

LA REVISTA DE LOS PROFESIONALES COLEGIADOS DE ENFERMERÍA

# enfermería

facultativa | Año XXVI | Número 400 | 1-15 OCTUBRE 2023 |



## NUEVA ESPERANZA ANTE UN VIRUS QUE PONE EN JAQUE LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS



Los errores de medicación, un reto europeo para la seguridad del paciente



Santiago, Lugo y Ourense cierran el paso de la "Ruta Enfermera" por Galicia



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**



# Constantes vitales



**Florentino  
Pérez Raya**

Presidente del Consejo  
General de Enfermería

## *Avances en materia de vacunas*

Siempre decimos que, de las pocas lecciones positivas que nos dejó la reciente pandemia, podríamos destacar cómo el planeta entero tuvo la oportunidad de asistir, en riguroso directo, al desarrollo de la ciencia. La búsqueda de una vacuna que pudiera hacer que todos recuperáramos nuestra vida cotidiana movilizó a las mentes más brillantes, a los laboratorios farmacéuticos, a instituciones públicas y privadas con un mismo objetivo. Luego fueron las enfermeras las que lideraron con éxito la mayor campaña de vacunación de la historia. Pero hasta que un virus acorraló a la humanidad en su conjunto las vacunas se habían convertido en algo cotidiano y relativamente poco valorado. Incluso habían cobrado bastante fuerza los grupos antivacunas, denostando la inmunización sin argumento científico alguno. Sin embargo, la realidad evidencia que las vacunas son uno de los grandes hitos de la historia de la Humanidad, que han cambiado el curso de la evolución humana... y lo siguen haciendo.

Una vez ya no vivimos instalados en una situación de emergencia, a una parte de la sociedad las noticias sobre salud le resultan algo incómodas, se han saturado en cierto modo. No obstante, la ciencia sigue avanzando y se suceden los lanzamientos de nuevos productos que contribuyen a proteger la salud de las personas. En este número de nuestra revista analizamos a fondo las novedades en inmunización frente al virus respiratorio sincitial, pero esta misma semana y de la mano de nuestro Instituto Superior de Formación Sanitaria ha tenido lugar una jornada gratuita en la que destacados expertos en vacunación analizaron las novedades en vacunación pediátrica. Arranca ahora una intensa actividad vacunal liderada por las enfermeras y los enfermeros de toda España con muchas dudas por parte de los pacientes que escuchan hablar de coadministración de gripe y COVID, del neumococo y necesitan, en algunos casos, el consejo experto de la enfermera como referente en vacunas. Por supuesto, es momento también para insistir en la necesidad de que los propios profesionales sanitarios nos inmunicemos de forma masiva para evitar males mayores.



# FOTO ENFERMERÍA

## 2023



Buscamos la foto enfermera del año

Del 1 de julio al 31 de diciembre de 2023.  
Envía tus fotos a  
[concursofotos@consejogeneralenfermeria.org](mailto:concursofotos@consejogeneralenfermeria.org)  
Participa en Instagram con el hashtag  
#fotoenfermeria2023



Consejo General de Colegios Oficiales  
de Enfermería de España

con la colaboración de



Consulta las bases completas en la página web



## Sumario

Número 400

1- 15 octubre 2023

### Actualidad



6

#### Portada

Inmunización frente al VRS, nueva esperanza ante un virus que pone en jaque las urgencias pediátricas

12

#### Noticias

- El reto enfermero de inmunizar este año a 1,5 millones de menores de 5 años
- Los errores de medicación, un reto europeo para la seguridad del paciente

#### Internacional

Ya puedes suscribirte a la revista INR en español a un precio reducido

30

#### Opinión

Sergio Alonso: “La burocracia frena la llegada de los fármacos”

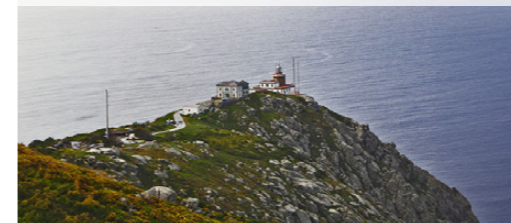
32

#### Agenda

Congresos y premios

34

### Ocio y cultura



36

#### Viajes

Fisterra (Galicia), el fin del mundo

38

#### Motor

Fiat 600, adaptarse a los nuevos tiempos

44

#### Lo + viral

Repercusión en la salud mental de los trabajadores de centros sociosanitarios por la pandemia SARS-COV-2

46

### Enfermería Científica

Normas de publicación de artículos científicos

54



## Staff

**Director:** Florentino Pérez Raya. **Coordinador editorial:** David Rui Pérez ([d.ruipez@consejogeneralenfermeria.org](mailto:d.ruipez@consejogeneralenfermeria.org)). **Redactores:** Gema Romero ([g.romero@consejogeneralenfermeria.org](mailto:g.romero@consejogeneralenfermeria.org)), Alicia Almendros ([a.almendros@consejogeneralenfermeria.org](mailto:a.almendros@consejogeneralenfermeria.org)), Ángel M. Gregoris ([am.gregoris@consejogeneralenfermeria.org](mailto:am.gregoris@consejogeneralenfermeria.org)), Raquel González ([r.gonzalez@consejogeneralenfermeria.org](mailto:r.gonzalez@consejogeneralenfermeria.org)), Juan José Campillos ([j.campillos@consejogeneralenfermeria.org](mailto:j.campillos@consejogeneralenfermeria.org)), Irene Ballesteros ([i.ballesteros@consejogeneralenfermeria.org](mailto:i.ballesteros@consejogeneralenfermeria.org)). **Consejo editorial:** Raquel Rodríguez, José Ángel Rodríguez, José Luis Cobos, Diego Ayuso y Francisco Corpas. **Asesora Internacional:** Alina Souza. **Diseño:** Kelsing Comunicación. **Maquetación:** Fernando Gómara y Ángel Martínez. **Ilustraciones:** Augusto Costhazo. **Asesoría Socioprofesional:** María José Fernández. **Enfermería Científica:** Instituto de Investigación Enfermera ([instituto@consejogeneralenfermeria.org](mailto:instituto@consejogeneralenfermeria.org)).

Enfermería Facultativa: C/ Sierra de Pajarejo, 13. 28023. Madrid. Suscripciones y modificación de datos: 91 334 55 20. Redacción: Tel.: 91 334 55 13. [comunicacion@consejogeneralenfermeria.org](mailto:comunicacion@consejogeneralenfermeria.org). Marketing y publicidad: Tel.: 91 334 55 20. Edita: Consejo General de Enfermería. Depósito legal: M-30977-1995. ISSN: 1697-9044. Ambito de difusión: nacional.





INMUNIZACIÓN FRENTE AL VRS

# NUEVA ESPERANZA

ANTE UN VIRUS QUE PONE EN JAQUE  
LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS







ALICIA. ALMENDROS. Madrid

En España se producen cada año alrededor de 100.000 episodios de bronquiolitis en niños menores de 2 años, siendo la principal causa de hospitalización en pediatría. El año pasado los casos se dispararon poniendo en jaque las urgencias pediátricas de muchos hospitales en nuestro país. “Aumentaron mucho las visitas a urgencias, tuvimos que abrir salas de hospitalización, servicios que no son para ello, anulamos cirugías y convertimos un hospital de día en planta de hospitalización”, expone Yolanda Sánchez, supervisora de enfermería del área de procesos del Hospital Niño Jesús.

El causante de esta patología es el Virus Respiratorio Sincitial, más conocido como VRS. “Este virus es el responsable principal de infecciones en las vías respiratorias inferiores en la población infantil menor de un año, especialmente las relacionadas con la bronquiolitis y la neumonía. A nivel mundial es la segunda causa de muerte en el mundo en menores de un año”, resalta Inmaculada Cuesta, secretaria de la Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas (Anenvac).

Las medidas utilizadas para el control de la pandemia de COVID-19 en 2020 y otros posibles factores como la interferencia vírica, “distorsionaron la estacionalidad de VRS. De ahí, que en la temporada 2022-2023, se haya observado un exceso de pico epidémico y de hospitalizaciones por infección causada por

**“Es la segunda causa de muerte en el mundo en menores de un año”**

el VRS por falta de exposición a este virus durante los primeros meses de vida en las temporadas anteriores”, comenta Tamara Domingo, enfermera del Instituto de Investigación Enfermera del Consejo General de Enfermería.

### Buenas expectativas

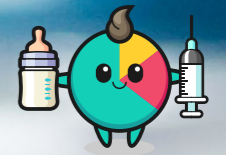
Este año todo apunta a que el escenario va a ser diferente, mucho mejor que en años anteriores, ya que la Agencia

Europea del Medicamento (EMA) ha dado luz verde a un anticuerpo monoclonal frente a esta patología. “Se trata de nirsevimab, un medicamento que previene la enfermedad grave del tracto respiratorio inferior (pulmones) causada por el VRS en lactantes y recién nacidos durante su primera temporada de VRS”, resalta Domingo.

“Es una gran esperanza para la prevención de la bronquiolitis del lactante y todos los efectos colaterales que producen. Además, los estudios arrojan una eficacia relativa frente a padecimiento de la enfermedad, hospitalización y casos graves de cerca del 80%”, explica Cuesta. “Y a la vez es un gran reto para las enfermeras que tenemos que estar formadas e informadas para la implementación de la estrategia de prevención en cuanto se disponga del anticuerpo monoclonal en los puntos de vacunación establecidos en las diferentes comunidades autónomas”, añade.

### Vía intramuscular

El nirsevimab es un anticuerpo monoclonal dirigido al sitio antigénico de una de las proteínas del VRS, siendo su mecanismo de acción bloquear la entrada del virus. Es decir, es un medicamento compuesto por anticuerpos, fabricados en laboratorio, que se administra como una vacuna, y que da defensas para proteger al lactante directamente bloqueando el virus respiratorio sincitial. Su nombre comercial es Beyfortus y con una sola dosis proporciona protección durante al menos cinco meses. “Se va a administrar por vía intramuscular, preferi-





blemente en la cara anterolateral externa del muslo como la mayoría de las vacunas”, explica Domingo.

La campaña arranca en gran parte de las comunidades la primera semana de octubre, aunque hay alguna comunidad como Galicia o Andalucía que empezaron la última semana de septiembre.

“Según las recomendaciones para esta temporada 2023-2024 se va a administrar a los menores de seis meses nacidos a partir del 1 de abril de 2023 hasta el 31 de marzo de 2024. Se priorizará la inmunización de los nacidos durante la temporada y los nacidos previamente se inmunizarán lo antes posible (octubre). Es decir, en el caso de los nacidos entre octubre de 2023 y marzo de 2024 recibirán la inmunización en el hospital antes del alta en la planta de maternidad. Y aquellos que no lo reciban ahí por el motivo que sea, podrán solicitarlo para recibirlo bien en hospital o en Atención Primaria”, reseña Domingo que además es enfermera pediátrica en un hospital madrileño.

Cada comunidad autónoma organizará su campaña en cuanto a logística y planificación según sus planes y recursos. “En el hospital vamos a empezar el día 2 de octubre a ‘vacunar’. Las familias tienen que citarse con autocita, igual que se hizo con el COVID, y así ellos escogen el horario y el centro que prefieran. La verdad que estamos expectantes y con ganas de empezar”, explica Sánchez, que es además la encargada de las campañas de vacunación e inmunización

del VRS en el Hospital Niño Jesús de Madrid.

“También se lo van a poner a la población infantil con alto riesgo de desarrollar enfermedad grave por VRS, entre los que se incluyen a prematuros de menos de 35 semanas de gestación durante el primer año de vida, y a menores de dos años con ciertas patologías de alto riesgo”, añade Domingo.

### “Los efectos secundarios son escasos o leves”

Los efectos secundarios son escasos o leves como erupción, fiebre y reacción en el lugar de la inyección en los 7-14 días posteriores a la dosis.

### Diferencia con una vacuna

Este medicamento que va a inmunizar a los más pequeños no es una vacuna al uso. “Mientras que, en la inmunización activa, las vacunas, introduce un microbio o parte de él en el organismo para que el sistema inmunológico ‘aprenda’ sobre el virus

y desarrolle anticuerpos, en las inmunizaciones pasivas, como las inmunoglobulinas o los anticuerpos monoclonales, se administran directamente los anticuerpos artificiales contra un virus para ayudar al cuerpo, en cuanto se mete, a combatir las infecciones. Los anticuerpos monoclonales ofrecen una protección puntual, rápida y directa frente a la enfermedad, ya que no requieren la activación del sistema inmunológico”, resalta Domingo.

Esta enfermera ha participado como experta en el grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad sobre en la puesta en marcha de la campaña. “Han sido meses duros de trabajo en



equipo para elaborar un documento cuyo objetivo fuese evaluar la utilización de nirsevimab en la población infantil para la inmunopreprofilaxis de la enfermedad por VRS en la temporada 2023-2024. Como enfermera pediátrica, mi participación en el grupo destacó en mi implicación en el apartado de estrategias de utilización de este medicamento y el anexo 5 sobre aspectos prácticos del uso para personal sanitario”, explica.

Los estudios revelan datos esperanzadores, ya que este protege contra casos graves de bronquiolitis por VRS y necesidades de ingreso, además que hace menos frecuente que el

menor necesite atención médica. “A medida que se vayan autorizando y estando disponibles otras estrategias de inmunización frente a VRS, se volverán a revisar estas recomendaciones y los grupos diana”, apostilla Domingo.

