el estigma e integración social.

La salud mental ha sido la gran olvidada durante muchos años pese a que los problemas mentales aumentan cada año. “Las enfermeras, como expertas en cuidados y dado el aumento de problemas de salud mental entre la población, creemos que la aportación de nuevas iniciativas puede ser muy valiosa para toda la sociedad”, expone el presidente del CGE.

Por parte de Boehringer Ingelheim, Elena Gobartt, gerente de Medical Affairs Specialty Care en España, considera que “la Beca de Investigación en Salud Mental del Consejo General de Enfermería pone de manifiesto nuestra voluntad de colaborar, como compañía, en



proyectos innovadores que impliquen un beneficio para los pacientes y su entorno y puedan transformar la vida de las personas. Es una muestra más del compromiso de Boehringer Ingelheim con la comunidad enfermera y la salud mental”.

Bases y fallo

Con ese patrocinio, la compañía se posiciona en el área de salud mental, siendo esta una de las prioridades de su *pipeline*. En total, la compañía participa en más de 20 proyectos preclínicos, centrándose en en-

fermedades como la esquizofrenia, la depresión mayor, el trastorno por estrés posttrau-

Pueden presentar sus trabajos hasta el 15 de agosto

mático, el deterioro cognitivo asociado a la esquizofrenia y la enfermedad de Alzheimer. El plazo de presentación estará abierto hasta el próximo 15

de agosto. La entrega de las becas se llevará a cabo en un acto que se celebrará en octubre de 2023 en Madrid. [Las bases están ya disponibles](#) en la web del Consejo General de Enfermería y los trabajos podrán remitirse directamente por email a instituto@consejogeneralenfermeria.org indicando en el asunto “Beca de investigación en salud mental, patrocinada por Boehringer Ingelheim”. En el mail se debe adjuntar completada la solicitud, la memoria y el currículum que pueden descargar desde el [siguiente ENLACE](#).



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

Promesas electorales insulsas para la Sanidad

Al margen de los disparates esbozados por Sumar, la mayoría de las propuestas sanitarias de los partidos de cara a las elecciones resultan de una vacuidad fatal, en la que son notas dominantes la elementalidad y la apelación a términos eufemísticos próximos al neolenguaje que se empleaba en el mundo totalitario descrito por George Orwell en su novela 1984. Si hace años triunfó la palabra “sostenibilidad” para camuflar con ella la situación de quiebra técnica en la que se encontraba el Sistema Nacional de Salud (SNS) tras la crisis financiera de 2008, ahora florecen en los debates expresiones como “resiliencia” o “one health” con fines similares. La primera trata de encubrir la precaria situación en la que la Sanidad se ve obligada a prestar sus servicios por la falta de recursos y el incremento de la demanda de los mismos por parte de los pacientes. El término fue puesto de moda por el Gobierno durante la pandemia para justificar el colapso sanitario y hoy no dudan en utilizarlo los partidos que le respaldan, las formaciones de la oposición y los nacionalistas. A todos les resulta útil para seguir manteniendo en el discurso dominante el mantra de que la Sanidad lo aguanta todo cuando hace apenas tres años se decía que era la mejor del mundo. La expresión “one health” ha sido puesta de moda por algunos laboratorios y autoridades sanitarias bajo los auspicios de los firmes creyentes del cambio climático. Significa que la Sanidad ha de adoptar un enfoque holístico y

preventivo porque la amenaza ambiental golpeará de forma diferente a los ciudadanos. Habrá más especies transmisoras de enfermedades por el alza de las temperaturas, surgirán nuevas pandemias y el aire empeorará, lo cual es cierto. La utilización de este concepto viene de perlas, paradójicamente, a los defensores del *statu quo* dominante: permite la apelación a amenazas externas mientras quedan paralizados los cambios internos y urgentes que necesita el SNS para dejar de ser resiliente y convertirse de nuevo en fuerte. El hecho es que una vez más y en medio de tan enmarañados términos, las apuestas vitales para el devenir sanitario siguen brillando por su ausencia. Ningún partido habla tajantemente, por ejemplo, de transformar de arriba a abajo el Estatuto Marco, la principal reforma de la que habrían de partir todas las demás. Nadie dude de que una Sanidad sujeta a

la dictadura sindical que impregna el régimen funcional no saldrá nunca a flote, porque será siempre ineficiente. La segunda premisa que obvian las formaciones políticas es la de la financiación. Es cierto que todas hablan de una manera, más o menos, concreta de incrementar los fondos presupuestarios para Sanidad. Medio punto, un punto... Ahora bien, ninguno dice de dónde procederá ese incremento, y ya se sabe que no hay destino para algo cuyo origen se ignora. El resumen es mucha universalidad, mucha gratuidad y mucho bla bla, pero nada más.



EL MEJOR SEGURO DE SALUD EN CONDICIONES EXCLUSIVAS PARA TI

LO QUE SOLO ASISA COMPROMISO EMPRESAS PUEDE OFRECERTE

- 17 clínicas y 32 centros médicos propios
- Cuadro médico con más de 40 mil profesionales para elegir el tuyo
- Atención preferente por ser cliente de Compromiso Empresas
- Más de 700 centros asistenciales concertados en todo el país

ÚLTIMAS COBERTURAS DESTACADAS

- ✓ Ampliación de la cobertura PET y PET-TAC
- ✓ Tratamiento endoluminal de varices con microespuma
- ✓ Biopsia de próstata por fusión de imágenes

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS EN ASISA SALUD

- ✓ Seguro de Fallecimiento por Accidente. De 6.010,12€ de indemnización en los supuestos que se refieren en el condicionado general de la póliza.
- ✓ Segunda opinión Médica. Solicitud de una segunda opinión médica tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de los procesos o enfermedades graves.
- ✓ Asistencia en viajes. Cobertura en desplazamientos tanto en España como en el extranjero.

MÁS ASISA

Acceso a muchos más servicios en condiciones especiales para asegurados

Unidades especializadas de UR de reproducción asistida • La última tecnología en tratamientos de la vista de Oftalmología • Servicios especializados en Vacunación internacional y Medicina del Viajero • Conservación de células madre con BioCord • Cuidado de la salud visual con General Óptica • Y muchas más ofertas y servicios en nuestro exclusivo Club ASISA

asisa
LIVE
asislive.com

SERVICIOS DIGITALES DE ÚLTIMA GENERACIÓN

Sin coste adicional y con el cuidado de siempre.

- Chat Médico
- Apoyo Psicoemocional
- Videoconsulta
- Receta electrónica

ASISA SALUD

PRIMA 2023	Colectivo: Grupo Enferseguros
De 0 a 54 años	42,68 €
De 55 a 64 años	56,54 €
65 años o más	91,21 €
	Prima total persona/mes

*El precio ya incluye el incremento del 0,15% en concepto de recargo por Consorcio de Compensación de Seguros

CONDICIONES EXCLUSIVAS DE CONTRATACIÓN

- ✓ **Sin Copago de actos médicos o franquicias**
Las franquicias establecidas en concepto de copago de los servicios sanitarios para todos los servicios es de 0€
- ✓ **Edad máxima de contratación**
64 años

ASISA DENTAL PLUS **Incluido**

PERIODO PROMOCIONAL

Periodo promocional para las altas con efecto 1 de Junio 2023 en el que se admitirán preexistencias, salvo patologías graves, y no serán de aplicación los periodos de carencia.

¿CÓMO CONTRATAR?

- 1 Descarga y cumplimenta tu solicitud con el cuestionario de salud.
- 2 Envíalo a enferseguros@asisa.es o realiza tu contratación directamente en el teléfono **91 911 65 56**

¿QUIÉN PUEDE BENEFICIARSE DE ESTA OFERTA?

Dirigido a los enfermeros y enfermeras profesionales y colegiados en España para sí y sus familiares directos (cónyuge/pareja de hecho e hijos) y los empleados de la Organización Colegial para sí y sus familiares directos (cónyuge/pareja de hecho e hijos).

APP ASISA
asisa.es/app



WEB ASISA
asisa.es

MÁS CERCA. MÁS FACIL

- Autorizaciones de pruebas.
- Busca y guarda tus médicos favoritos.
- Consulta recibos.
- Tus tarjetas ahora virtuales.



VI CONGRESO DE DERECHO SANITARIO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Fecha: 28 y 29 de septiembre de 2023
Lugar: Valencia
Organiza: Asociación de derecho sanitario de la Comunidad Valenciana
Email: asociacion@adscv.com
Tel.: 963 536 943
Más información: <https://2023.congresoadscv.com/home>



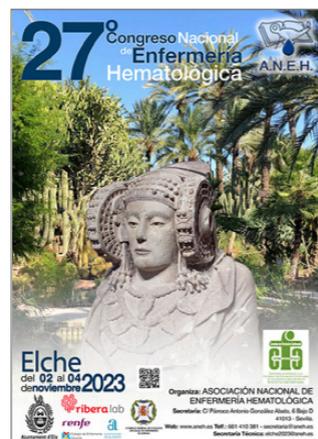
I JORNADAS NACIONALES DE TÉCNICAS AVANZADAS EN LOS ACCESOS VASCULARES

Fecha: del 27 al 28 de octubre de 2023
Lugar: Plasencia
Más información: Plaza San Juan, 26. 600 Plasencia (Cáceres).
Email: contacto@accesosvasculares.es
Tel.: 674 781 646
<https://accesosvasculares.es/>

XXVII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLÓGICA

Fecha: del 2 al 4 de noviembre de 2023
Lugar: Elche
Organiza: Asociación Nacional de Enfermería Hematológica
Más información:

C/Párroco Antonio González
Abato, 6. Bajo D
41013 Sevilla
Tel.: 661 410 381
Email: secretaria@aneh.es
<https://www.aneh.es>



VII CONGRESO DE ENFERMERÍA ESCOLAR: LA ENFERMERA ESCOLAR FUNDAMENTAL

Organiza: Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar
Lugar: Madrid
Fecha: del 17 al 19 de noviembre de 2023
Más información: <https://cursosfnn.com/7o-congreso-de-enfermeria-escolar/>



XXIII CONGRESO FORO-ADENYD

Fecha: del 29 de noviembre al 1 de diciembre de 2023
Lugar: Sevilla
Organiza: Asociación de Enfermeras de Nutrición y Dietética (AdEnyD)
Más información: (+34) 916 624 650
23foroadenyd@mastercongresos.com
<https://www.23foroadenyd.com/>



II CONGRESO INTERNACIONAL "LAS EDADES DE LAS HERIDAS: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA"

Organiza: eSalúdate
Fecha: 1 y 2 de diciembre de 2023
Lugar: Cáceres
Más información: Plaza San Juan, 26. 10600 Plasencia (Cáceres).
Email: congreso@heridas.eu
Tel.: 674 781 646
<https://heridas.eu/>

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

III EDICIÓN DE LOS PREMIOS DE INVESTIGACIÓN DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

Organiza: Consejo General de Enfermería
Fecha: 15 de octubre de 2023
Objetivo: Incentivar y motivar a las enfermeras y enfermeros en la elaboración y desarrollo de Proyectos de Investigación, así como otorgar visibilidad, difusión y transferencia de conocimiento con las aportaciones de la profesión enfermera a los resultados de salud.
Dotación: 55.000 euros
<https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/premios-y-becas/premios-de-investigacion/premios-de-investigacion-2023>

XXXIX CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA 'CIUDAD DE SEVILLA'.

Objetivo: Buscan ser punto de encuentro e incentivar la labor investigadora de las enfermeras de todo el territorio español para generar nuevo conocimiento transferible a su práctica diaria, puesto que es la forma de mejorar la calidad de los cuidados
Plazo: 31 de octubre de 2023
Dotación: 4.000 euros de premio al mejor estudio de investigación, 500 euros al premio enfermería joven fin de grado, 1.000 euros al premio enfermería joven fin de residencia; y 1.000 euros al premio enfermería joven posgrado.
Más información: <https://colegioenfermeriasevilla.es/sala-prensa/el-eco-es-mantendra-abierto-el-plazo-de-recepcion-de-trabajos-de-investigacion-para-el-xxxix-certamen-nacional-de-enfermeria-ciudad-de-sevilla-hasta-el-proximo-31-de-octubre/>



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



HAMBURGO, una puerta a Europa

ALICIA ALMENDROS. Hamburgo (Alemania)

Hamburgo tiene dos caras, una muy urbana caracterizada por el estrés de cualquier ciudad y otra natural en la que prima la tranquilidad. Esta ciudad alemana a orillas del río Elba cuenta con uno de los puertos más grandes del mundo.

Junto al río se encuentra la “Ciudad de los almacenes”, un área que cuenta con sus propios canales destinados a guardar mercancías que cargaban las embarcaciones en el puerto. Los almacenes son en su mayoría edificios de varias plantas de ladrillo rojo, típico de esta zona de Alemania, a los que se puede acceder tanto desde tierra como desde el

agua. Curiosamente la mayoría de los accesos se encuentran en las primeras plantas de los edificios y se llega a ellos mediante un sistema de

El túnel está ubicado a casi 24 metros de profundidad

puentes y plataformas elevadas, para evitar que entre el agua al interior cuando la marea del río Elba aumenta unos metros. Con la moderniza-

ción del transporte de mercancías los barcos empezaban a ser cada vez más grandes y no podían acceder al puerto por los canales. Así, poco a poco este barrio se fue quedando vacío y hoy en día acoge principalmente oficinas y museos.

Miniature Land

Un museo que merece la pena visitar, especialmente si viajas con niños, es Miniature Land. Un espacio que cuenta con el sistema ferroviario en miniatura más grande del mundo. Los visitantes pueden admirar diferentes países e incluso un aeropuerto en tama-

ño miniatura. Además de las impresionantes versiones en miniatura de Hamburgo, la montañosa región alemana del Harz, los Alpes austríacos, Francia, Italia, América del Norte y Escandinavia; y otras muchas que están en construcción.

Cerca del ladrillo rojo de los almacenes y de la parte más industrial del puerto se encuentran un montón de edificios modernos que nada tienen que ver con la arquitectura del entorno. Y es que en su conjunto dan como resultado un barrio entero que poco a poco está ganando terreno al agua y dando otra imagen de la “ciudad de los almacenes”.

La Filarmónica del Elba

Construida sobre unos antiguos almacenes de cacao, tabaco y té, la Filarmónica de

Hamburgo es desde 2017 uno de los símbolos de la ciudad. En su interior se encuentra un hotel de lujo, restaurantes, auditorios... El objetivo durante su construcción era que la música se escuchase igual de bien inde-

El barrio de los almacenes acoge ahora oficinas y museos

pendientemente de donde estuviera el público sentado y, parece que gracias al ingeniero acústico Yasuhisa Toyota se ha conseguido. La entrada al edificio es gratuita, sin embargo, no tienes acceso a la zona de conciertos ya que la única forma de ver los auditorios es asistiendo a uno de los

conciertos que se celebran allí previo pago. Para conocer más sobre el edificio y su construcción los viajeros pueden contratar alguno de los tours que se realizan en su interior por menos de 20 euros.

El Túnel del Elba

Aunque no es muy conocido por el turista, el Túnel del Elba es una de las paradas obligatorias. Una estructura abovedada da la bienvenida a las cuatro grandes cabinas de ascensores que han permitido el paso de vehículos y personas desde 1911. La expansión de la ciudad al sur hizo de este túnel una necesidad. Está ubicado a casi 24 metros de profundidad y tiene una longitud de casi medio kilómetro. Aunque una vez en la parte opuesta del Elba, la ciudad tiene poco que ver, pero ver este túnel y tomarse una cerveza mientras disfrutas de las vistas merece la pena.