### “El principal factor de riesgo es la edad”

#### El virus

Congestión nasal, moqueo, tos... La bronquiolitis comienza como un resfriado común, pero en lactantes pueden evolucionar con tos persistente, irritabilidad y rechazo de la alimentación, dificultad respiratoria (respiración rápida, “pitos”, quejido, vómitos y fiebre): es imprescindible que los familiares sepan reconocer estos síntomas de gravedad para acudir a su pediatra y enfermera.

“Cada año en nuestro puesto de trabajo vemos como una madre traer a su hijo con una pequeña preocupación porque el niño está resfriado y de forma impredecible pasa a un estado grave”, expuso Alejandro García, vocal de Anenvac y director de enfermería de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud, durante una jornada *online* celebrada por Anenvac. “El principal factor de riesgo es la edad. Pero, es que el VRS genera patología aguda pero también genera enfermedad a lo largo de la vida”, añade.

“Cuando una familia llegaba con bronquiolitis causada por el VRS genera frustración, tanto a la familia como

a los sanitarios que atendemos al pequeño, porque no existe un tratamiento específico. Desgraciadamente, el único tratamiento aceptado es el sintomático: manejo de secreciones, oxigenoterapia, hidratación y nutrición adecuadas. Hay controversia sobre uso de otras medidas como fisioterapia, corticoides, broncodilatadores...”, resalta García.

Además, este virus es imprevisible, “pero ahora contamos con una gran herramienta y, por tanto, los profesionales debemos aprovechar para formarnos y dar información a las familias para que estén concienciados”, apostilla.

Afecta principalmente a niños, pero también la pueden padecer las personas adultas. Y la forma de contagiarse es a través de la saliva y de la mucosidad de las personas infectadas, aerosoles o gotitas que se producen al respirar, toser, estornudar, al tocar superficies u objetos en los que el VRS puede quedarse durante horas —chupetes, juguetes...— y tocar posteriormente la boca, la nariz o los ojos.

### Enfermeras

Como ha ocurrido en otras campañas de vacunación e inmunización previas, las enfermeras van a capitanear esta labor. “Van a ser las ‘manos ejecutoras’ de la administración del anticuerpo monoclonal. Pero también vamos a ser las personas que debemos informar y desvelar dudas a los padres y ciudadanos con interrogantes de todo tipo. La captación activa y rápida para la administración del anticuerpo es fundamental para frenar al VRS y evitar las bronquiolitis como una herramienta segura”, resalta la secretaria de Anenvac.







## Nueva campaña de vacunación antigripal pediátrica

# El reto enfermero de inmunizar 1,5 millones de menores de 5 años

ALICIA ALMENDROS. Madrid

La gripe es una amenaza constante. Una enfermedad que no está exenta de complicaciones ni en adultos ni en niños. Se estima que en España fallecen al año entre 1.500 y 6.000 personas de esta enfermedad. Este año, como novedad, la vacuna antigripal se extenderá por primera vez en toda España a niños sanos de entre seis meses y hasta los cinco años de edad. “Hay que recordar que los pequeños de la casa también se contagian y, cuando lo hacen, son los principales transmisores de la gripe en colegios y escuelas infantiles contagiando a su vez a las personas vulnerables de su entorno”, argumentados Pilar Fernández, directora del Instituto Superior de Formación Sanitario (ISFOS) durante la jornada sobre “Vacunación antigripal pediátrica”, celebrada por ISFOS del Consejo General de Enfermería (CGE), con la colaboración de AstraZeneca.

“Aunque el foco mediático ha estado en otra infección en los últimos años, los enfermeros y las enfermeras sabemos que la gripe es una amenaza constante y, sobre todo, es una patología que no está exenta de complicaciones”, recordaba Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería.

El año pasado, esta vacunación en niños se llevó a cabo

“La gripe es una amenaza constante”

sólo en tres comunidades autónomas: Andalucía, Galicia y Murcia, con unas coberturas vacunales muy buenas. Jaime Jesús Pérez, subdirector general de Salud Pública de Murcia, relataba durante la conferencia de clausura de la jornada cómo resultó la experiencia en esa comunidad: “Fue muy buena. Conseguimos una cobertura de prácticamente de un 45% pero lo más importante es que tuvimos una repercusión muy alta en la incidencia de la enfermedad ya que en menores de 5 años se redujo drásticamente hasta el punto de que en la segunda parte de la epidemia de gripe del año pasado prácticamente no tuvimos casos en este grupo de edad. Esto es uno de los mayores logros”. Además, en Murcia “llevamos a cabo una experiencia piloto de vacunación en colegios que nos llevó a una cobertura de un 60% en niños de 3 y 4 años que se vacunaron en los colegios; y esto nos ha llevado este año a ir a vacunar a los pequeños hasta las aulas como hacen en países de Reino Unido, por ejemplo”, añadía.

### Carga asistencial

En las campañas de vacunación las enfermeras son las grandes protagonistas. “So-





mos clave en una operación de prevención y de cuidado de la salud colectivo sin precedentes como la operación en campaña de vacunación COVID o en la más reciente de inmunización frente al VRS. Destacaría el compromiso de las enfermeras en este acto, como agente de salud integrador, comprometido y fiable”, recalcaba Almudena Santano, directora de enfermería del Hospital Puerta de Hierro de Madrid, durante la moderación de la mesa de debate “Carga de la enfermedad de la gripe pediátrica”.

La gripe causa una importante carga de enfermedad a nivel poblacional y específicamente en la población infantil. Y es la enfermedad infecciosa inmunoprevenible de mayor incidencia en edades pediátricas. “La población infantil sufre cada año las mayores tasas de ataque por gripe estacional que cualquier otro grupo de edad y puede llegar a ser globalmente de hasta un 45%”, comentaba

Emilio Velasco, enfermero y subdirector de gestión de cuidados y enfermería sanitaria en el área IV de Oviedo. “Los menores de 2 años son el grupo de edad con mayor tasa de hospitalización por gripe, en algunas temporadas similar e incluso superior a los mayores de 64 años y a diferencia de los adultos, en los niños hasta el 70% de los ingresos son menores sanos”, añadía.

### “La campaña del año pasado en Murcia fue un éxito”

Y, además, los pequeños de la casa tienen un papel importante en la transmisión del virus, “ya que el inicio del brote epidémico de la gripe en la infancia precede en algunas semanas al brote en los adultos, teniendo la población infantil un papel pri-

mordial en la expansión de la enfermedad y la transmisión a otros niños en su entorno escolar, a sus familias y al resto de la población”, resaltaba Velasco.

### Vacunas

Actualmente existen dos tipos de vacuna antigripal para niños en España: la inyectable inactivada que se administra mediante una inyección intramuscular en el muslo o brazo, según la edad del niño. Y la intranasal, con la que se administra 0,1 ml en cada fosa nasal al pequeño.

“La intranasal está recomendada para niños a partir de 2 años de edad y la inyectada se puede aplicar a partir de los seis meses de edad. Aunque para nosotros la preferencial sería la intranasal, lo importante es que se vacunen, porque, aunque la mortalidad en niños es menor, todos los años mueren 20 o 30 niños de gripe y sus complicaciones”, advertía Francisco Álvarez, pe-



diatra en Llanera (Asturias) y miembro del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría de Asturias. “Los efectos secundarios de ambas vacunas son leves: la inyectada puede producir febrícula, malestar y dolor muscular durante 48 o 72 horas y la intranasal puede provocar febrícula, aunque es raro y, sobre todo, prurito o incomodidad nasal”, apostillaba.

Las instituciones sanitarias, los medios de comunicación y los profesionales sanitarios deben implicarse activamente en la difusión de la importancia de la vacunación para obtener unas buenas coberturas vacunales. “Todavía es una asignatura pendiente, sobre todo entre los sanitarios que debemos concienciarnos de los beneficios que aporta una buena cobertura a nuestros pacientes y a la población en general”, comentaba Andión Goñi, directora de enfermería del Hospital 12 de Octubre de Madrid, durante la moderación de la mesa redonda “Cómo obtener unas buenas coberturas vacunales en vacunación antigripal”.

Por su parte, Sonia López Palacios, directora asistencial del área centro de la Comunidad de Madrid resaltaba los tres niveles de actuación sobre “los que tenemos que poner el foco para mejorar las coberturas vacunales en la población infantil, los profesionales sanitarios que ejercen un papel clave con las familias, por otro lado las propias familias a las que hay que informar de forma clara y contundente de que la vacunación es una medida eficaz para prevenir la enfermedad y graves complicaciones, y por último la sociedad precisa también de información a través de campañas divulgativas fiables



en distintos medios, incluidas las redes sociales.

“Con la vacunación antigripal pediátrica estamos ante una vacuna nueva en el calendario y la labor de los profesionales sanitarios, especialmente de las enfermeras y enfermeros, es fundamental para que este reto pueda tener éxito y conseguir una cober-

### “El inicio del brote epidémico en niños precede al de los adultos”

tura adecuada”, recordaba Joaquín Coloma, enfermero director técnico del Centro de

Vacunación de la Comunidad de Madrid.

### Liderazgo enfermero

José Antonio Forcada, presidente de la Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas (Anenvac), ha argumentado en la conferencia de clausura que “las enfermeras somos las que desarrollamos los programas de vacunación y, por tanto, se debería de tener en cuenta nuestra experiencia y conocimiento en los centros de Atención Primaria donde se está vacunando, pero también en los centros donde se gestionan y se toman decisiones”.

En definitiva, el consejo y la educación a la población por parte de las enfermeras determina en gran medida el éxito de la intervención.



# Los errores de medicación, un reto europeo para la seguridad del paciente

GEMA ROMERO. Madrid

Más de 80 millones de personas en Europa han sufrido un error grave de medicación durante la hospitalización. Mejorar la seguridad de los medicamentos en los hospitales, que los pacientes estén informados sobre la seguridad de los medicamentos y sepan cómo informar de un error de medicación no intencionado cuando ocurra ha sido el objetivo del webinar que han organizado la Asociación Europea de Gestión Sanitaria (EHMA), la Asociación Europea de Farmacéuticos Hospitalarios (EAHP) y la Fundación Europea para la Seguridad del Paciente (EUPSF), con motivo del Día Mundial de la Seguridad del Paciente celebrado el 17 de septiembre.

Bajo el título “Involucrar a los pacientes en la seguridad del paciente: educar e informar

sobre el daño de los medicamentos en los hospitales” han analizado las ventajas de capacitar a los pacientes para mejorar la seguridad de los medicamentos en los hospitales.

## Los pacientes son una línea de seguridad más

Tal y como señalaba Andrés Süle, presidente de la Asociación Europea de Farmacéuticos Hospitalarios (EAHP) y moderador del webinar, “el acceso a medicamentos seguros, de calidad y asequibles, así como su correcta administración y uso, es fundamental para el tratamiento y la segu-

ridad del paciente. Sin embargo, los daños causados por el tratamiento con fármacos, incluidos los resultantes de la escasez de medicamentos, en los hospitales son comunes. 80 millones de personas en Europa afirman haber sufrido un error grave de medicación durante la hospitalización. De hecho, la notificación de errores sigue siendo una de las estrategias más efectivas para mejorar la seguridad del paciente frente al daño de los medicamentos, de ahí la importancia de formar a los pacientes”, destacaba.

## Protagonismo español

En la sesión, que ha tenido un gran protagonismo español,



interventía Elisabeth García Hernández, madre una bebé prematura que falleció después de recibir durante tres días una medicación que no tenía pauta. Elisabeth, quien en todo momento ha reconocido que se “sintieron muy arropados” por todo el equipo que trató a su hija. “Independiente de lo que ocurrió, durante y después, el cuidado fue excepcional”, insistía.

Su caso, en el que hubo más víctimas, ha sido muy largo y complejo. La conclusión a la que llegó el hospital es que el error de medicación se produjo porque el fármaco, un anestésico, tenía el mismo

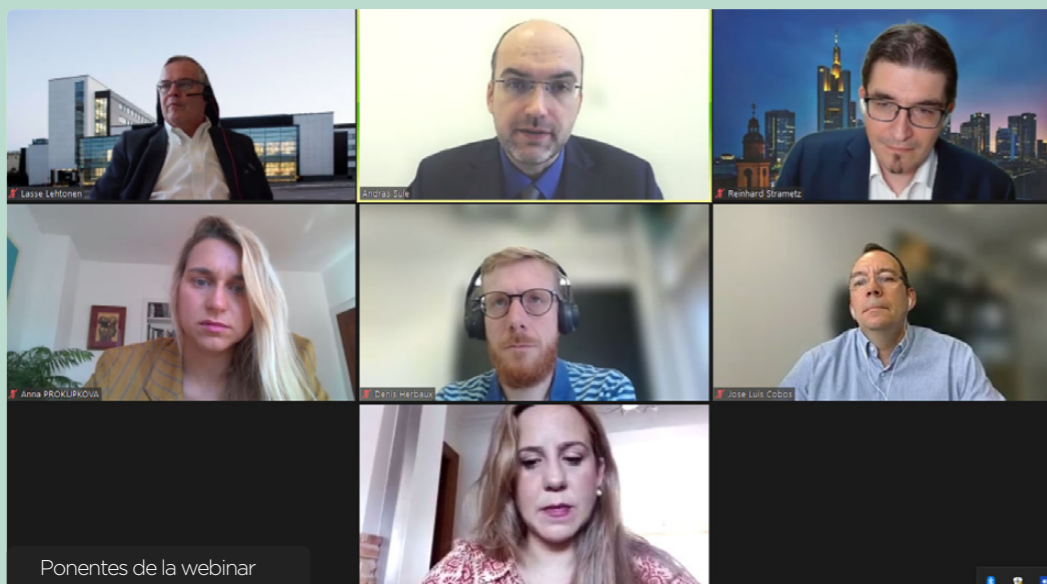
aspecto tanto en el líquido como en el frasco que el suero que debían emplear, si bien no han llegado a saber cómo ese medicamento, que no es habitual en neonatos, acabó en la UCI neonatal.