KIA PICANTO

NUEVO PICANTO CON FALTA DE PICANTE

JUANJO CAMPILLOS. Madrid

Kia acaba de presentar un rediseño muy completo del Picanto, su modelo estrella del segmento A. Lo ha transformado casi al completo, al menos por fuera, para darle un toque más moderno y con tecnologías, muchas de ellas de serie, de las más avanzadas del mercado. La marca quiere que, a través del tamaño y las comodidades, el conductor se sienta como en casa recorriendo la ciudad. Pero se le ha olvidado un punto muy importante: el Picanto 2023 jamás podrá pegar en su parabrisas la etiqueta ECO.

No tendrá etiqueta 0 ni ECO

¿Por qué? Muy sencillo. Los transportes del segmento A están de capa caída. Donde antes había decenas de marcas, ahora la oferta es bastante reducida. Kia ha querido mantenerse en esta categoría, pero no a cualquier precio. Han disminuido las opciones motorizadas a tan solo dos. Ofrecerán dos motores de gasolina de 1.0 o 1.2 litros de cilindrada, que podrán ser con caja automática o manual de cinco velocidades, y con los que se desarrollarán unos 80 caballos. Esta decisión choca con las nuevas normativas medioambientales que ya

existen y que se terminarán implementando en nuestro país en los próximos años. Por ahora, aquellas ciudades que tengan más de 50.000 habitantes deberán contar con Zonas de Bajas Emisiones y, aquí, un urbano con etiqueta 0 o ECO parece que será de lo más buscado. Y no, el Picanto nunca las va a tener.

No obstante, hay aspectos que sí son muy destacados, dentro de esta remodelación. La nueva firma luminosa, integrada en la parrilla de 'nariz de tigre', las aletas y el capó le otorgan un aspecto futurista. Su diseño trasero, bastante sencillo, resalta la conectividad vertical entre los pilotos rediseñados y el paragolpes trasero. En el habitáculo, también encontramos novedades muy interesantes. Incorporará de serie un sistema de navegación con pantalla táctil flotante de 8 pulgadas (20 cm) y una pantalla digital de alta resolución de 4,2 pulgadas (11 cm) en la instrumentación. El sistema de navegación táctil incluye multiconexión Bluetooth, a cualquier dispositivo Android o Apple. Estará equipado con multitud de ayudas a la conducción, la gran mayoría de ellas pensadas para el uso urbano. La receta tiene buena pinta y cuenta con buenos ingredientes, pero le falta ese aspecto diferencial que invita a comprarlo.



Top secret. Cine y espionaje

UNA CITA CON LOS ESPÍAS DEL CINE

A.ALMENDROS. Madrid

Mata Hari, Carrie Mathison, James Bond o Edward Snowden, son algunos de los protagonistas de la exposición *Top Secret. Cine y espionaje*. Una colección, ubicada en el CaixaForum de Madrid, que explora la historia inédita de los vínculos entre el oficio de actores y de espías, así como de ficción y los hechos históricos.

Siguiendo un recorrido cronológico —desde finales del siglo XIX hasta nuestros días— y mediante ámbitos diferenciados, la exposición presenta un conjunto de unas 270 piezas que establecen un diálogo entre gadgets de cine, artefactos históricos, documentos de archivo, clips de 90 películas e incluso obras de arte, contemporáneo en su mayoría.

La muestra cuenta con cinco ámbitos distintos: “Espionaje y cine, una historia de técnicas”; “Clandestinas de las grandes guerras”; “Guerras frías y gentlemen”, “Terroros y terroristas (década de 1970 a nuestros días)», y “¿Todos espías? El ciudadano espía: perspectivas de futuro”.

Sirve de espacio para la reflexión

Durante el recorrido, se abordan la historia de las técnicas desplegadas por los agentes de los servicios de inteligencia

y el papel singular que tuvieron las espías entre 1870 y 1945, así como sus representaciones cinematográficas, el nacimiento del mito del espía moderno durante la Guerra Fría (principalmente a través del personaje de James Bond), la evolución de la figura del agente secreto en relación con las transformaciones geopolíticas de la década de 1970 y, finalmente, la aparición de nuevas formas de espionaje encarnadas por los alertadores que solo obedecen a sus propios valores en un contexto de vigilancia.

Participar

Además, la exposición permite participar al visitante ya que lo implica en una investigación que abarca juegos de encriptado y diferentes paradas que quieren expandir noción de vigilancia y espionaje a la experiencia del espectador para que el espectador se convierta en espía y a la vez en un ser espiado. De hecho, los títulos de cada ámbito expositivo están inscritos en la pared a través de un código que solo puede leerse cuando un foco de luz dorada pasa por encima.

A través de preguntas y diferentes elementos, la muestra quiere convertirse en un espacio de reflexión y análisis de los temas y debates que presenta la exposición, así como busca convertirse en un espacio en el que el espectador “sea espiado” y en la que se simule la recogida de datos e imágenes de los visitantes, que se muestran al final.



MÁS INFORMACIÓN

CaixaForum Madrid. Paseo del Prado, 36. 28014 Madrid
Para reservas e información:
93 476 86 00



Te estoy amando locamente, Alejandro Marín

Un retrato duro, pero muy real, del movimiento LGTBIQ+ en España

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Te estoy amando locamente son 107 minutos de reivindicación mezclada con humor, amor, amistad y crecimiento personal de todos y cada uno de los personajes. En 1977, cuando pertenecer al colectivo LGTBIQ+ todavía estaba penado por la Ley sobre Peligrosidad y Rehabilitación Social, Miguelito (Omar Banana) busca una salida en su vida para ser libre. Una salida en la que estará apoyado por un grupo de personas como él, que en aquel momento luchaban por despenalizar la homosexualidad y abogaban por una sexualidad libre.

La película de Alejandro Marín narra el inicio del movimiento LGTBI en Andalucía y rememora cómo se gestó

107 minutos de reivindicación, humor y amor

la considerada “primera” marcha del Orgullo en Sevilla en 1978. Todos los personajes de la película tienen una función

esencial en el transcurso de los hechos y su evolución es clave para entender cómo se vivió esta lucha. Sobre todo, la de la madre de Miguelito (Ana Wagener), que, tras fallecer su marido, tiene que hacerse cargo del negocio familiar y considera una inmoralidad el comportamiento de su hijo.

Qué dirán

A pesar de ser una mujer progresista para la época, no deja de tener pensamientos conservadores en algunos temas, y la sexualidad de su hijo es uno de ellos. Muchas veces por miedo al “qué dirán” o al “qué pasará”, ella se ve obligada a tomar ciertas decisiones que, poco a poco, irán modelando el tono y el recorrido de todos y todas en el largometraje.

Te estoy amando locamente cuenta la historia de dónde venimos y hacia dónde vamos. De cómo se ha recorrido un camino muy difícil a base de luchas, manifestaciones y reivindicaciones para que la libertad de ser quien seas o de querer a quien quieras no sea un motivo para ser castigado. El filme llega en un momento como el actual, en el que los derechos LGTBIQ+ están siendo cuestionados, y sirve como demostración para no dar ni un paso atrás.

Mención especial también para todos los actores y actrices que forman parte del grupo que comienza “la revolución”. Personas como ellos en la ficción son quienes logran, sin duda, cambiar el mundo.

VALORACIÓN

★★★★★

“Más actual de lo que podemos pensar”



Una app enfermera para monitorizar a los pacientes con EPOC

REDACCIÓN. Madrid

El Centro de Emergencias Sanitarias 061 de Andalucía, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud, ha creado una aplicación móvil para la telemonitorización de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), dentro de un proyecto de investigación sobre telemedicina aplicada a estos pacientes denominado 'Proyecto AIRE'.