## Se deben notificar todos los errores, con y sin daño

“En todo momento lo que nos ha llevado a reclamar es que se apliquen medidas que

eviten estos daños. Se deben poner mecanismos de seguridad que eviten hechos como estos, pues eran errores evitables. Nos reconforta pensar que nuestro caso puede ayudar a evitar estos errores de medicación. La pérdida de nuestra hija nos rompió a todos los niveles, ha habido que reconstruirse y ha sido muy doloroso, es algo que no se supera, vives con el miedo, pero queremos honrar su memoria contando su caso para evitar que otros tengan que pasar por ello”, recalca.

Por su parte José Luis Cobos, vicepresidente III del Consejo General de Enferme-



Ponentes de la webinar



ría, señalaba que, “el testimonio de Elisabeth ha sido muy duro, pero también lo es para las enfermeras. Son las profesionales más numerosas del sistema sanitario e intervienen en la administración de fármacos. Están a final de la cadena, de todo el proceso”.

Así, compartía el caso de una enfermera que cometió un error con la medicación, también con un bebé: le administró nutrición enteral por vía parenteral. “El bebé falleció, la enfermera se equivocó, fue su error, pero también era evitable: quizá la enfermera no tenía suficiente experiencia para trabajar en esa unidad, no estaba bien identificada la vía de administración, el sistema de conexión de ambas administraciones era el mismo... como resultado de su error la enfermera sufrió una depresión severa durante mucho tiempo y finalmente se suicidó”.

## Recopilar toda la información es vital para mejorar

Como insistía el también miembro de la junta directiva del Consejo Internacional de Enfermeras, “ambos testimonios son duros, pero debemos aprender de ellos”. Así, subrayaba que es preciso contar con buenas herramientas para comunicar cualquier fallo. “En Europa tenemos un sistema de notificación de errores de medicación, que puede ser consultado *online*. Sin embargo, debemos seguir insistiendo a los profesionales para que, si comenten un error, sobre todo si no ha tenido con-

secuencias, también deben comunicarlos”, sin temer la sanción. “Sólo si los comunicamos seremos capaces de corregirlos”.

Entre las medidas que ha propuesto se incluyen: convencer a empleadores y responsables de que la comunicación mejora la gestión, analizar caso por caso para detectar dónde ha podido estar el error e implementar medidas que lo corrijan en el futuro, incorporar medidas positivas, como formación y actualización de conocimientos de los profesionales, además, los fabricantes también han de tener en cuenta la isoperiencia en formas y colores para evitar estos errores.

## Involucrar a los pacientes

Sobre los pacientes, Cobos subrayaba que hay que ser conscientes de que ellos también intervienen en el proceso de medicación. “Si no contamos con ellos no podremos solucionar el problema e implementar acciones que mejoren la seguridad del paciente”.

De la misma opinión era Sandra Buttigieg, presidenta de EHMA, quien añadía que los pacientes son personas, no son números, no son datos, son personas que deben defender sus derechos. Hay que involucrar a los pacientes y respetarse unos a otros, el lugar que cada uno ocupa y las aportaciones que realizan”, incidía.

Por su parte Lasse Lehtonen, miembro del Comité Asesor Científico de EHMA, Hospital Universitario de Helsinki, Finlandia, detallaba que “recopilar la información de los errores es fundamental para mejorar y crear hay una cultura de la seguridad. Im-



## Seguridad del paciente

El 17 de septiembre es el día elegido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para conmemorar el día mundial de la Seguridad del Paciente. Para este año, el tema elegido ha sido “¡Demos voz a los pacientes!”, por el que pide a todas las partes interesadas que adopten las medidas necesarias para garantizar la implicación de los pacientes en la formulación de políticas, su representación en las estructuras de gobernanza y su participación en el diseño conjunto de estrategias de seguridad, así como que adopten un papel activo en los cuidados que reciben. El Consejo General de Enfermería, se unía a esta iniciativa de la OMS, y solicitaba a las autoridades sanitarias nacionales y autonómicas que se implique a los pacientes en todas las políticas y estrategias relacionadas con su seguridad.

Tal y como sostenía Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería, “estamos hartos de escuchar que se debe poner al paciente en el centro del sistema y, sin embargo, realmente seguimos actuando con la idea de hacerlo todo por el paciente, pero sin el paciente. En pleno siglo XXI ya es hora de cambiar esta concepción arcaica y para ello es preciso ir más allá de los mecanismos actuales de participación de las asociaciones de pacientes en la toma de decisiones políticas y lograr que su intervención influya de verdad en todos los entornos y a todos los niveles de la atención de la salud con miras a mejorar la seguridad de la atención que se presta a los ciudadanos”.

plicar a los pacientes es clave para mejorar. Además, cuando se implementan acciones estas deben basarse en la evidencia, saber qué ha funcionado, analizarlo, testarlo, hay que planearlos cuidadosamente para lograr los resultados que queremos”, a su juicio “este es el camino para mejorar la cultura de la seguridad en los hospitales”.

Para Reinhard Strametz, director del Instituto Wiesbaden de Economía de la Atención Médica y Seguridad del Paciente (WiHelP) (Alemania) el involucrar a los pacientes, empoderarlos, “supone añadir una nueva línea de defensa en la seguridad. Les fortalece y les otorga una responsabilidad dentro de su propio proceso, pero para ello hay que formarlos e informarlos al respecto”.

Así, añadía que contar con los pacientes “promueve la transparencia, si comprenden los efectos adversos pueden observarlos y noticiarlos, lo que permite conocer mejor los incidentes y también le da una perspectiva más humana a las consecuencias de los errores”.

Finalmente, Anna Prokukova, asesora en Política de Salud y Medio Ambiente, del Grupo Parlamentario de la Alianza Libre Europea destacaba que la directiva europea sobre farmacovigilancia —de obligado cumplimiento en todos los Estados miembros— obliga a incluir a los pacientes en todos los aspectos relacionados con el proceso de medicación, de notificación de efectos adversos... “Legalmente es algo que se puede exigir a nivel nacional, es una obligación impuesta en la directiva, y eso es más efectivo que sólo incluirlo en estrategias o resoluciones, es una obligación legal con impacto en el sistema sanitario”, concluía.





# Santiago, Lugo y Ourense cierran el paso de la “Ruta Enfermera” por Galicia

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

La “Ruta Enfermera” continúa su paso por España y acaba de finalizar su periplo por Galicia. En esta última quincena ha pasado por Santiago

de Compostela, Lugo y Ourense. Tres nuevas ciudades en las que miles de ciudadanos han conocido de cerca más sobre la profesión.

En este mes de octubre continuará por Castilla y León, cuyas primeras paradas serán León y Salamanca, para seguir por Valladolid, Segovia y Ávila



Santiago de Compostela - Éxito de participación en Santiago de Compostela



Lugo - Autoridades durante la inauguración de la ruta en la ciudad



Ourense - El actor Rubén Riós apadrinó la llegada del tráiler



Santiago de Compostela - El Parque de la Alameda acogió la ruta



Lugo - Más de 500 personas asistieron a las charlas



Ourense - Las enfermeras del tráiler explican sus funciones



## PRÓXIMAS PARADAS

CIUDAD	FECHAS
Zamora (Avenida Requejo, 4)	5, 6 y 9 de octubre
Salamanca (Plaza de la Concordia)	10, 11 y 16 de octubre





# Un estudio mide la ansiedad de los profesionales ante la movilidad laboral

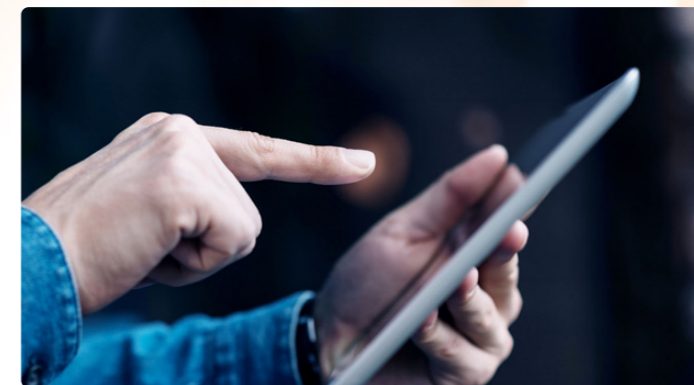
ALICIA ALMENDROS. Madrid

¿Un cambio de servicio clínico o de centro genera estrés a las enfermeras? Con el objetivo de analizar el nivel de estrés en las enfermeras ante contextos clínicos no experimentados previamente, la Universidad de Huelva y el Instituto de Investigación Enfermera del Consejo General de Enfermería (CGE) han puesto en marcha un estudio científico que arrojará luz en este campo.

La mayoría de los trabajadores, cuando se incorporan a su puesto, sufren lo que se denomina “choque de realidad ambiental”, que consiste en la discrepancia entre las expectativas creadas antes y las percepciones una vez incorporados a la organización.

## Transición difícil

Estudios actuales han demostrado que las enfermeras graduadas siguen experimentando una transición difícil desde las Facultades de Enfermería hasta la práctica profesional, y a menudo experimentan un fenómeno conocido como shock de transición, caracterizado por situaciones de estrés y ansiedad. Lo mismo ocurre con enfermeras que tienen una larga trayectoria y tienen que cambiar de unidad o centro de trabajo “Por eso, con este estudio queremos evaluar cómo gestionan este miedo y estrés en el entorno laboral, para dotarles de las herramientas necesarias para afrontarlo, preser-



vando su salud mental y de este modo prestar unos cuidados de calidad”, aseguran los investigadores del estudio.

## Están expuestas a condiciones laborales difíciles

Cuando las enfermeras sufren cualquier cambio laboral, “se enfrentan a un mundo de emociones estresantes relacionado con la responsabilidad de tener que prestar unos cuidados de calidad en un entorno de trabajo desconocido, donde se espera que demuestren competencias como una enfermera experta”, añaden.

## Condiciones laborales exigentes

A este hecho habría que sumarle que las enfermeras se

encuentran expuestas a condiciones laborales exigentes como pueden ser la escasez de personal, las cargas excesivas de trabajo, los trabajos nocturnos, los largos turnos de trabajo, un elevado número de horas trabajadas a la semana, una alta frecuencia en cambios de servicio y una elevada carga psicológica debida al manejo de situaciones de carácter crítico, entre otras. “Además, no hay que olvidar que España sufre un déficit crónico de enfermeras que pone en peligro el sistema sanitario y el bienestar de una sociedad cada vez más envejecida y aquejada de enfermedades crónicas, unos ciudadanos con una creciente necesidad de cuidados”, apostilla Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería.

 **MÁS INFORMACIÓN**

Participa en el estudio AQUÍ





## Medicamentos peligrosos

# Nueve de cada diez centros no analiza las superficies donde se preparan

GEMA ROMERO. Madrid

En octubre de 2021 el Consejo General de Enfermería editaba la *Guía para la monitorización de superficies con medicamentos peligrosos* con las principales recomendaciones para controlar la presencia de sustancias peligrosas para la salud de profesionales y pacientes en las superficies donde se preparan o administran estos fármacos. Posteriormente, se inició un estudio de investigación sobre el riesgo de contaminación de estas zonas

y para conocer si los centros cuentan con algún procedimiento de monitorización de superficies. Sus resultados son muy concluyentes: el 89% de los centros no realiza ningún procedimiento de monitori-

**Deberían tener protocolos de detección**

zación de superficies de medicamentos peligrosos.

“Los datos del estudio demuestran que todavía falta mucho camino por recorrer, pues puede haber restos de estos medicamentos en las áreas o superficies donde se reciben, transportan, preparan, administran y desechan los medicamentos peligrosos y eso no se controla, no se gestiona ni analiza si están contaminados o hay que establecer protocolos específicos de descontaminación y limpieza”, explica Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería.

Como señala Pérez Raya “las enfermeras deben contar con la mayor protección individual durante la manipulación de medicamentos peligrosos, garantizando a la vez unos adecuados cuidados al paciente y, además, han de estar informadas y formadas sobre los riesgos asociados a la actividad que realizan, tomando las medidas necesarias para evitar peligros para su propia salud, y eso exige con-



tar también con protocolos para la monitorización de las superficies. Desde el Consejo General de Enfermería ya hemos definido cómo han de ser esos **procedimientos**, qué medicamentos deben controlarse y en qué zonas. Sólo falta que los responsables de los centros sanitarios y las administraciones públicas se decidan a apostar por la salud y seguridad de enfermeras y pacientes e implanten sus protocolos específicos”, concluye.

## Toxicidad

Así, recuerda que “los medicamentos peligrosos contienen algún principio activo cuya toxicidad representa un riesgo para la salud de quien lo manipula. Los más conocidos son la quimioterapia o los inmunosupresores para evitar el rechazo en trasplantes, pero hay muchos más: antivirales, antiepilépticos, incluso en artritis reumatoide o para el tratamiento de embarazos ectópicos.

“No olvidemos que estos fármacos pueden provocar cáncer, mutaciones o afectar a la capacidad reproductiva de quienes los manipulan. Además, se ha demostrado que el riesgo de exposición se produce tanto en la fase de preparación como en la de administración, por lo que se deben establecer procedimientos que aseguren la menor exposición

posible en ambas fases”, subraya José Luis Cobos, vicepresidente del CGE.

Además, y aunque “en la mayoría de los casos estos fármacos se emplean en ámbitos sanitarios —añade Pérez Raya— hay que tener en cuenta que también se pueden usar en el ámbito doméstico, en hospitalización domiciliaria, de los

**Se usan en el hospital pero también en los hogares**

pacientes crónicos adultos y pediátricos, de pacientes trasplantados, oncológicos... De ahí que estos protocolos también son fundamentales para la población”, añade el presidente de las 330.000 enfermeras españolas. De hecho, desde el CGE también se editó una infografía destinada a la ciudadanía explicando cómo realizar un **manejo seguro de estos medicamentos en el domicilio**.

## Sin procedimientos

Sin embargo, estos procedimientos no existen en los centros sanitarios. Según el **estudio** realizado en colaboración con el Instituto de Investigación Enfermera, en el

89% de los centros no realiza ningún procedimiento de monitorización de superficies de medicamentos peligrosos, un 85% no evalúa los riesgos de contaminación de las superficies y sólo el 55% cuenta con un protocolo de actuación en caso de exposición accidental y/o derrame de medicamentos peligrosos.

Como explica Tamara Domingo, enfermera y coordinadora del estudio, “para obtener estos datos hemos contado con la colaboración de supervisoras de unidad, enfermeras asistenciales y enfermeras especialistas en Enfermería del Trabajo de casi toda España, y especialmente de servicios especiales —cuidados intensivos o reanimación, quirófano, área quirúrgica, unidad de diálisis, urgencias; urgencias pediátricas, hospitalización y radiología— y hospital de día, ya sea oncológico o quirúrgico”.

## Otras conclusiones

Entre sus conclusiones señalan que las provincias donde tienen un protocolo de actuación por exposición accidental y/o derrames de medicamentos peligrosos, o realizan algún tipo de evaluación de riesgo de contaminación de superficies son Madrid, Girona, Valladolid y Málaga con 7 enfermeras, de las cuales 4 son de hospital de día.





## Ruta Enfermera 2023

# Una enfermera da las claves de la práctica de ejercicio de forma saludable

IRENE BALLESTEROS. Gijón

En una de las poblaciones con mayor índice de envejecimiento de toda España, como es la asturiana, la práctica de ejercicio físico se hace indispensable para mantener un correcto estado de salud. Sin embargo, ¿sabemos los españoles practicar ejercicio físico de forma saludable? Una enfermera de Gijón nos da las claves en una de las charlas formativas impartidas por el Colegio de Enfermería del Principado de Asturias (Codepa) durante la campaña "Ruta Enfermera". "Consideramos muy importante la práctica del deporte, pero practicado con seguridad.

La alimentación es un pilar básico

Un exceso de deporte puede ser nefasto para la salud, tan malo es no practicarlo como hacerlo en exceso", afirma Laura López Roldán, enfermera en el Centro de Medicina Deportiva del Patronato Deportivo Municipal de Gijón, en Asturias.

### Análisis

Lo cierto es que a la hora de hacer ejercicio no todo vale, menos incluso si queremos hacerlo de forma saludable. Practicar el deporte más acorde a nuestra forma física o mantener un estilo de vida saludable son algunas de las claves para hacer esta actividad con precaución. "Lo primero que hay que hacer es un reconocimiento médico-deportivo en el que nos digan el estado físico en el que nos encontramos para poder

## Un exceso de deporte puede ser perjudicial

determinar qué tipo de deporte es el más adecuado a nuestro estado físico. Porque en ocasiones podemos escoger un determinado deporte que nos perjudique más que beneficiarnos, pero con ese reconocimiento seleccionaremos actividades más acordes a nuestra condición física", sigue esta enfermera.

### Promoción para la salud

Orientar, educar y transmitir hábitos de vida saludables son algunas de las acciones enfermeras que ayudan a tener un contacto sano con el deporte. "Oriento intentando que tengan unos hábitos saludables, una alimentación correcta, contestando a todas las dudas que me transmitan, que me digan cuántas horas duermen y ver si realmente lo están haciendo bien, si se alimentan de forma adecuada o si se hidratan. Las enfermeras les orientamos para que esos hábitos sean lo más saludables posibles", concluye López Roldán.



# Una consulta enfermera para pacientes con enfermedades digestivas

ÁNGEL M. GREGORIS. Cáceres

Marisa Lozano es la enfermera de la Consulta de Enfermería del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Cáceres. Entre muchas, su principal función es prestar una atención sanitaria de calidad a los pacientes de una manera integral, continuada y dentro de un equipo multidisciplinar. "Principalmente, mi función como enfermera va encaminada a dar educación para la salud al paciente y prestarle esa atención de apoyo emocional, que los profesionales de enfermería somos los que mejor lo hacemos, más allá de la patología propiamente dicha", afirma.

Por esta consulta pasan pacientes con diferentes patologías digestivas. El grueso de la atención es para pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, con un diagnóstico de Crohn o de colitis ulcerosa. "Atendemos a más de mil pacientes que requieren de una consulta específica por la complejidad que tiene la enfermedad. Nos encontramos con un paciente joven y una enfermedad crónica de causa desconocida, pero con una clara base autoinmune. Los pacientes pueden hacer vida normal, pero tienen periodos de brote, que les pueden comprometer su vida diaria.

Nosotros damos las pautas para conseguir mejorar su calidad de vida en estos momentos", apunta Lozano.

"Esencial para llevar bien la patología crónica"

### Diagnóstico

Desde el diagnóstico es cuando la enfermera se pone manos a la obra para ayudar a los pacientes. "Lo primero es una consulta de acogida con el paciente tras el diagnóstico. Esta es una de las consultas más

importantes porque es cuando vas a explicar lo que significa esta patología, cuáles son las causas y cómo vamos a tratarla. De esta consulta depende que el paciente haga bien las cosas o no", puntualiza.

Asimismo, expone que estos pacientes pasan por muchos tipos de tratamiento y algunos de ellos tienen que inyectárselos directamente. "Yo soy quien les enseño cómo pincharse la medicación. También hacemos una atención directa cuando lo necesitan porque les ha iniciado un brote", apunta.

### Celiacos

En la actualidad están empezando a incorporar también los cuidados a las personas celiacas. "Estamos trabajando para que, una vez que ese paciente esté estabilizado, haya aprendido a hacer su dieta adecuadamente y tenga anticuerpos negativos en la analítica, pase a ser un paciente de la consulta de enfermería. Trabajaríamos la adherencia a una dieta sin gluten. Estamos valorando un control durante unos dos años y, posteriormente, ir haciendo informes de derivación a Atención Primaria para que lleven a ese paciente controlado", concluye la enfermera.





Carolyn Whelan subdirectora de Enfermería, Educación y Desarrollo profesional del Grupo hospitalario UPMC Irlanda

## “Las enfermeras españolas tienen muy buenas habilidades clínicas”

D. RUIPÉREZ. Madrid

¿Cómo perciben en Irlanda a las enfermeras españolas que van allí a formarse y a trabajar? ¿Cómo ha afectado el Brexit? ¿Cómo es allí la prescripción enfermera? Hablamos con Carolyn Whelan, subdirectora de Enfermería, Educación y Desarrollo profesional del Grupo hospitalario UPMC Irlanda.

**En estos 20 años has formado a muchas enfermeras españolas, ¿cómo consideras su nivel de formación? ¿cómo percibes sus competencias profesionales?**

He trabajado con enfermeras españolas en Irlanda y en mi experiencia son muy diligentes. Siguen muy bien las políticas y los procedimientos. Poseen una fuerte relación, obviamente gracias a su for-

mación académica, con la ciencia, así como con la práctica basada en la evidencia. Por tanto, las enfermeras con las que he trabajado tienen un profundo entendimiento de las ciencias aplicadas a la enfermería, además de buenas habilidades clínicas, y eso es muy bienvenido en el sistema de salud irlandés.

**“Los pacientes agradecen este abordaje”**

**¿Qué otras cualidades destacarías de las enfermeras españolas?**

Definitivamente, la cultura española tiene una influencia en su práctica enfermera. En Irlanda nosotros intentamos

brindar una atención centrada en la persona. La cultura española está fuertemente influenciada por la familia y la comunidad y eso ciertamente se observa en su práctica enfermera y en cómo prestan los cuidados enfermeros. Como decía, los pacientes agradecen este abordaje, el abordaje centrado en la persona.

**En cuanto a la adaptación profesional al sistema sanitario irlandés que es diferente al español, ¿has identificado alguna dificultad características a las que se enfrentan las enfermeras españolas?**

Creo que quizás existen diferencias menores en las vías que seguimos en el cuidado enfermero. Podríamos hablar de diferencias en la valoración de enfermería, pero en realidad esto se produce solo en los nombres, en cómo nos referimos a las cosas. En la práctica enfermera, en un hospital español o en un hospital irlandés, cuando estás pie de cama el cuidado enfermero gira en torno al paciente. Pienso que lo que puede ser diferente son sólo las vías clínicas o los nombres de las diferentes aplicaciones, como por ejemplo el sistema Early Warning Score y su significado, y esto es lo que requiere un tiempo de aprendizaje para las enfermeras, inclu-

yendo a las enfermeras españolas. Pero pienso que el cuidado enfermero se traduce muy bien a pie de cama.

Probablemente ambos sistemas sanitarios, el irlandés y el español, han sufrido dificultades en los últimos años por mantener unas cifras y una dotación de personal aceptables, así que ambos han experimentado lo mismo.

**A raíz del Brexit, ¿habéis notado un éxodo de enfermeras de Reino Unido a Irlanda?**

Es una pregunta interesante y es un momento interesante con el Brexit. En 2017, el 17% de las enfermeras en Reino Unido eran españolas y desde el Brexit esos números se están reduciendo significativamente. Así que efectivamente, como dices, el número de enfermeras españolas en Reino Unido se está reduciendo. Pienso que posiblemente es porque no está claro el itinerario de sus beneficios en sanidad. También puede ser difícil, para las enfermeras de la UE, el acceso a facilidades para sus estudios de grado y postgrado, por lo que han de afrontar el pago de tasas completas.

**En España por fin se está desarrollando la prescripción de medicamento por parte de las enfermeras, ¿cómo funciona el sistema en Irlanda?**

El Departamento de Salud presentó una propuesta para el registro de enfermeras para prescribir, previamente a eso prescribían los médicos, los dentistas, el Consejo de Enfermería Irlandés, estableció un itinerario claro para registrar las enfermeras para conseguir sus derechos de prescripción. Por tanto, un requisito necesario es



Carolyn Whelan

la obtención de nivel 9 académico (NFQ. Nivel 7 EQF) en la especialidad o área clínica elegida, por ejemplo, puede ser oncología o también medicina del dolor... y entonces también completar una formación en valoración del paciente. Para completar dicha formación, han de identificar a un médico especializado que siga y guíe su

**“En Irlanda hay un gran apoyo a la prescripción”**

práctica. Estos realizarán un seguimiento durante sus estudios y su prescripción, y cuando se registran en el NMBI se mantendrán vinculados a ese médico que audite su actividad como prescriptora. En el pasado se habló de identificar medicinas que podían ser prescritas, pero hoy se habla más del ám-

bito profesional de la enfermera prescriptora, basado en su área experiencia. El NMBI posee un algoritmo muy claro para el ámbito profesional de enfermería. Es un diagrama de flujo que permite a la enfermera prescriptora identificar aquellas áreas y prácticas que están fuera de su ámbito profesional. Hay también 10 guías prácticas para enfermeras prescriptoras, guías muy claras que permite a las enfermeras prescriptoras prescribir medicinas para sus pacientes, pero también les ayuda a detectar aquellos pacientes que están fuera de su ámbito, así como medicinas que no están autorizadas en Irlanda, por lo que también se encuentran fuera de su ámbito. Por tanto, hay un gran apoyo a la prescripción enfermera, tanto desde los compañeros médicos como también desde el NMBI, lo que permite desarrollar su práctica, así como mantener una práctica segura.





# Ya puedes suscribirte a la revista INR en español a un precio reducido

A. ALMENDROS. Madrid

*International Nursing Review* publica contribuciones científicas en el campo de la enfermería y la versión en español ofrece a las enfermeras el privilegio de acceder a la [revista INR](#) y a la literatura científica en su lengua materna a las enfermeras españolas y de cualquier país hispanohablante.

El Consejo General de Enfermería dentro de su Plan de Apoyo a la Investigación Enfermera ha establecido una subvención sobre el precio de la revista científica del

Consejo Internacional de Enfermeras *International Nursing Review* (INR) en

**El precio reducido se queda en 50 euros**

inglés, —que cuesta 518 euros la suscripción institucional y 138 euros la individual—, reduciendo el precio

final de la suscripción anual en su versión en español a sólo 50 euros, independientemente de que se suscriba una institución o un particular.

La edición española de la prestigiosa revista científica INR es un importante proyecto del Consejo General de Enfermería y su Instituto Español de Investigación Enfermera para contribuir al avance de la investigación en enfermería en España y Latinoamérica.