A través de la aplicación móvil, las enfermeras realizan el seguimiento diario de una serie de constantes predefinidas de estos pacientes, así como de su peso. "En el proyecto se han incorporado un total de 81 pacientes, de los cuales se han mantenido 54, que han contado con dos dispositivos de medición de constantes (una pulsera y un pulsioxímetro) que registra la frecuencia cardíaca, tensión arterial y la saturación de oxígeno de forma automática en la aplica-

ción móvil creada para tal fin", según ha explicado el director gerente del Centro de Emergencias Sanitarias 061 de Andalucía, Fernando Ayuso.

Los ingresos hospitalarios se han reducido un 50%

Genera alertas

En función de las mediciones registradas en la aplicación, el sistema genera una serie de alertas en Salud Responde, donde los profesionales de enfermería valoran la gravedad inicial de la situación sanitaria del paciente en función de la alteración de los

parámetros clínicos. En caso de activarse la alerta, profesionales de Salud Responde contactan por teléfono con el paciente y tras realizarle un cuestionario predefinido sobre su estado de salud, le facilitarán consejos o lo derivarán de forma adecuada para resolver su problema. Los pacientes descompensados o agudizados pueden ser remitidos a Urgencias de Atención Primaria, al médico de familia con cita precoz y preferente o derivados al hospital. En cualquiera de estos casos en los que el paciente sufre una agudización el sistema remite de forma automática una notificación a su neumólogo comunicándole la situación.

"Los resultados actuales reflejan que el número de agudizaciones ha disminuido en un 50%, al igual que los ingresos hospitalarios, mejorando la calidad de vida de estos pacientes de forma evidente", según Francisco Marín, neumólogo del Hospital Universitario Virgen de la Victoria. En el proyecto de investigación colaboran los Servicios de Neumología de los hospitales universitarios Virgen de la Victoria, Costa del Sol y Regional de Málaga, los hospitales universitarios Virgen Macarena (Sevilla) y Puerto Real (Cádiz), así como los distritos sanitarios de Málaga-Guadalhorce, Costa del Sol, Aljarafe Norte y Bahía La Janda.



LO + VIRAL



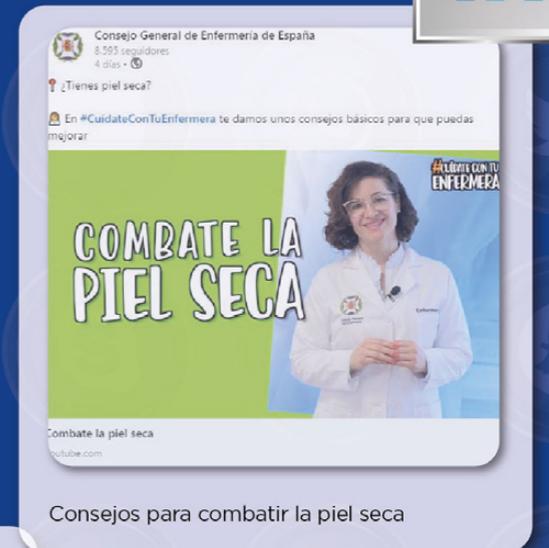
Acuerdo con Sanidad para acabar con el techo de cristal del grupo A2



Aprobado el derecho al olvido oncológico



¿Qué aprendí en las prácticas de enfermería?



Consejos para combatir la piel seca

GRP Enfermería

GUÍA DE
RECOMENDACIONES
PRÁCTICAS en

OSTEOPOROSIS

DE LA PRÁCTICA CENTRADA
EN LA ENFERMEDAD
A LA ATENCIÓN CENTRADA
EN EL PACIENTE

Descarga aquí 

Con la colaboración de:



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA



GEDEON RICHTER



E
C 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 29

■ 16 - 31 Julio 2023



SUMARIO

La soledad en el
anciano: Concepto,
herramientas para su
abordaje y
dificultades

61

La soledad en el anciano: Concepto, herramientas para su abordaje y dificultades

Autora: Andrea Goñi Calvo, Directora de Enfermería de SUAD24h en Santa Cruz de Tenerife

RESUMEN

Introducción: Los ancianos son el grupo poblacional que más ha aumentado en los últimos años. Unido a la longevidad y al aumento de la esperanza de vida generan diferentes factores de riesgo. Por este motivo, los ancianos son la población más vulnerable a sentirse solos. El 20% de los ancianos tienen o han tenido un sentimiento de soledad en algún momento de su vida.

Presentación del caso: El servicio de emergencias atiende a una paciente que presenta un fuerte sentimiento de soledad y múltiples factores de riesgo asociados. Ante esta situación, se plantea la cuestión de si los profesionales de enfermería conocen el concepto de soledad y las herramientas de las que disponen.

Objetivo: Describir el concepto de soledad en el anciano que vive solo, los factores de riesgo y situaciones que la favorecen, los instrumentos de valoración, y enumerar las herramientas disponibles y conocer las dificultades con las que pueden encontrarse los profesionales de enfermería.

Desarrollo: Primero se describe la soledad ya que se trata de un concepto difícil de definir, en segundo lugar, las herramientas y los recursos disponibles y por último las dificultades que pueden presentarse.

Conclusiones: Los profesionales de enfermería disponen de la información y las herramientas necesarias para detectar y abordar la soledad en el anciano.

Palabras clave: Anciano, soledad, factor de riesgo, intervención, enfermería, recursos y dificultades.

INTRODUCCIÓN

Más del 20% de las personas mayores que residen en nuestra sociedad viven solos y más de la mitad refieren haber sentido en algún momento un sentimiento de soledad¹. Esto da lugar a la existencia de una población especialmente vulnerable que puede presentar problemas de dependencia, dificultad para acceder a los recursos sanitarios y sociales, mal manejo de su salud o aislamiento.

La soledad es una experiencia subjetiva, un estado emocional desagradable que se relaciona con la percepción de tener unas relaciones sociales insatisfechas². Es un problema predecible y prevalente, asociado a múltiples factores de riesgo.

Por este motivo, la soledad debe verse como un problema sanitario prioritario, ya que empeora el estado de salud de los que la padecen y aumenta el gasto en los servicios sanitarios².

Este estudio pretende describir el problema de la soledad en el anciano y los factores y situaciones que desencadenan este sentimiento en la vejez, nombrar aquellos instrumentos de valoración más utilizados en su detección así como las herramientas disponibles para el abordaje y las dificultades que pueden encontrarse los profesionales de enfermería.

CASO CLÍNICO

Mujer de 79 años que llama al 112 por dolor opresivo en tórax y sudoración. Refiere que ha aparecido de forma súbita, sin causa aparente y pide que acuda una ambulancia a su domicilio para ayudarla ya que vive sola y apenas puede moverse. Padece obesidad, insuficiencia cardíaca severa y depresión.

Al llegar al domicilio, observamos que la paciente presenta edemas en extremidad inferior (EEL) y disnea de reposo, pero ella asegura que siempre ha estado así. La paciente habla de forma ininterrumpida y ansiosa. Comienza a explicarnos todas las enfermedades que padece, lo mal que se encuentra y lo sola que está. A partir de ahí, comienza a contarnos todas las dificultades que ha tenido a lo largo de su vida.

Nos cuenta que está desanimada, sin ganas de vivir, y que está sola. Tiene 2 hijos que apenas van a visitarla y no tiene amigas, perdió la relación hace mucho tiempo. No quiere salir de casa e incluso ha pensado en suicidarse.

Valoramos la sintomatología y realizamos un electrocardiograma (ECG) que no presentaba alteraciones mientras ella continuaba hablando. No presentaba expresión de dolor, gesticulaba y hablaba rápido. Cuando volvimos a preguntarle acerca del tipo de dolor, la mujer refirió que éste había desaparecido. Nos dijo que llevaba semanas sin hablar con nadie, que estaba sola en la vida y muy triste. En ese momento rompió a llorar. Ella refería no haber hablado con nadie, porque nadie le hacía caso. Le preguntamos si había tenido ideas de suicidio, y nos dijo que había pensado en varias formas de quitarse la vida, pero que nunca había llegado a hacerlo, aunque algún día acabaría haciéndolo porque "no podía más".