**SUSCRÍBETE A LA REVISTA AQUÍ.**

## 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	<b>42,68 €</b>
De 55 a 64 años	<b>56,54 €</b>
65 años o más	<b>91,21 €</b>
	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](mailto: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.



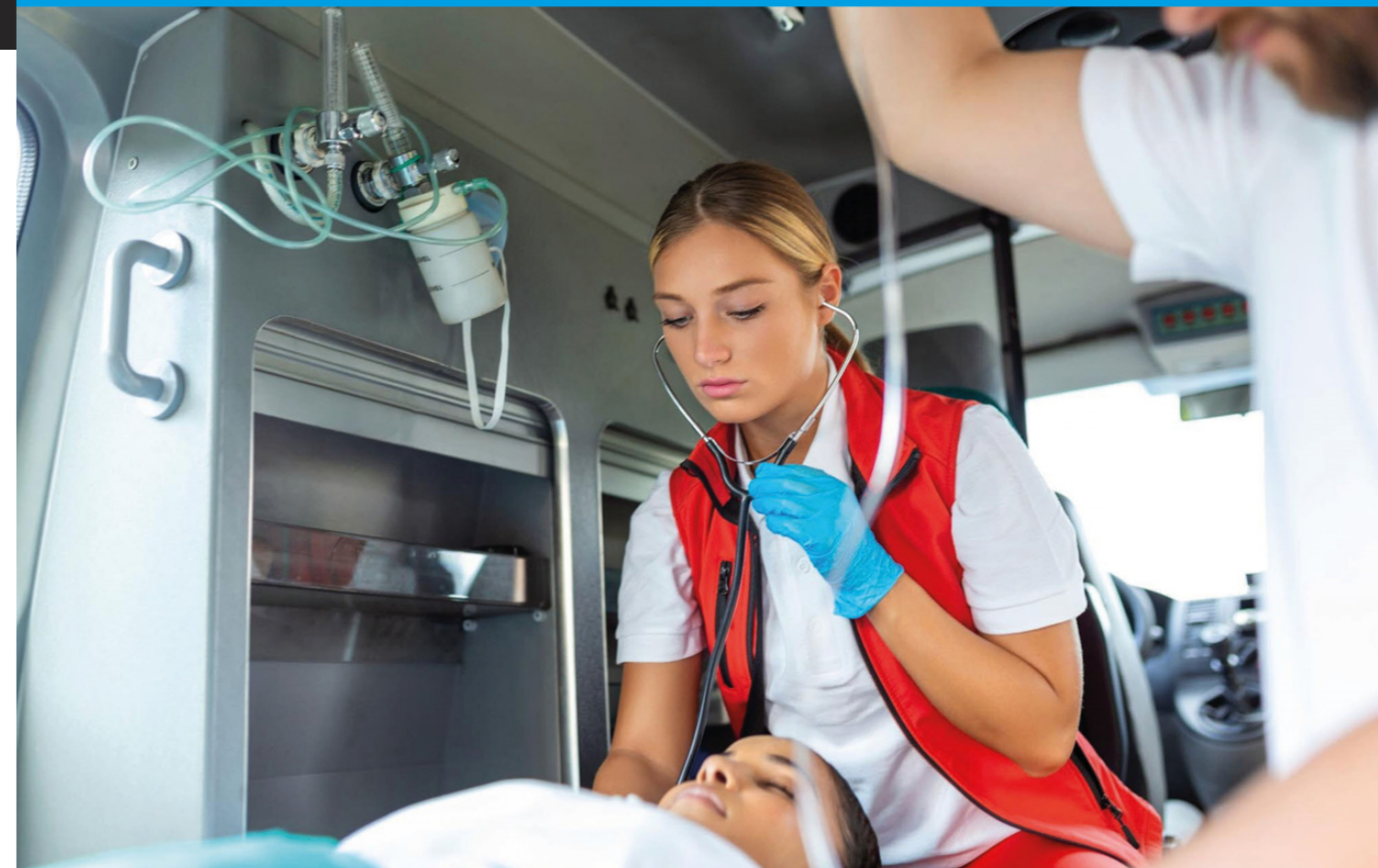
**Sergio Alonso**Fundador y director del suplemento  
*A Tu Salud*, del diario *La Razón*

## La burocracia frena la llegada de los fármacos

De unos años a esta parte se ha producido a nivel comunitario una avalancha de autorizaciones de fármacos verdaderamente innovadores para todo tipo de patologías. Esta auténtica revolución terapéutica ha logrado insuflar esperanza a enfermos hasta hace poco desahuciados, prolongar su supervivencia o aportarles una mejoría que antes resultaba inimaginable. Sin embargo, el nuevo arsenal no termina de llegar a los sistemas sanitarios y, particularmente, al nuestro. Cada día que pasa arrecian las voces críticas de las asociaciones de pacientes y de los sanitarios por los retrasos injustificables que se están produciendo en la incorporación de las novedosas moléculas en los hospitales. El denominador común de estas protestas es el tinte economicista y la posible arbitrariedad que subyacen tras esa ralentización en el acceso. A diferencia de lo que algunos pretenden hacer creer, el problema no es aislado ni responde a un legítimo derecho de frenar la voracidad recaudatoria de la industria farmacéutica. Puede que haya productos vendidos como disruptivos que, en realidad, apenas aporten ventajas con respecto a los equivalentes que ya existen en el mercado y que, pese a ello, sean mucho más caros, pero no deben pagar por ello justos por pecadores, extendiendo las restricciones a todos los fármacos, sean del tipo que sean. Y desde luego, si dichas restricciones se aplican, su autoría debe partir de órganos de carácter científico e inde-



pendiente, y no de carácter político. No es de recibo que a día de hoy la comisión de precios, integrada por representantes de las comunidades, que a la postre son las que pagan los fármacos, sea la que decida si llega antes o después un fármaco a un territorio. Desde el punto de vista económico, la tentación de los miembros de este órgano será siempre la de dilatar lo máximo posible la incorporación para que no se resientan las limitadas arcas públicas que se destinan a financiar la Sanidad. Las herramientas de las que se han dotado los "restringidores" del acceso son también múltiples y variadas. De media, los nuevos medicamentos superan los 600 días en recibir el visto bueno para su entrada en España desde que los autoriza la UE, pero el proceso suele dilatarse porque luego las autonomías implantan sus propias barreras, haciendo incluso variaciones de los informes de posicionamiento terapéutico. A veces, el muro se coloca por medio de un visado de inspección, afectando no sólo a innovaciones como los anticoagulantes orales de acción directa o a los medicamentos de triple terapia para el asma, sino también a productos más antiguos cuya financiación se supeditó a la aplicación de un visado. Particularmente preocupante es también el rumbo que están siguiendo los revolucionarios Car-T, pese a la existencia de un plan nacional de terapias avanzadas. Urgen cambios drásticos para poner fin a todos estos problemas.



## Experto Universitario semipresencial Urgencias y Emergencias

10/2023 - 05/2024

Descubre cómo actuar en situaciones de  
emergencia y catástrofes

**INFÓRMATE**Instituto Superior de  
Formación SanitariaConsejo General de Colegios Oficiales  
de Enfermería de España





## 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](mailto:contacto@accesosvasculares.es)  
**Tel:** 674 781 646  
**https://accesosvasculares.es/**

## XXVII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLOGICA

**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](mailto: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](mailto: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](mailto:congreso@heridas.eu)  
**Tel:** 674 781 646  
**https://heridas.eu/**

## XXII CONGRESO AEETO

**Fechas:** del 17 al 19 de abril de 2024  
**Lugar:** Girona  
**Organiza:** Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia  
**https://www.aeeto.es/congreso**



## I PREMIO PERIODISMO EN ENFERMERÍA

**Organiza:** Consejo Andaluz Enfermería  
**Objetivo:** promover y reconocer la labor de los periodistas y medios de comunicación en la divulgación y acercamiento a la opinión pública de la profesión enfermera en sus diferentes ámbitos de actuación.  
**Dotación:** Se convocan 24 premios de 2.500 € para cada categoría, tres premios por provincia  
**https://consejoandaluzenfermeria.com/i-premio-de-periodismo-de-enfermeria/**

## 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



# EL FIN DEL MUNDO



REDACCIÓN. Fisterra (Galicia)

Fisterra fue considerado durante la Antigüedad como el fin del mundo conocido. De hecho, su posición geográfica y los impresionantes atardeceres hicieron creer a Décimo Junio Bruto (general romano que dirigió la conquista de Galicia) que este era, efectivamente, el lugar donde moría el sol. Los alrededores de este cabo han sido un lugar mágico desde antiguo, pues se cuenta que en este lugar se encontraba la Ara Solis, un altar donde, según dice la leyenda, los fenicios practicaban el culto al sol. Así pues, os animamos a hacer un recorrido por este rincón de nuestras costas donde la magia del lugar guiará vuestros pasos.

## Anécdotas de pescadores

La zona del puerto merece una parada obligatoria para los visitantes de esta ciudad. Allí se puede contemplar el ir

y venir de las embarcaciones en un mar tan calmado que no dará la impresión de encontrarse ante la Costa da Morte. Perdersse entre las calles de este pueblo de pescadores y tomar un vino en alguna de sus tabernas significa empaparse de las anécdotas de los viejos lobos de mar, al tiempo que se degusta un buen plato de longueirons, un bivaldo muy parecido a las navajas.

## La zona del puerto merece una parada

El siguiente parón de camino al faro es en el santuario románico de Santa María das Areas que alberga en su interior la venerada imagen del Cristo de la Barba Dorada. Cuenta la leyenda que una embarcación se deshizo de él

por tener dificultades en la navegación y que llegó al pueblo arrastrado por el mar. No hay que dejar pasar la oportunidad de acercarse a esta imagen para poder comprobar en persona si es verdad lo que todos cuentan: aseguran que le crecen los cabellos y las uñas.

## La magia

Otro lugar mágico son las ruinas de la ermita de San Guillermo, un lugar impregnado de poderes mágicos relacionados con la fecundidad. De hecho, es este un lugar a donde, no hace todavía mucho tiempo, acudían esperanzadas las parejas buscando un milagro para concebir el hijo que no llegaba.

Una vez en el faro sólo queda disfrutar del atardecer en el fin del mundo con unas vistas del acantilado sobre el océano Atlántico, el mar batiendo con fuerza y la sensación de que no hay nada más allá de ese trozo de tierra.







FIAT 600

# ADAPTARSE A LOS NUEVOS TIEMPOS



JUANJO CAMPILLOS. Madrid

Mucho ha llovido desde que FIAT lanzase, a mediados de la década de los 50, el archiconocido modelo 600. El superventas de la firma italiana llenó las carreteras europeas y se convirtió en un icono absoluto en la cargada historia automovilística. Ahora, casi 70 años después, la empresa turinesa ha decidido traer de

vuelta este modelo, pero adaptándose a los nuevos tiempos: SUV del segmento B y totalmente electrificado.

Porque lo que se lleva ahora es el urbano de contaminación cero. Y es lo que ha buscado FIAT para garantizarse ganancias, pero, eso sí, la innovación se queda en la motorización eléctrica, porque el

diseño exterior e interior recuerdan, quizás demasiado, al 500, su hermano pequeño. La curva más pronunciada de la parte trasera se ha mantenido, aunque el motor ya no se encuentra donde antaño, sino que se ha movido a la parte delantera. El alerón negro resalta las formas redondeadas de la familia 500, aportando-

le dinamismo, mientras que en el frontal como en los laterales se aprecia una renovada firma cromada 600, junto con una renovada identidad de iluminación LED, humanizando el coche, porque tanto faros como parrilla dibujan unos ojos y una boca.

## Cinquecento

El interior también evoca el tiempo pasado. El salpicade-

con lo que es usual, hoy en día, pero posibilita la conexión con Navi, CarPlay y Android Auto, de manera totalmente inalámbrica. Esta función, junto a varias ayudas de conducción, como la cámara 360 grados o el frenado de emergencia autónomo, hará el viaje mucho más cómodo y seguro.

El motor tiene una potencia de 115 kW y proporciona una aceleración de 0 a 100 km/h en 9,0 segundos. El Nuevo Fiat 600e incorpora tres modos de conducción —eco, normal, sport— que podrán seleccionarse según las preferencias de cada conductor, lo que hará que se puedan alcanzar hasta 400 kilómetros de autonomía. El precio de salida es de casi 36.000 euros. En lo que se mueve la competencia, cierto, pero ya no será ese modelo accesible que democratizó el transporte.

## Cuenta con tres modos de conducción

ro y el grupo óptico, por ejemplo, son puro Cinquecento, gracias a las formas redondeada y al color de la carrocería. La pantalla, digital, es pequeña, en comparación





# LOS ÚLTIMOS DÍAS DE POMPEYA

LA EXPOSICIÓN INMERSIVA

## EL METAVERSO LLEGA A POMPEYA

GEMA ROMERO. Madrid

Tras las exposiciones de Klimt y Tutankamon, la nave 16 de Matadero (Madrid) acoge ahora “Los últimos días de Pompeya”, la exposición inmersiva en la que vivirás en primera persona la destrucción de la ciudad tras la erupción del Vesubio. Sin embargo, y aunque la muestra lleve el mítico título de la novela de Edward G. Bulwer-Lytton o de las películas homónimas de 1957 y 1984, la estética e incluso la música son de “Pompeya”, la versión de 2014, protagonizada por Kit Harington (el conocido Jon Nieve), con peleas de gladiadores incluidas.

### Limitada

A nivel expositivo es más limitada que Tutankamon, con menos piezas y menos información sobre lo que representaba la ciudad en la Roma del siglo I d.c o la importancia que ha tenido para la historia de la arqueología la per-

fecta conservación de la ciudad sepultada en la ceniza volcánica.

En la sala inmersiva conoceremos cómo era la vida de los potentados y cómo fueron sus últimos momentos antes del estallido del volcán más famoso de la historia, en la que con gran realismo tendre-

La realidad virtual nos obligará a algún salto de fe

mos la sensación de ser atacados por la erupción explosiva y sus rocas ardiendo. Sin embargo, la gran novedad es la inauguración de la sala “Metaverso”, en la que, dotados con gafas de realidad virtual, nos adentraremos en una de las casas palaciegas típicas de la época en su “Villa de los misterios”. Para los poco acos-

tumbrados a este nuevo mundo supondrá todo un salto de fe atravesar las puertas de las distintas estancias de la mansión o dirigirse a la salida “flotando” literalmente en medio de una nube de ceniza.

Para finalizar la experiencia viviremos, también de la mano de la realidad virtual, un combate a pie de pista entre gladiadores, con carreras de cuadrigas, fieras e incluso un combate naval en el circo romano de Pompeya. Una experiencia poco apta en esta ocasión para menores de siete años, aunque han habilitado una ludoteca donde pueden esperar en lo que terminamos nuestro recorrido.

### MÁS INFORMACIÓN

Madrid Artes Digitales (MAD)  
Matadero Madrid  
Nave 16  
Plaza de Legazpi, 8  
91 159 23 17

# ENFERMERAS

esenciales en la pandemia  
discriminadas por la Administración



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

enfermerA1.com

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

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



Ayúdanos a acabar con esta injusticia  
Entra en [www.enfermerA1.com](http://www.enfermerA1.com) y firma

Consejo General de Colegios Oficiales  
de Enfermería de España





# La aplicación que mejora la comunicación con las personas con TEA



REDACCIÓN. Madrid

Investigadores de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) y del Hospital Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) han creado una aplicación para móviles para mejorar la comunicación con las personas con trastornos del espectro autista (TEA). El desarrollo de la *app*, conocida como TEAppAutism, ha contado también con la colaboración de usuarios, y recopila y presenta informaciones y consejos dirigidos a personas que se relacionan con niños o adultos con TEA.

El contenido se basa en un análisis profundo de la evidencia científica y también en la experiencia clínica de los profesionales que tratan a diario con afectados por este trastorno del neurodesarrollo. La directora del eHealth Cen-

ter de la UOC, Marta Aymerich, explicó que la aplicación “está pensada para ayudar a solucionar la carencia de herramientas en la relación y la comunicación con las personas con TEA”.

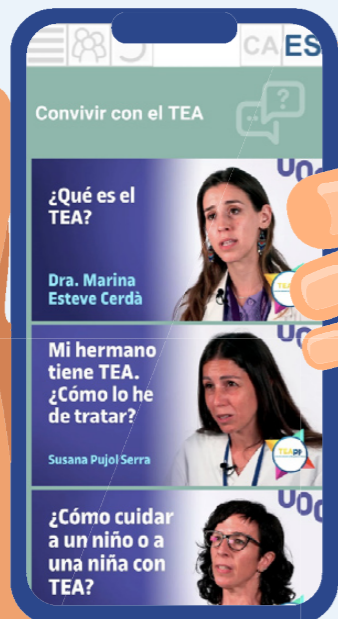
## Recopila varios vídeos profesionales

La herramienta, disponible para dispositivos Android e iOS, se fundamenta en una recopilación de vídeos de profesionales del Parc Taulí que pueden ser muy útiles a familiares, amigos y educadores de los afectados de TEA, pero también a los profesionales tanto del ámbito sanitario,

educativo o laboral que los tratan o apoyan. “El gran valor de esta aplicación es que está creada conjuntamente con los usuarios finales, que nos han ido orientando hasta conseguir una herramienta que esperamos resulte muy útil”, subrayó Aymerich.

## Revisión

Los investigadores de este proyecto han hecho una revisión sistemática de la literatura científica que ha estudiado las intervenciones psicosociales para el TEA en los últimos diez años y han detectado un volumen importante de estudios con margen de mejora en cuanto a calidad metodológica. De hecho, después de analizar más de 400 artículos sobre intervenciones psicosociales para el TEA, han determinado que sólo treinta cumplían con criterios de calidad equiparables a los de otras disciplinas de ciencias de la salud. “La complejidad y los estigmas de los problemas de salud mental han hecho que hasta ahora la investigación no haya podido correr tanto como en otros campos ni haya tenido la misma financiación. Esto y las dificultades para reclutar voluntarios y para aislar los efectos de las intervenciones psicosociales de otros factores son los retos que tiene la investigación en este campo”, concluyó la directora del eHealth Center.



# 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:



# LO + VIRAL

**Instagram Post:** enfermeriaevidente • Seguidos  
 ¿Alguna vez os habéis...  
 ¿Cuándo dejar al aire una herida?

**Twitter Post:** Consejo General de Enfermería @CGEnfermería  
 Gracias, Luis, por tus cálidas palabras. Ojalá lo que nos deseas se pueda cumplir.  
 El mensaje de Luis Tosar a toda la profesión

**Twitter Post:** Consejo General de Enfermería @CGEnfermería • 23 sept.  
 ? Antibióticos: cómo tomarlos  
 En nuestro #CuidateConTuEnfermera, te contamos por qué es tan importante no abandonar el tratamiento y seguir las indicaciones  
 ¿Cómo tomar los antibióticos?

**Instagram Post:** enferaldia  
 ¿Crees que es una buena nota para las enfermeras?  
 #nota #enfermeria #sanidad #barometro  
 Ver traducción  
 ahorafamily5 4 d  
 Creo firmemente q nos ponen nota en lo asistencial y emocional en el acompañamiento pero no conocen ni de lejos la cantidad de funciones q tenemos y q son más importantes q lo asistencial puro. Prevenir por ejemplo. Educar. Gestionar. Organizar...ellos no saben q una enfermera puede ser autónoma por  
 Ver estadísticas  
 31 Me gusta  
 Hace 3 días  
 Agrega un comentario...

**Instagram Post:** LOS ESPAÑOLES PONEN NOTA A LAS ENFERMERAS  
 8  
 ASÍ CALIFICAN LA CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE TRANSMITEN, SEGÚN EL BARÓMETRO SANITARIO 2023



## 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 31 ■ 1 - 15 Octubre 2023



### SUMARIO

Repercusión en la salud mental de los trabajadores de centros sociosanitarios por la pandemia SARS-COV-2 **46**



# Repercusión en la salud mental de los trabajadores de centros sociosanitarios por la pandemia SARS-COV-2

**Autoras:** María Retuerto Gutiérrez<sup>1</sup>; Rosa Ana Gutiérrez Manzanedo<sup>1</sup>; Noelia Gallego Ausín<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria; <sup>2</sup>Diplomada en Enfermería  
**Autora para correspondencia:**  
 María Retuerto Gutiérrez  
 C/Arroyal 17 1ºB, 34880, Guardo (Palencia).  
 mariaretuerto96@gmail.com. 634 440 289

## RESUMEN

**Introducción:** el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 conllevó altas tasas de mortalidad que golpearon especialmente a las residencias de ancianos y centros sociosanitarios, con cifras de fallecidos que ascendieron a casi 35.000 personas, un 31% de las muertes oficiales del año 2020 según datos del Ministerio de Sanidad. Las condiciones de vulnerabilidad de los residentes implicaron un aumento del nivel de estrés a los trabajadores de estos centros.

**Objetivo:** evaluar la prevalencia del síndrome de Burnout en los trabajadores de 7 centros sociosanitarios del Área de Salud de Burgos.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo transversal en los centros sociosanitarios adscritos a dos Zonas Básicas de Salud del Área de Salud de Burgos, incluyendo a todos los trabajadores de los centros. Para ello se realizó una encuesta autoadministrada con datos laborales y sociodemográficos incluyendo el Maslach Burnout Inventory General Survey de 15 ítems.

**Resultados:** se analizó una muestra de 114 trabajadores, con una prevalencia de Burnout del 7% y una relación significativa entre el centro de trabajo, el agotamiento y el Burnout. Hay que destacar que el 100% de los casos de Burnout se dieron en centros que atienden a personas con discapacidad.

**Conclusiones:** el síndrome de Burnout es un problema de salud pública y de gran importancia social. Se abren las puertas a la necesidad de investigar más sobre el Burnout en estos centros y en todos los profesionales, ya que en todos los casos de Burnout ocurrieron en personal no sanitario.

**Palabras clave:** agotamiento psicológico, Burnout, salud mental, COVID-19, hogares para ancianos, personas con discapacidad.

## INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El estallido de la pandemia por la aparición del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 conllevó un alto índice de contagios con una elevada incidencia de la enfermedad por COVID-19, así como altas tasas de mortalidad que golpearon especialmente a las residencias de ancianos y centros sociosanitarios, con cifras de fallecidos que ascendieron a casi 35.000 personas, un 31% de las muertes oficiales del año 2020 según datos del Ministerio de Sanidad (1). Las situaciones derivadas de las medidas de aislamiento impuestas sumadas a las condiciones de vulnerabilidad de las personas residentes de estos centros sociosanitarios durante la emergencia sanitaria COVID-19 generaron un alto impacto emocional en los trabajadores estos centros, al enfrentarse a situaciones complejas y estresantes que supusieron un desafío y provocaron situaciones de ansiedad (44,6%), depresión (50,4%) y estrés (71,5%) (2).

Al mismo tiempo, las estrictas medidas preventivas y la limitación de las visitas para evitar la entrada del virus en los centros residenciales pudieron generar un mayor aislamiento de los ancianos y personas con discapacidad con la consiguiente repercusión sobre su estado de salud, ya deteriorado como consecuencia de la edad avanzada y/o las patologías crónicas con la comorbilidad asociada (3). Esta situación pudo suponer un estrés añadido en los profesionales que trabajan en estos centros, por la responsabilidad de provocar el contagio, y la gravedad de la aparición de un brote de SARS CoV-2 en plena crisis sanitaria.

## Síndrome de Burnout y Maslach Burnout Inventory

El síndrome de Burnout también conocido como "Síndrome de quemarse por el trabajo" fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral a pesar de no encontrarse definido en el DSM-V (4). La definición más aceptada hoy en día es la de Maslach y Jackson de 1981, quienes consideran que es una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico lo que ocasiona agotamiento emocional, despersonalización y disminución del desempeño laboral (4).

Cabe destacar que no está necesariamente restringido a los profesionales de los servicios humanos, aunque aparece más frecuentemente en estos ámbitos (5).

Una de las escalas utilizadas para medir el síndrome de Burnout es la Maslach Burnout Inventory General Survey, que consta de 3 subescalas: agotamiento, que valora la fatiga física y emocional; cinismo, evalúa actitudes de distanciamiento hacia el trabajo; y eficacia profesional, que hace referencia a las expectativas de éxito en el trabajo. (5)

## Justificación

En relación a la problemática anteriormente expuesta y dado que en el Área de Salud de Burgos existen cerca de 100 centros sociosanitarios fue pertinente evaluar la prevalencia del síndrome de Burnout en los trabajadores de estos centros.

## Objetivos

1. Evaluar la prevalencia del Síndrome de Burnout tras la pandemia por COVID-19 en los trabajadores de siete centros sociosanitarios del Área de Salud de Burgos, tanto del personal sanitario como no sanitario.
2. Describir las características sociodemográficas y laborales de los trabajadores y la relación que tienen con el síndrome de Burnout.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño

Estudio observacional retrospectivo transversal en los centros sociosanitarios adscritos a dos Zonas Básicas de Salud (ZBS) del Área de Salud de Burgos.

### Muestra

La selección de los centros sociosanitarios fue por conveniencia, al estar adscritos a los centros de salud pertenecientes a las ZBS de las investigadoras principales. Se realizó el cálculo muestral, a partir de un total de 231 trabajadores, con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción del 5%, estimando las pérdidas en un 15%, a través de la herramienta web para cálculo muestral de Fistera. Con esos datos, el tamaño muestral significativo se determinó en 127 participantes en el estudio.

### Criterios de inclusión

- Trabajadores de ambos sexos de estos centros sociosanitarios que acepten participar voluntariamente en el estudio; in-

cluyendo enfermeros, médicos, cuidadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadora social, director, personal de limpieza, de cocina y administrativos, así como cualquier otro trabajador del centro.

- Edad comprendida entre 18 y 65 años.
- Nivel de estudios mínimos requeridos: estudios primarios.

### Criterios de exclusión

- No completar la encuesta correctamente.
- No firmar el consentimiento informado.
- Negarse a participar o no entregar la encuesta en plazo.
- No estar trabajando en el periodo de aplicación del cuestionario por incapacidad temporal, permisos reglamentarios o cualquier otro motivo.

### Instrumento de evaluación

Se aplicó un cuestionario autoadministrado que incluía variables sociodemográficas, laborales, relacionadas con la salud y el cuestionario Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS).