El resultado fue una larga conversación terapéutica que la mujer agradeció, pero que no fue suficiente. Nos encontramos con una situación que no había sido detectada y que requería de una serie de intervenciones y un seguimiento. La paciente quería seguir hablando, pero no pudimos continuar en su domicilio por más tiempo porque teníamos que acudir a otra urgencia.

Ante la clínica de la paciente, se diagnosticó una descompensación de la insuficiencia cardíaca que se trató con variaciones en la medicación que tomaba, y la presencia de una gran depresión y soledad que debía ser controlada desde el centro de salud de forma urgente. La llamada no se realizó por una situación de urgencia o una clínica alarmante, iba más allá.

La sensación posterior por parte de los profesionales no fue del todo satisfactoria. Se había detectado un problema claro en la paciente, en este caso la soledad agravada por la depresión y la pluripatología, y no se había conseguido tratar debido a la falta de tiempo. Registramos el suceso en su historial y expre-

samos la necesidad de llevar a cabo un seguimiento y unas intervenciones por parte de los profesionales de su centro de salud de referencia de manera urgente, ya que la soledad y una profunda tristeza estaban acelerando gravemente el deterioro de la paciente.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Pubmed, Cinahl y Cuiden. Se limitó la búsqueda a artículos que no tuvieran más de 10 años de antigüedad (2006-2016), y que se encontrase el texto completo en la base de datos ("full text") y se tuvieron en cuenta artículos de diferentes ramas profesionales.

Se realizaron 3 búsquedas diferentes. La primera orientada a la búsqueda de artículos que analizaran y definieran la soledad, causas, consecuencias e impacto en la salud. Las palabras utilizadas fueron: "loneliness", "elderly", "living home", "needs" o "necesidades", "diagnóstico" o "diagnosis", "associated factors" y "nursing".

La segunda búsqueda se realizó a fin de encontrar aquellos artículos que describieran las diferentes herramientas y actividades que llevan a cabo los profesionales de enfermería para abordar la soledad. Los descriptores utilizados fueron: "loneliness", "elderly", "nursing", "resources", "living home" y "skills".

La tercera búsqueda detectó los retos y las dificultades que se les presentan a los profesionales de enfermería en el abordaje de la soledad. Se utilizaron las palabras: "loneliness", "elderly", "nursing", "challenge" y se truncó el término "difficult*"

Se realizó una búsqueda manual del informe del IMSERSO 2012, ya que aportaba información muy valiosa para el estudio y del diagnóstico de enfermería de *Riesgo de soledad* en la Taxonomía NANDA y las Taxonomías *Nursing Interventions Classification (NIC)* y *Nursing Outcomes Classification (NOC)*.

El título, autor, metodología, resultados y conclusión de cada uno de los artículos seleccionados han sido descritos en forma de tabla tal y como aparece en la *figura 1*.

RESULTADOS

La soledad es un concepto complejo que abarca aspectos psicológicos y sociales. Killen (1998) describió la soledad como: "Condición penetrante, presionante y debilitante, que puede afectar a toda la vida de un individuo, que puede originar un círculo vicioso de enfermedad, y que por generar sensaciones negativas y atemorizantes puede verse como tabú o estigma social"³. Otros autores la describen como: "Un estado psicológico que resulta de la diferencia entre una relación deseada y una relación actual, una experiencia estresante y negativa"²⁻³.

Se trata de un concepto universal difícil de definir y de detectar por varias razones; es un fenómeno multidimensional que no solo afecta a aspectos físicos y sociales sino también psicológicos, más difíciles de valorar³. Es un concepto estereotipado que produce rechazo y reticencia por parte de los individuos a admitirlo³.

La soledad es un problema de salud en la población anciana, que incumbe a diferentes profesionales de la salud, en es-

pecial a los enfermeros. Por este motivo, los profesionales deben conocer y manejar escalas específicas en la detección de la soledad.

Algunas de las más útiles son la Escala de Filadelfia, la Escala de Soledad de UCLA, Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA), la Escala de Soledad emocional y social ESLI, Differential Loneliness Scale (DLS) y la Escala de Soledad ESTE¹. Para ello deben conocer qué pacientes presentan más riesgo de padecerla y realizar las escalas cuanto antes, a fin de detectarlo de forma prematura. Además, algunas de estas escalas son diferenciales, lo que resulta muy útil para conocer qué áreas del paciente se encuentran afectadas. Por ejemplo si el sentimiento proviene de unas pobres redes familiares, amorosas, de amistad o sociales.

Retomando el concepto de soledad, es importante diferenciar la soledad objetiva entendida como falta de apoyo y compañía, de la subjetiva que es la percepción de sentirse solo. El primer concepto no implica una vivencia desagradable para el anciano ya que debido a rasgos personales y otros factores pueden preferir vivir en solitario y disfrutar de ello. La soledad subjetiva en cambio, la padecen las personas que se sienten solas, incluso aunque tengan una red grande de apoyos⁵. Es un sentimiento doloroso y temido por los ancianos y según la encuesta realizada por el IMSERSO es el problema de carácter no físico que más les preocupa después de los problemas económicos¹.

En la *figura 2* aparecen las escalas de valoración citadas, junto con una breve descripción de la escala y el tipo de soledad que valora, pudiendo ser objetiva, subjetiva o ambas.

Conforme pasan los años, los refuerzos y apoyos de las personas van disminuyendo (muerte de amigos y seres queridos, vulnerabilidad a las enfermedades, empeoramiento órganos de los sentidos, deterioro cognitivo, fragilidad...). Estas pérdidas desencadenan una indefensión en el anciano que producen un sentimiento de soledad y que repercuten en la salud del anciano en las esferas física, psicológica y social¹.

La soledad es más frecuente en mujeres, pudiendo alcanzar hasta un 38%, y un 12% en hombres².

Se han descrito diferentes factores asociados que favorecen la aparición de soledad en el anciano. De acuerdo con Rodríguez-Martín (2009), el síndrome del nido vacío (abandono del hogar por parte de los hijos), relaciones familiares pobres, la viudedad, la salida del mercado laboral, la falta de actividades placenteras y el deterioro físico (problemas auditivos o visuales, enfermedades crónicas, dependencia...) y psicológico (depresión). A estas causas, pueden añadirse mala percepción de la salud¹⁻¹¹⁻¹², efectos cardiovasculares incluyendo la hipertensión²⁻⁶⁻⁷ e insomnio²⁻⁷.

En este caso, la soledad afectaba a una mujer, viuda y de avanzada edad. Además presentaba pluripatología, falta de red de apoyos personales y familiares sólidos, depresión, falta de actividades de ocio y deterioro físico.

Pero la soledad no solo es consecuencia de otras enfermedades, también es causa. Asociada a otras situaciones como el sexo femenino, la viudedad, bajo nivel educacional, mala percepción de la salud y falta de apoyos familiares, la soledad produce un aumento en la dependencia en las actividades de la vida diaria (AVD)⁸.

FIGURA 1

Título, metodología, resultados y conclusiones de los artículos utilizados

AUTOR	TÍTULO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
(Arslantas, H., Adana, F., Abacigil, F., Derya, K., & Gülçin, A., 2014) Turkey	Loneliness in elderly people, associated factors and its correlation with quality of life: A field study of western Turkey.	Estudio transversal	Se estudia la soledad mediante la escala de valoración UCLA. Detección de factores como enfermedades crónicas, discapacidades físicas, polifarmacia y falta de aficiones que agravan la soledad.	La soledad afecta negativamente a la calidad de vida en la vejez. La existencia de enfermedades crónicas y la falta de aficiones son fuertes predictores de soledad. Las personas mayores que viven solas deben ser evaluados como grupo de alto riesgo.
(Eloranta, S., Routasalo, P., & Arve, S., 2008) Finland	Personal resources supporting living at home as described by older home care clients.	Entrevista desestructurada	Se identifican dos recursos diferentes en las entrevistas, la "sensación de control de su vida" y "mantenerse activo".	Los profesionales de enfermería deben basar sus intervenciones en las opiniones y decisiones de los ancianos para fomentar su autonomía y poder de decisión frente a los recursos de los que disponen.
(Hacıhasanoğlu, R., Yildirim, A., & Karakurt, P., 2011) Turkey	Loneliness in elderly individuals, level of dependence inactivities of daily living (ADL) and influential factors	Estudio descriptivo transversal	Relación significativa entre aumento de dependencia en las AVD y edad avanzada, mujer, viudedad, presencia de enfermedad crónica y mala percepción de la salud.	La soledad está presente en la mayoría de los factores que producen la dependencia en las AVD. El autor sugiere llevar a cabo actividades para disminuir la soledad en la etapa avanzada y educación y promoción hacia las familias para fomentar las visitas y no dejar solos a los ancianos dependientes.
Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2014)	Las personas mayores en España	Informe	Estructurado en 7 capítulos; aspectos socio-demográficos, socio-económicos, salud y bienestar, recursos sociales, convivencia y vida cotidiana, información y discapacidad y dependencia.	La proyección de población en España tenderá a seguir aumentando en las próximas décadas. Por este motivo, implementar políticas de envejecimiento activo y la prevención de factores que deterioren el estado de salud como la soledad debe considerarse reto y prioridad.
(Kirkevold, M., Moyle, W., Wilkinson, C., Meyer, J., & Hauge, S., 2012) Norway	Facing de challenge of adapting to a life "alone" in old age: the influence of losses.	Estudio cualitativo	Entrevista a 78 personas. Se evidenció considerables diferencias entre aquellos que no habían sufrido pérdidas, que se mostraban colaboradores y con un mejor manejo de su salud, y los que se sentían y/o estaban solos, que presentaban un peor control de la salud.	La soledad se asocia con pérdidas de seres queridos, la inactividad y el aislamiento social. Los profesionales de enfermería deben esforzarse en identificar a las personas que necesitan ayuda en la gestión de su soledad y dar orientación y apoyo. Se necesita más investigación para desarrollar intervenciones que son eficaces en la reducción de la soledad.
(Murphy, F., 2006) Ireland	Loneliness: A challenge for nurses caring for other people.	Revisión bibliográfica/Literature review	Se explora la soledad y su impacto en los ancianos y considera los retos y las dificultades de los profesionales de enfermería en la ayuda a los ancianos a combatir la soledad.	La soledad es un fenómeno complejo que contribuye a enfermedades físicas y psíquicas. El reto para los profesionales de enfermería está en conocer los signos y síntomas de la soledad y las intervenciones apropiadas.
North American Nursing Diagnosis Association. (2015).	Riesgo de Soledad	Taxonomía	Descripción de características y factores que pueden producir soledad, intervenciones de enfermería que deben llevarse a cabo y resultados esperados tras la intervención.	El riesgo de soledad es la vulnerabilidad a experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud.
(Puig, M., Llobet, Lluç, M.T., & Rodríguez, N., 2009)	Valoración de enfermería: Detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo.	Revisión bibliográfica de los instrumentos multidisciplinares que valoran la soledad y el aislamiento social.	Se analizan 11 instrumentos de valoración, clasificándolos en objetivos o subjetivos. 7 de ellos mixtos. Sólo 3 escalas específicas para la valoración de la soledad en el anciano.	Los profesionales de Enfermería tienen un amplio abanico de instrumentos que son útiles en la detección de la soledad ya que abarcan aspectos tanto objetivos como subjetivos.
(Rodríguez, M., 2009) España	La soledad en el anciano.	Revisión bibliográfica	Se define la soledad y los factores de riesgo asociados y se plantean estrategias y recursos para superar la soledad.	La soledad en el anciano puede desencadenar graves problemas en su salud. A través de las estrategias y recursos descritos se trata de prevenir, detectar y tratar la soledad en la vejez.

FIGURA 1

Continuación

AUTOR	TÍTULO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
(Taube, E., Kristensson, J., Sandberg, M., Midlöv, p., & Jakobsson, U., 2015) Sweden	Loneliness and health care consumption among older people.	Ensayo controlado aleatorio/ Randomised controlled trial	Se analiza el sexo (67% mujeres), la viudedad (49%), prevalencia en ancianas viudas (67%), en casadas (16%) y haber padecido este sentimiento en alguna ocasión (60%). Se observa la presencia de factores como problemas de audición (58%), memoria (61%) o depresión (51%).	No hay diferencia en el uso de los servicios de urgencias entre ancianos y ancianos frágiles. En cambio los ancianos que se sienten solos realizan un uso considerablemente superior de los servicios de emergencias que aquellos que no presentan soledad. Por este motivo, las intervenciones de los profesionales deben enfocarse en la soledad.
Theeke, L.A. (2009).	Predictors of Loneliness in U.S Adults Over Age Sixty-Five.	Estudio descriptivo transversal	Muestra de 8932 participantes de edades comprendidas entre 65 y 100 años. Media de edad de 74, 2 años, detección de factores como viudedad, percepción de salud y enfermedades crónicas.	La soledad es un problema prevalente y predecible para los adultos mayores en los EE.UU. y debe ser visto como una prioridad de salud pública. Teniendo en cuenta que la soledad está vinculada a la depresión, la baja calidad de vida, y la mala salud, es importante detectar a los ancianos en riesgo.
Vázquez, M.A., Gastelu, M.C., & Casals, J.L., 2008) España	Valoración de las necesidades de los ancianos que viven solos.	Estudio descriptivo transversal	Muestra de 64 personas, 58 mujeres y 6 varones. Media de edad de 83, 3 años, detección diagnósticos enfermeros más frecuentes, necesidades no cubiertas, barreras arquitectónicas en su domicilio y recursos sociales disponibles.	Es necesario realizar una captación activa de esta población vulnerable y la realización de intervenciones y ayuda para que puedan acceder a los recursos disponibles ya que aparecen numerosas áreas de dependencia y x aparecen numerosas áreas de dependencia y alta proporción de necesidades no cubiertas en la muestra.

Además, según Jakobsson (2011), los ancianos que se sienten solos tienden a utilizar más los servicios sanitarios disponibles frente a los ancianos que no lo están. Ese abuso del sistema sanitario no se debe a la soledad *per se*, sino a ésta asociada a otros factores de riesgo que la producen. En el caso anterior, la paciente realizó la llamada al servicio de emergencias sin ser un episodio urgente.

Para el abordaje de la soledad, los profesionales de enfermería disponen de numerosas herramientas que actúan directamente sobre ella o sobre los factores que la desencadenan. Las estrategias para afrontar la soledad son diferentes para cada persona en función de los recursos de los que dispone.

En primer lugar, hay que conocer los recursos de los que dispone la persona a nivel personal, familiar y social. Según el estudio realizado por CIS-IMSERSO en 2012, las personas que se encuentran solas tienden a ver la televisión o salir a pasear, mientras que las actividades que conllevan relacionarse con otros son menos habituales⁵. Hay que conocer los gustos y preferencias de la persona, para encontrar actividades que fomenten la relación con otros y el entretenimiento.

Por otro lado, es importante empoderar a la persona anciana, teniendo en cuenta su opinión sobre su vida y sus hábitos. Un fuerte recurso personal para el anciano es la sensación de control sobre su vida y su deseo de mantenerse activo. El propio anciano, los familiares y los profesionales sanitarios suelen ser los principales encargados de cuidar de su salud, por lo que es importante llevar a cabo estrategias en estos grupos, para que fomenten la toma de decisiones del anciano, la realización de tareas diarias y la independencia⁹.