Se utilizó la versión de la Nota Técnica de Prevención 732 del Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo del Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), que consta de 15 ítems (6), ya que suprimió el ítem 13 para mejorar la fiabilidad de la escala. Todos los ítems son valorados en una escala tipo Likert, que va desde 0 (nunca/ninguna vez) a 6 (siempre/todos los días). Se decidió aplicar este cuestionario dado que gran cantidad de estos trabajadores dedican parte de su tiempo a otras funciones que no son de trato directo con personas (limpieza, almacén, etc.). Está compuesto por tres subescalas:

- Agotamiento: ítems 1, 2, 3, 4 y 6.
- Cinismo: ítems 8, 9, 13 y 14.
- Eficacia profesional: ítems 5, 7, 10, 11, 12 y 15.

**TABLA 1**

**Puntos de corte MBI-GS. Fuente: Nota Técnica de Prevención 732 del Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo (6)**

	Agotamiento	Cinismo	Eficacia Profesional
Muy bajo	<0,4	<0,2	<2,83
Bajo	0,5 – 1,2	0,3 – 0,5	2,83 – 3,83
Medio Bajo	1,3 – 2	0,6 – 1,24	3,84 – 4,5
Medio Alto	2,1 – 2,8	1,25 – 2,25	4,51 – 5,16
Alto	2,9 – 4,5	2,26 – 4	5,17 – 5,83
Muy Alto	>4,5	>4	>5,83



Se consideró Burnout positivo cuando se reunieron tres criterios: nivel de agotamiento y cinismo alto y de eficacia profesional bajo, siendo nivel de agotamiento alto si mayor o igual a 2.9, cinismo alto si mayor o igual a 2.26 y eficacia profesional baja si menor o igual a 3.83.

#### Procedimiento de captación y desarrollo

La selección de los centros se realizó de manera intencionada tras llevar a cabo un "Programa sobre Bioseguridad y colocación de EPIs en centros sociosanitarios", entre los meses de enero y febrero de 2021. En total se llevó a cabo en 7 centros sociosanitarios, todos dedicados a la atención a personas mayores excepto dos, destinados a personas con discapacidad intelectual y parálisis cerebral.

La captación de los participantes fue activa, se envió el cuestionario a través de correo electrónico a los directores/as de los centros para que lo distribuyesen a todos los trabajadores bien mediante aplicaciones de mensajería instantánea para teléfonos inteligentes, correo electrónico o en formato papel.

Antes de realizar la entrevista, se les informó sobre el tipo de estudio, el objetivo, la importancia del problema y en qué consistía su participación, remarcando la confidencialidad de los resultados.

#### Análisis estadístico

Se incorporaron los datos a la plataforma Google Forms para la tabulación automática de los mismos en el programa Microsoft Excel 365.

El tratamiento estadístico se llevó a cabo con el programa estadístico IBM SPSS versión 25.0. y las variables fueron recodificadas para proceder a su análisis descriptivo.

#### Consideraciones ético-legales

El proyecto se desarrolló tomando todas las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de aspectos legales y éticos de la investigación y los derechos de los participantes.

Se respetó durante todo el estudio la confidencialidad de los participantes, evitando tratar la información confidencial con terceros, en base al artículo 14 "Deber de confidencialidad" del Código Deontológico de la Enfermería.

Se solicitó el informe favorable por parte de la Gerencia de Atención Primaria de Burgos y del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Área de Salud de Burgos y Soria (CEIm). Así mismo, fue autorizado por los centros sociosanitarios seleccionados para su desarrollo y en los Centros de Salud de las ZBS a las que se encuentran adscritos dichos centros.

Se aseguró el cumplimiento de la normativa reguladora en materia de protección de datos de carácter personal, y las previsiones al respecto contempladas en la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* y el *Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo*.

### 3. RESULTADOS

Se analizó la consistencia interna de las tres subescalas de Burnout encontrándose coeficientes -Cronbach 0.92, 0.91 y 0.90 para agotamiento, eficacia profesional y cinismo respectivamente, indicando estos resultados una adecuada fiabilidad (consistencia interna y estabilidad) y validez (criterio y contenido).

Se obtuvo una muestra total de 114 trabajadores, lo que representa un 89,77% de la muestra prevista (n=127).

TABLE 2

Número de trabajadores de cada centro sociosanitario. Fuente: elaboración propia

Centro Sociosanitario	Número total trabajadores	Número participantes	Porcentaje participación
<b>CENTROS SOCIOANITARIOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD</b>			
C.SS.1	9	5	55,5 %
C.SS.2	38	44	115,7 %
<b>CENTROS SOCIOANITARIOS DE PERSONAS MAYORES</b>			
C.SS.3	20	6	30 %
C.SS.4	69	18	26%
C.SS.5	40	23	57,5 %
C.SS.6	30	18	60 %
C.SS.7	25	0	0
TOTAL	231	114	49,3 %

En la *figura 1* se muestran los porcentajes de participación de cada centro, correspondiendo los más altos a un centro sociosanitario de atención a personas con discapacidad. La *tabla 2* muestra el número de trabajadores y participantes de cada centro en valores absolutos.

Para el análisis estadístico, se agrupó a los centros en función del tipo de residentes que atendían: centros sociosanitarios para personas mayores (centros 3 a 7) o centros sociosanitarios para personas con discapacidad (centros 1 y 2).

#### Variables sociodemográficas y laborales

La participación fue mayoritaria por parte de las mujeres (n=99), representando un 87% de la muestra total, frente al 13% de hombres (n=15).

En cuanto a los valores de tendencia central de la edad, la media de la muestra fue de 44,82 años, siendo la edad mínima 20 y la máxima 67; la mediana 48 años y la moda 53.

Respecto a las variables sociodemográficas (*tabla 3*), casi la mitad de la muestra tenían estudios de formación profesional,

FIGURA 1

Participación en el estudio por centros. Fuente: elaboración propia

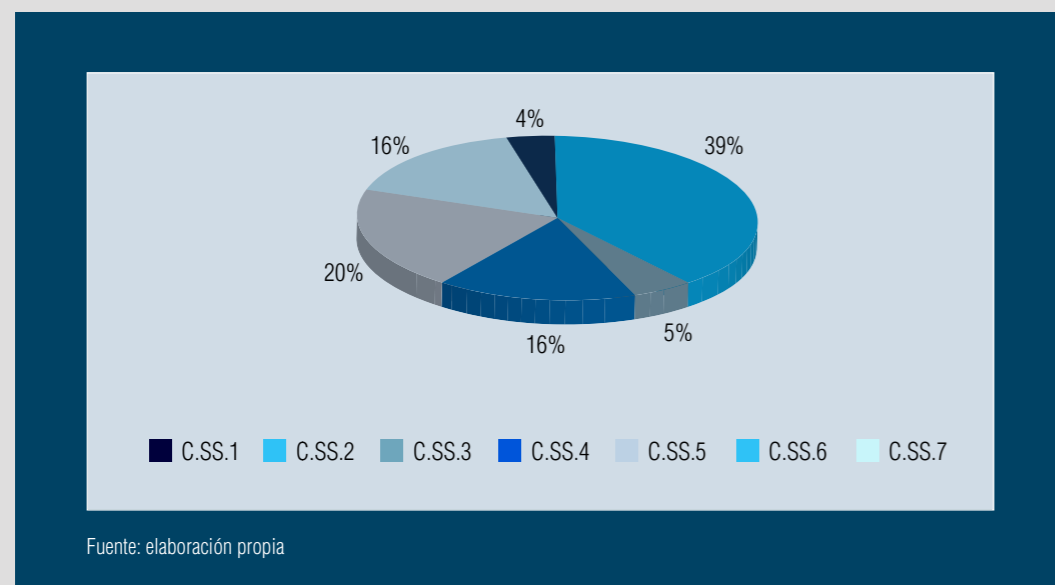


TABLA 3

Variables sociodemográficas. Fuente: elaboración propia

Estudios	Primarios	7% (n=8)
	Secundarios	8,8% (n=10)
	Universitarios	35,1% (n=40)
	Formación Profesional	49,1% (n=56)
Puesto de trabajo	Personal administrativo	7,89% (n=9)
	Personal cuidador	45,61% (n=52)
	Personal dirección/gerencia	4,38% (n=5)
	Enfermería	6,14% (n=7)
	Fisioterapeuta	2,63% (n=3)
	Personal de cocina	1,75% (n=2)
	Personal de limpieza	12,28% (n=14)
	Terapeutas Ocupacionales	2,63% (n=3)
	Trabajadores Sociales	0,87% (n=1)
	Otros	15,78% (n=18)
Tiempo Trabajado	Menos de 1 año	10,5% (n=12)
	De 1 a 5 años	39,5% (n=45)
	Más de 5 años	50% (n=57)



siendo el puesto de trabajo más representado el de los cuidadores y una duración en el mismo de más de 5 años.

Para realizar el análisis estadístico, se agrupó a los profesionales en dos grupos: sanitarios (enfermería, medicina, fisioterapia y terapeutas ocupacionales) y no sanitarios (cuidadores, trabajadores sociales, personal de dirección, administración, limpieza y cocina).

#### Variables percepción estado de salud y contacto directo con COVID-19

El análisis de la percepción del estado de salud mostró que el 86% pensaban que la pandemia repercutió sobre su estado de salud (n=98), y el 18.4% tomaban medicación para insomnio, ansiedad o depresión (n=21).

Para la percepción del estado de salud física y emocional, la media de la muestra consideraba que su estado de salud era entre bueno y regular.

Además, el 64.9% de los trabajadores tuvieron contacto directo con pacientes con COVID-19 durante la pandemia (n=74).

En la *Figura 2* se muestran los porcentajes de respuestas:

#### Síndrome de Burnout, escala MBI-GS

La prevalencia de Síndrome de Burnout en la muestra fue del 7%. El 27,19% tuvo un nivel de agotamiento alto, el 28,94% altos niveles de cinismo y el 33,33% baja eficacia profesional.

Existe una relación estadísticamente significativa (p=0.001) entre la subescala de cinismo y agotamiento con un factor de correlación de Pearson positivo, es decir, a mayor cinismo, mayor agotamiento.

#### Correlación entre variables

En cuanto a la relación entre las subescalas y el sexo, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (agotamiento p=0.373, cinismo p=0.890, eficacia profesional p=0.107), las mujeres tienen una puntuación de agotamiento mayor. Lo mismo ocurre con el sexo y padecer Burnout, aunque no hay diferencias significativas, el recuento de hombres con Burnout es menor al esperado, al contrario que en las mujeres.

Por otra parte, se agrupó a la muestra en dos rangos de edad, estableciéndose el corte en la edad media, 45 años. La única relación estadísticamente significativa (p=0,017) la encontramos con el cinismo, que aumenta de manera proporcional a la edad, a mayor edad, mayor cinismo.

Existe una relación muy significativa entre el centro de trabajo y el agotamiento (p=0,001), cinismo (p=0,001) y Burnout (p=0,001), siendo todos mayores en los centros que atienden a personas con discapacidad.

Otras relaciones con significación estadística son el puesto de trabajo y la eficacia profesional (p=0,02), siendo mayor en los profesionales no sanitarios; así como el contacto directo con pacientes con coronavirus y el agotamiento, que es mayor en estos trabajadores (p=0.01). Igualmente, los trabajadores no sanitarios con contacto directo a pacientes con COVID-19 tienen 4 veces más posibilidades de padecer Burnout que los que no, aunque esta relación no es estadísticamente significativa.

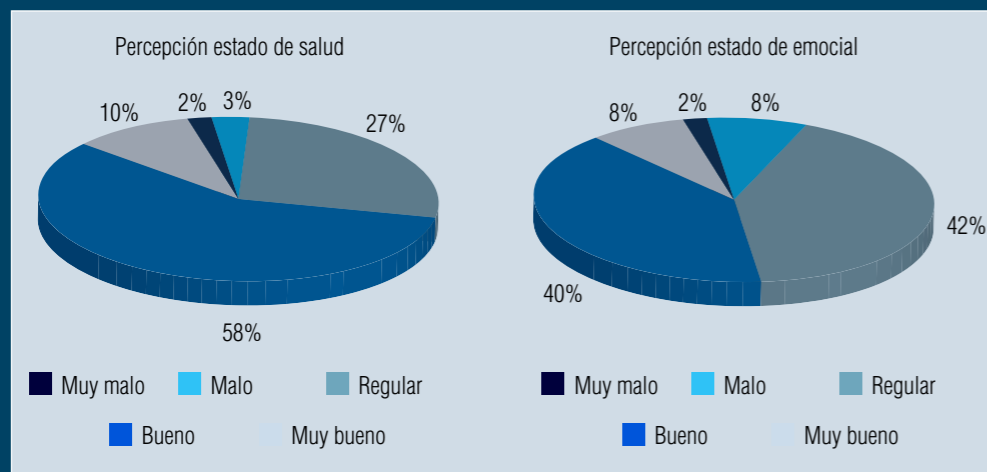
En la *tabla 4* podemos ver la distribución de las variables con las dimensiones del Burnout:

#### 4. DISCUSIÓN

En este estudio, la prevalencia del Burnout fue el 7%, dato que coincide con la VI Encuesta Europea sobre condiciones del tra-

FIGURA 2

Frecuente de percepción de estado de salud y emocional



Fuente: elaboración propia

TABLA 4

Distribución de las variables con las dimensiones del Burnout

	Agotamiento Alto (≥ 2,9)	Cinismo Alto (≥ 2,26)	Eficacia Profesional Baja (≤ 3,83)	Burnout
<i>Edad</i>	*			
< 45	n=15	n=19	n=18	n=5
≥ 45	n=13	n=13	n=17	n=3
<i>Sexo</i>				
Mujer	n=28	n=28	n=36	n=8
Hombre	n=3	n=5	n=2	n=0
<i>Nivel de Estudios</i>				
E.Primarios	n=5	n=5	n=3	n=1
F.P.	n=12	n=14	n=21	n=5
E.Secundarios	n=3	n=2	n=4	n=0
E.Universitarios	n=11	n=12	n=10	n=2
<i>Centro de Trabajo</i>	*	*		*
Discapacidad	n=21	n=22	n=15	n=8
Personas mayores	n=10	n=11	n=23	n=0
<i>Atención a pacientes Covid</i>	*			
Sí	n=26	n=25	n=26	n=7
No	n=5	n=8	n=12	n=1
<i>Puesto de Trabajo</i>			*	
No Sanitario	n=27	n=31	n=36	n=8
Sanitario	n=4	n=2	n=2	n=0
<i>Tiempo trabajado</i>				
Menos de 1 año	n=4	n=1	n=4	n=1
De 1 a 5 años	n=10	n=14	n=17	n=4
Más de 5 años	n=17	n=18	n=17	n=3
<i>Percepción estado de salud</i>				*
Muy Bueno	n=0	n=0	n=5	n=0
Bueno	n=13	n=19	n=18	n=2
Regular	n=14	n=10	n=13	n=5
Malo	n=2	n=2	n=1	n=0
Muy Malo (1)	n=2	n=2	n=1	n=1
<i>Percepción estado emocional</i>				*
Muy Bueno	n=1	n=0	n=2	n=0
Bueno	n=7	n=13	n=14	n=1
Regular	n=15	n=15	n=18	n=6
Malo	n=6	n=3	n=3	n=0
Muy Malo (1)	n=2	n=2	n=1	n=1
<i>Repercusión de la pandemia</i>				
Sí	n=29	n=30	n=35	n=8
No	n=2	n=3	n=3	n=0
<i>Medicación</i>				
Sí	n=7	n=8	n=9	n=3
No	n=24	n=25	n=29	n=5

\*Relación estadísticamente significativa (p<0.05)

Fuente: elaboración propia



bajo (7) pero que dista de otros artículos en los que la prevalencia la sitúan entre el 20% (8) y el 90% (9). Dado que este síndrome es multifactorial y complejo, esta variabilidad puede ser debida a las características individuales y sociales de cada población, de América del Sur en los dos últimos estudios y europea en el caso de la encuesta. Otro motivo puede ser la falta de consenso en la bibliografía en cuanto a los puntos de corte para definir los criterios del Síndrome de Burnout, además de la muestra limitada de nuestro estudio.

La prevalencia de niveles altos de agotamiento (27%) y cinismo (29%) y baja eficacia profesional (33%) coinciden con Gómez-Urquiza JL et al.(10). Sin embargo, en otros estudios (9) el nivel de agotamiento emocional es mucho mayor, llegando al 63% en el personal de enfermería. Estas diferencias ya están descritas en revisiones bibliográficas como la de Árbol L. (11), que encontró prevalencias parecidas a las de este estudio en un trabajo realizado en Andalucía, así como niveles mucho mayores de agotamiento y cinismo en otro (11).

Según varios estudios como el de Vinuesa A. (9) y Herrera M. (12), el agotamiento y el cinismo aumentan con la edad. Sin embargo, los resultados hallados en este estudio sólo establecen relación entre la edad y el cinismo, estableciéndose una relación inversa con el agotamiento, que, aunque sin tener una relación estadísticamente significativa, aumenta a medida que la edad disminuye. Dado que hay una relación estadística entre el agotamiento y el cinismo, visible también por Castillo R.(13), se plantea la posibilidad de aparición de un sesgo de conformidad o de un tamaño muestral pequeño, dado que las relaciones aquí encontradas se contradicen. Por ello, se concluye que, a mayor edad, mayor cinismo.

Continuando con la subescala de agotamiento, se ha encontrado una relación significativa entre ésta y haber tenido contacto con pacientes con coronavirus, dato que no apoya Vinuesa (9), que indica que no existe ninguna relación entre el agotamiento y el nivel de atención a estos pacientes.

En cuanto a la salud mental de los trabajadores, Hernández J. (14) nos habla de una alta prevalencia de síntomas de alteraciones en la salud mental en los trabajadores que tuvieron contacto directo con pacientes con COVID-19. Siguiendo esta línea de investigación se pueden comparar con los resultados de este estudio, ya que el 86% de nuestra muestra creen que la pandemia ha repercutido sobre su estado de salud, estando el 100% de los casos de Burnout dentro de este grupo.

Por otro lado, según Lasalvia A et al.(15) en un estudio realizado en un hospital de Italia, el síndrome de Burnout era más frecuente en gente con problemas de salud mental preexistentes, al contrario de lo encontrado en este estudio, ya que el 62,5% de los que sufren Burnout (n=5) no tomaban medicación, aunque podrían no estar diagnosticados aún.

Finalmente, en referencia a centros sociosanitarios que atienden a personas con discapacidad, el Burnout, el agotamiento y el cinismo fueron mayores, mientras que la eficacia profesional en el personal de estos centros fue mayor, no siendo posible comparar estos hallazgos con otros estudios debido a la ausencia de bibliografía.

## 5. CONCLUSIONES

Se ha encontrado una prevalencia de Burnout del 7%, siendo el 100% de los casos en centros que atienden a personas con discapacidad y en personal no sanitario, y un 88% en personas que atendieron directamente a personas con COVID-19.

Con estos datos podemos reafirmar que el síndrome de Burnout es un problema de salud pública y de gran importancia social, ya que el excesivo estrés y el agotamiento de los profesionales que se dedican a los cuidados de las personas repercute sobre la atención a éstas. En concreto, en los centros sociosanitarios, las consecuencias derivadas de la aparición de este síndrome inciden directamente en personas vulnerables por el hecho de ser mayores o por convivir con algún tipo de discapacidad, situaciones que suelen llevar asociadas patologías crónicas y comorbilidades.

Es relevante recalcar las evidencias encontradas en centros sociosanitarios que atienden a personas con discapacidad, siendo el Burnout, el agotamiento y el cinismo más prevalentes. Esto puede ser debido a la creación de un vínculo duradero, ya que la estancia se prolonga, en muchos casos, a largo de casi toda la vida de los residentes, circunstancia que dificulta la separación de lo personal y de lo laboral. Esta idea se ve reforzada por otro dato: la eficacia profesional en el personal de estos centros es mayor.

Finalmente, aunque la muestra del estudio es limitada, se evidencia la necesidad de investigar más sobre el Burnout en todo tipo de centros sociosanitarios y en todos los trabajadores, no solo en el sector sanitario, ya que hay muchas profesiones implicadas en el cuidado de las personas residentes en estos centros.

## Limitaciones

Al tratarse de un estudio transversal, no se ha realizado un seguimiento a lo largo del tiempo para poder establecer una relación causal entre el síndrome de Burnout y la situación laboral.

Por otro lado, la plantilla de trabajadores de cada centro fue proporcionada por las direcciones de estos. Como podemos ver en la *tabla 2*, en un centro existen más participantes que trabajadores. Esto pudo ser a consecuencia del aumento de las cargas de trabajo puntuales, que requirieron un aumento de la plantilla orgánica por encima de lo habitual.

Así mismo, la bibliografía encontrada sobre la aplicación del MBI-GS en centros sociosanitarios es escasa, por lo que se establecieron comparaciones, en algunos casos, con poblaciones que difieren en algunas de las características sociodemográficas y laborales. Además, existen diferentes escalas en la bibliografía revisada, con diferentes ítems y falta de consenso en puntos de corte.

## Conflicto de intereses y financiación

No existen conflictos de intereses ni financiación externa.

## Agradecimientos

Agradecemos la colaboración y respaldo de la Gerencia de Atención Primaria de Burgos y a Angel Carlos Matía Cubillo,

por su tiempo y el asesoramiento en el enfoque del presente trabajo.

Igualmente, merecen nuestro reconocimiento todos los trabajadores de los centros sociosanitarios que dedicaron parte de su tiempo a rellenar la encuesta, posibilitando este estudio de investigación.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2020 [citado 20 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.html>
2. Jeff Huaracaya V. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de Covid-19. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2020; 37 (2): 327 – 34.
3. Gallego Berciano P. Impacto de Covid-19 en los centros sociosanitarios. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2020 [24 febrero 2021]; Disponible en: [www.mscbs.es/resp](http://www.mscbs.es/resp)
4. Aceves, GA. Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias. 2006; 11 (4): 305-309.
5. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory General Survey. Salud Pública Mex 2002; 44: 33-40.
6. Salanova M, Schaufeli WB. NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición. 2007. Disponible en: [https://www.insst.es/documentos/94886/326775/ntp\\_732.pdf](https://www.insst.es/documentos/94886/326775/ntp_732.pdf)
7. Murcia Rios JP. Definición de un programa de Burnout en el equipo interdisciplinar de un centro de rehabilitación sanitaria [Trabajo Fin de Master]. Universidad Jaume I; 2018. Disponible en: [https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/180354/TFM\\_2018\\_MurciaRios\\_JuanPaul.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/180354/TFM_2018_MurciaRios_JuanPaul.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
8. Saborio Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Medicina Legal de Costa Rica – Edición Virtual. 2015. 32 (1). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>
9. Vinuesa-Veloz AF, Aldaz-Pachacama NR, Mera-Segovia CM, Pino-Vaca DP, Tapia-Veloz EC, Vinuesa-Veloz MF. Síndrome

de burnout entre médicos y enfermeras ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19 [Internet]. Preprints de SciELO. 2020. Disponible en:

- <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/708>
10. Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Fernández-Castillo R, Aguayo-Estremera R, Cañadas-de la Fuente GA. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática [Risk factors and burnout levels in Primary Care nurses: A systematic review]. Aten Primaria. 2017;49(2):77-85. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6876264/>
  11. Árbol Guerrero LM; Villar Navarro JI. Estado actual del burnout en profesionales de enfermería de España y Finlandia. Revisión de la literatura. Biblioteca Lascasas. 2020; 16: e12544. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/lc/e12544>
  12. Herrera Acosta M, de León Cruz L, Pérez Morales M. El síndrome de Burnout y el estrés en personal sociosanitario de las residencias de mayores de la isla de La Palma [Trabajo fin de Grado]. Universidad de La Laguna; 2021. Disponible en: <https://riull.uil.es/xmlui/bitstream/handle/915/23904/EI%20sindrome%20de%20burnout%20y%20el%20estres%20en%20personal%20sociosanitario%20de%20las%20residencias%20de%20mayores%20de%20la%20isla%20de%20La%20Palma.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  13. Castillo R. Burnout y estresores psicológicos en enfermeras de hospitales públicos de Lima Metropolitana [Tesis para optar el grado de Magister en Psicología Organizacional]. Lima, Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2020. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/15551>
  14. Hernández Rodríguez J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. Medicent Electrón. 2020; 24(3): 578-594. Disponible en: <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3203>
  15. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, et al. Niveles de agotamiento entre los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19 y sus factores asociados: un estudio transversal en un hospital terciario de un área altamente sobrecargada del noreste de Italia. BMJ Abierto. 2021;11:e045127. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7813385/>



# 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.

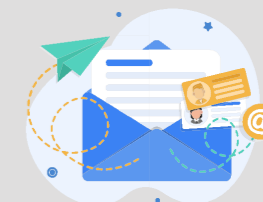
El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todas las personas autoras en la que declaren que son ciertas las afirmaciones que se indican en el siguiente listado:

- 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](mailto:instituto@consejogeneralenfermeria.org). Junto al documento ha de remitirse la carta descrita en el apartado anterior.

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

## PROCESO EDITORIAL

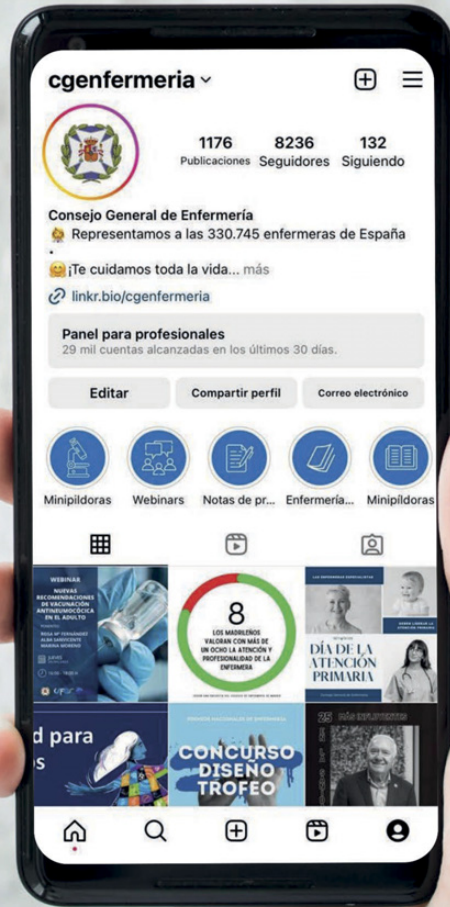


El IEInstituto realizará una evaluación de los trabajos recibidos por un comité de expertos. En caso de solicitarse una nueva versión modificada del documento, los autores/as deben remitir, en el plazo que se establezca, dicha versión con los cambios destacados en color de fuente distinto al del resto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

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

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





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

◀ @cgenfermeria ▶

Síguenos también en