En segundo lugar, es necesario conocer la relación con su familia, ya que pueden ayudar a disminuir el tiempo que el an-

ciano pasa solo acudiendo a visitarlo, realizando actividades con él, o favoreciendo el desempeño del rol de abuelo con los nietos si los tiene. Los recursos familiares son fundamentales en las redes de apoyo del anciano, y de hecho, el 59,3% del tiempo que pasan acompañados lo hacen con familiares.

Algunos de los factores en los que está presente la soledad no pueden modificarse, (viudedad, patología presente, jubilación...), pero otros en cambio son potencialmente modificables. Por ejemplo la percepción acerca de su salud, puede verse modificada llevando una adecuada educación y formación del paciente sobre el manejo de las enfermedades que padece y hábitos de vida.

El exceso de tiempo libre y el aburrimiento también puede paliarse llevando a cabo desde los centros de salud programas y talleres para fomentar la reintegración social del anciano, hábitos y ejercicio o creando programas de formación acerca de medicación, manejo de la enfermedad y prevención.

El trabajador social juega un papel importante; en primer lugar para detectar posibles personas en riesgo, y en segundo lugar para poner en contacto a la persona que sufre o es susceptible de sufrir la soledad con el profesional de enfermería, de tal forma que se lleven a cabo actividades de prevención.

Otra herramienta útil son las taxonomías NANDA (2015)¹⁰, en este caso el diagnóstico de "Riesgo de soledad". Dentro de este diagnóstico se describen las diferentes intervenciones, algunas ya mencionadas, que el profesional de enfermería puede llevar a cabo como por ejemplo potenciar la socialización, apoyo emocional, fomentar la implicación familiar, el ejercicio o las terapias grupales.

Por último, los profesionales de enfermería deben establecer una relación eficaz con el anciano desde la consulta de

FIGURA 2

Escalas de valoración de la soledad, descripción y características

NOMBRE	DESCRIPCIÓN	VALORACIÓN SOLEDAD
Escala de Filadelfia (Lawton, 1975)	Basada en el concepto multidimensional de bienestar psicológico. Actitud frente al envejecimiento, insatisfacción con la soledad y el grado de satisfacción.	Subjetiva
Escala de Soledad UCLA: Universidad de California en Los Angeles (Peplau et al., 1980)	Sentimiento de soledad como estructura unidimensional. Compuesta por dos factores; sociabilidad e intimidad con otros.	Objetiva y subjetiva
Escala SELSA: Social and Emotional Loneliness Scale for Adults-Short (DiTommaso et al., 1992)	Formada por 3 subescalas; romántica, de relaciones con la familia y de relaciones con los amigos.	Objetiva y subjetiva
Escala ESL: Emotional and Social Loneliness Scales (Oshagan et al., 1992)	Formada por dos subescalas, la escala de soledad emocional y la escala de soledad social. Similares a los factores de la escala UCLA.	Objetiva y subjetiva
Escala ESTE de Soledad (Rubio et al., 2001)	Creada a partir de las 4 escalas anteriores. Valora la auto-percepción de la soledad, el nivel de apoyo recibido y la satisfacción con los contactos sociales. Agrupa las preguntas en soledad familiar, conyugal, social y existencial.	Objetiva y subjetiva
Differential Loneliness Scale (Schmidt et al., 1983)	Identifica las áreas específicas en las relaciones donde la soledad puede ser experimentada y mide el grado de satisfacción de la persona en cuatro de las esferas de la persona; romántica, amistosa, familiares y comunitarias. Agrupa las preguntas en soledad emocional o social.	Objetiva y subjetiva

atención primaria (AP). En primer lugar llevando a cabo una adecuada valoración de la persona mayor que acude a la consulta o domicilio, haciendo hincapié en las redes de apoyo de las que dispone, percepción de la soledad, estado de salud y capacidad para llevar a cabo de manera eficaz las AVD, actividades psicosociales, espirituales y financieras. Posteriormente, se realizan las escalas adecuadas para detectar aquellos pacientes que presenten un sentimiento de soledad o estén en riesgo de presentarla, y se deben llevar a cabo diferentes intervenciones y actividades basadas en las herramientas anteriormente citadas de las que disponen los profesionales de enfermería, adecuándolas a la vida y opiniones del paciente⁴.

Para conocer a fondo al anciano se requiere tiempo. Es necesario concertar o realizar más de una visita al domicilio. La sobrecarga del sistema sanitario y la falta de tiempo de los profesionales pueden suponer un problema⁹.

El estigma social y la reticencia de los pacientes a admitir el sentimiento de soledad pueden dificultar el establecimiento de una comunicación eficaz³.

El principal obstáculo es la falta de tiempo, la realización de valoraciones rápidas que no abordan problemas psicosociales como puede ser la soledad y la falta de formación de los profesionales en cuanto a información sobre recursos disponibles etc...¹¹

La personalidad del anciano también puede ser un reto en el abordaje y puede hacer difícil establecer una adecuada relación con el profesional. Abordar la soledad requiere conocer a fondo la vida del anciano, y puede que algunas personas muy reservadas dificulten esa investigación⁵.

Algunas patologías como la depresión pueden crear una visión muy pesimista en el anciano difícil de modificar. Otras como el deterioro cognitivo, pueden dificultar algunas de las actividades de educación y formación llevadas a cabo por parte de los profesionales.

Por último, algunos casos de dependencia, incapacidad de

salir del domicilio etc... pueden disminuir considerablemente los recursos y dificultar la resolución del problema⁹.

La *figura 3* relaciona las herramientas de las que dispone el profesional de enfermería con las dificultades que pueden presentarse en cada una de ellas, así como la descripción y el objetivo de los diferentes recursos.

CONCLUSIÓN

Tras la revisión bibliográfica, se concluye que los profesionales de enfermería disponen de la información y las herramientas necesarias para conocer y detectar la soledad en el anciano que vive solo en su domicilio, así como poner a disposición del anciano los recursos tanto personales como sociales a los que puede acceder para prevenir o tratar la soledad.

Cabe destacar el papel de los profesionales de AP, ya que son los principales encargados de la captación de posibles casos y por otro lado porque disponen de las herramientas necesarias para su abordaje. Otros profesionales como en los servicios de emergencias, también pueden encontrarse con casos de soledad, pero pueden presentar más dificultades a la hora de abordarlo ya que no disponen de los recursos necesarios.

Por otro lado, la bibliografía revisada apunta a diversas dificultades que se pueden presentar, pero se evidencia una falta de estudio en los posibles obstáculos que pueden aparecer durante las intervenciones enfermeras. Por este motivo, considero necesario realizar estudios profundizando en los retos y las dificultades con las que pueden lidiar los profesionales de enfermería en el abordaje de la soledad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2012). Las personas mayores en España. Recuperado de: <http://www.im->

FIGURA 3

Relación entre las herramientas disponibles y las dificultades que pueden encontrarse los profesionales de enfermería en el abordaje de la soledad

HERRAMIENTAS	DESCRIPCIÓN	OBJETIVO	RETOS Y DIFICULTADES
Recursos personales	Percepción de la salud, hobbies, actividades de ocio y hábitos.	Conocer los recursos que posee y utilizarlos para afrontar la soledad.	→ – Depresión y aislamiento social. – Falta de tiempo.
Recursos familiares	Relación con la familia, tiempo dedicado.	Estudiar las redes de apoyo familiar de las que dispone y fortalecerlas.	→ – Redes familiares inexistentes. – Falta de tiempo
Recursos sociales	Relaciones de vecindad, asociaciones de jubilados	Fomentar las actividades y la relación con otros ancianos que residen cerca y conocer los recursos disponibles en la sociedad a los que el anciano puede tener acceso.	→ – Ninguna. En la sociedad actual siempre hay recursos sociales disponibles.
Apadrinamiento de mayores	Personas y/o familias que pasan tiempo todos los días con el anciano.	Disminuir el tiempo que el anciano pasa solo poniéndolo en contacto con otras familias.	→ Esta propuesta por parte de algunas asociaciones no se encuentra en todas las comunidades autónomas.
Cohabitación	Ancianos que deciden compartir domicilio para no estar solos.	Prevenir el aislamiento del anciano y la soledad en el anciano promoviendo la convivencia con otros ancianos en su misma situación.	→ – Falta de desarrollo de la idea. – Reticencia por parte de los ancianos.
Empoderamiento	Fomentar el control de su propia salud, manejo de enfermedades y potenciar la realización de aficiones, actividades de ocio etc...	Mejorar la percepción que el anciano tiene de su propia salud, fomentar el control de sus enfermedades y medicación y mejorar la autoestima.	→ – La personalidad pesimista del anciano y otras patologías como la depresión pueden ralentizar el proceso. – Falta de tiempo. – Rechazo y difícil relación con el anciano.
Educación y formación	Explicar las patologías que presenta, manejo de polimedición, hábitos saludables y ejercicio.	Enseñar e informar sobre malos y buenos hábitos, efectos adversos, interacciones para que lleven un adecuado control.	→ – Depresión y deterioro cognitivo pueden dificultar el aprendizaje. Falta de tiempo. – Rechazo y difícil relación con el anciano.
Modificación de otros factores de riesgo	Evitar el deterioro, mal control de la medicación y prevenir el aislamiento social o el aburrimiento.	Disminuir o evitar otros factores de riesgo que asociados pueden producir soledad.	→ – En la mayoría de los casos existen factores de riesgo modificables. – Falta de tiempo. – Rechazo y difícil relación con el anciano.

sero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/22029_info2014pm.pdf

2. Theeke, L.A. (2009). Predictors of Loneliness in U.S Adults Over Age Sixty-Five. *Psychiatric Nursing*, 23(5), 387-396. doi:10.1016/j.apnu.2008.11.002 [doi]

3. Murphy, F. (2006). Loneliness: A challenge for nurses caring for older people. *Nursing Older People*, 18(5), 22-25. doi:10.7748/nop2006.06.18.5.22.c2424 [doi]

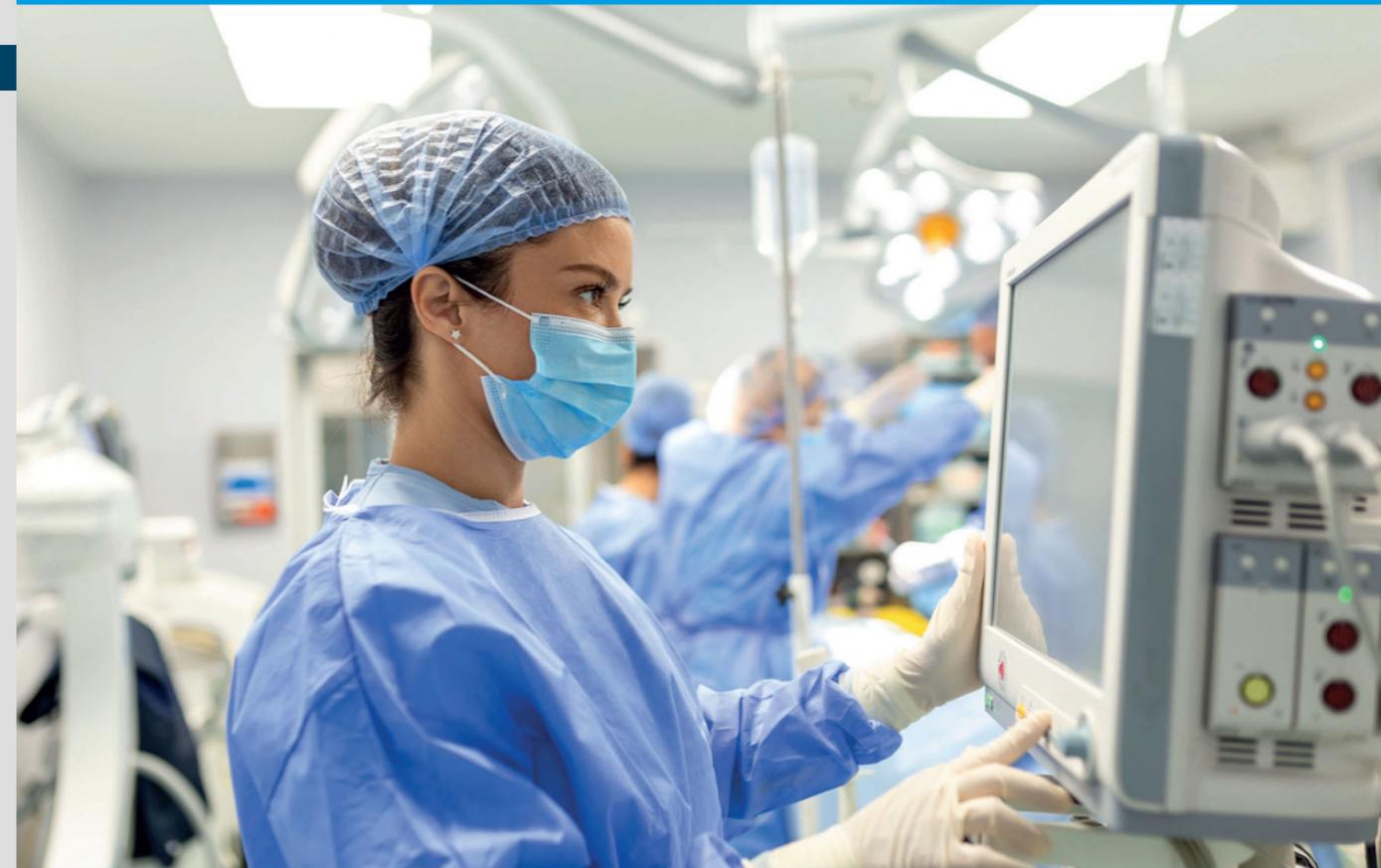
4. Puig Llobet, M., Lluçh Canut, M. T., & Rodríguez Ávila, N. (2009). Valoración de enfermería: Detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*, 20(1), 9-14. doi:10.4321/s1134-928x2009000100002 [doi]

5. Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166. doi:10.4321/s1134-928x2009000400003 [doi]

6. Arslantas, H., Adana, F., Abacigil Ergin, F., Kayar, D., & Acar, G. (2015). Loneliness in elderly people, associated factors and its correlation with quality of life: A field study from western turkey. *Iranian Journal of Public Health*, 44(1), 43-50.

7. Vázquez-Sánchez, M.A., Gastelu-Cantero, C., & Casals-Sánchez, J.L. (2008). Valoración de las necesidades de los ancianos que viven solos en una zona básica de salud. *Enfermería Clínica*, 18(2), 59-63. doi: 10.1016/S1130-8621(08)70699-5 [doi].

8. Hacıhasanoğlu, R., Yildirim, A., & Karakurt, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 61-66. doi:10.1016/j.archger.2011.03.011 [doi]
9. Eloranta, S., Routasalo, P., & Arve, S. (2008). Personal resources supporting living at home as described by older home care clients. *International Journal of Nursing Practice*, 14(4), 308-314. doi:10.1111/j.1440-172X.2008.00698.x [doi]
10. North American Nursing Diagnosis Association. (2015). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación*. 2015-2017. Madrid: Elsevier.
11. Taube, E., Kristensson, J., Sandberg, M., Midlov, P., & Jakobsson, U. (2015). Loneliness and health care consumption among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 435-443. doi:10.1111/scs.12147 [doi]
12. Kirkevold, M., Moyle, W., Wilkinson, C., Meyer, J., & Hauge, S. (2013). Facing the challenge of adapting to a life 'alone' in old age: The influence of losses. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 394-403. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06018.x [doi]
- Financiación: Ninguna
Conflicto de intereses: Ninguno.



Experto Universitario semipresencial **Enfermería en los Cuidados Críticos**

10/2023 – 05/2024

Aprende las claves de atención al paciente crítico, politraumatizado y quemado

INFÓRMATE



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 epígrafos 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. 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

