

enfermería

facultativa

| Año XXIV | Número 348 | 16 - 30 junio 2021 |



SÍNDROME TÓXICO

Una enfermera y su paciente:
40 años después de la crisis del aceite de colza



“Todas y todos A1” consigue la victoria en las elecciones al Pleno del CGE



1.657 enfermeras fueron agredidas en 2020 en España

2021

Oferta
formativa

REFERENTES EN FORMACIÓN DE POSGRADO

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

Información:

INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN SANITARIA

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

 www.isfos.com

“

Constantes
vitales



**Florentino
Pérez Raya**

Presidente del Consejo
General de Enfermería

Síndrome tóxico, acción criminal

Hace cuarenta años tuvo lugar un capítulo negro de la historia de España, algo que las nuevas generaciones probablemente desconozcan, un suceso criminal para que se lucrasen unos pocos y que acabó con la vida de varios miles de personas y dejó secuelas permanentes en muchas más. Además, quienes padecieron el llamado síndrome tóxico fueron familias humildes que compraron aquel aceite desnaturalizado como si fuera aceite de oliva pero a un precio más barato. Esa acción atroz dejó un reguero de dolor y muchas historias increíbles. Historias como la de Mayca y Concha, enfermera y paciente en su día, enfermera y enfermera hoy. Esta conversación que se pueden leer en las páginas de Enfermería Facultativa —y ver en Canal Enfermero— me hace sentir orgullo y satisfacción, por poder dejar este testimonio para todas las compañeras. Cuando lean lo que nos cuentan nuestras protagonistas establecerán claros paralelismos con la emergencia sanitaria que vivimos estos días. Cuando la crisis del aceite de colza golpeó la sociedad también hubo gran desconcierto sobre qué estaba detrás de aquella sintomatología, de esos cuadros clínicos tan complejos, se reorganizaron hospitales y servicios ante la avalancha de afectados... En aquella ocasión se aprendieron muchas lecciones a nivel sanitario y social. Esperemos que esta vez ocurra lo mismo.

Por otra parte, hace unos días se celebraron en la sede del Consejo General de Enfermería las elecciones al Pleno. Quiero resaltar que la votación transcurrió en un clima de cordialidad y normalidad democrática, los miembros de ambas candidaturas al Pleno departían tranquilamente en un espacio común como es la sede del Consejo, que es la casa de todas las enfermeras. A todas ellas quiero trasladarles que el Consejo General de Enfermería y la Organización Colegial en su conjunto han entrado en una etapa marcada por el diálogo, la concordia y la transparencia, donde todo el mundo tiene cabida, donde puede haber debate, criterios dispares e incluso visiones radicalmente distintas de la enfermería, pero lo que es seguro es que todos busquemos impulsar el desarrollo de nuestra profesión.

GRATUITO PARA LAS ENFERMERAS ESPAÑOLAS



2021

CURSO



LIDERAZGO ENFERMERO

Desafío Nightingale

Curso Universitario aprobado por la UNIR con 5 créditos ECTS



PROGRAMA FORMATIVO

Liderazgo enfermero y liderazgo en entornos sanitarios

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

Liderazgo y comunicación

Comunicación y equipo.
Liderar 2.0.
Comunicar con éxito.

Liderazgo y dirección

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

Responsabilidad profesional y social. Gestión de la Calidad

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

Recursos Humanos

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

Dirigido a enfermeros

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



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

www.isfos.com



PROMOVIDO POR LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA



Instituto Superior de Formación Sanitaria
Consejo General de Enfermería



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA



Sumario

Número 348

15 - 30 Junio 2021

Actualidad



6

Portada

40 años de la crisis del aceite de colza

14

Noticias

– La candidatura “Todas y todos A1” gana en las elecciones al Pleno del CGE
– El CGE registra 1.657 agresiones a enfermeras en 2020

Formación

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

40

Legislación

Francisco Corpas: “Fotografías y grabaciones de vídeo en el ámbito de la atención sanitaria (III)”

42

Agenda

Agenda y convocatorias

46

Ocio y cultura



50

Publicaciones

Un libro saca a la luz la historia de 14 enfermeras olvidadas

53

Televisión

Friends: The reunion, Risas y emoción aseguradas

56

FotoEnfermería

Últimos clasificados

Recomendaciones nutricionales y de actividad física para pacientes con EPOC

60

Humanización del Cuidado en Salud Mental: conocimientos, opiniones, actitudes y expectativas de enfermería

66

Enfermería Científica



Staff

Director: Florentino Pérez Raya. **Director técnico:** Íñigo Lapetra (i.lapetra@consejogeneralenfermeria.org). **Coordinador editorial:** David Ruipérez (d.ruiperez@consejogeneralenfermeria.org). **Redactores:** Gema Romero (g.romero@consejogeneralenfermeria.org), Alicia Almendros (a.almendros@consejogeneralenfermeria.org), Ángel M. Gregoris (am.gregoris@consejogeneralenfermeria.org), Marina Vieira (m.vieira@consejogeneralenfermeria.org), Raquel González (r.gonzalez@consejogeneralenfermeria.org). **Consejo editorial:** Pilar Fernández, José Ángel Rodríguez, José Vicente González, Francisco Corpas, Diego Ayuso y José Luis Cobos. **Asesora Internacional:** Alina Souza. **Diseño:** Kelsing Comunicación. **Maquetación:** Fernando Gómara y Ángel Martínez. **Ilustraciones:** Augusto Costhazo. **Asesoría Socioprofesional:** María José Fernández. **Enfermería Científica:** Instituto de Investigación Enfermera (instituto@consejogeneralenfermeria.org)

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



40 AÑOS DE LA CRISIS DEL ACEITE DE COLZA

“ME HICE ENFERMERA GRACIAS A TI”

Mayca tenía 20 años cuando ingresó en la unidad de Cuidados Intermedios donde trabajaba Concha. Tiempo después, decidió estudiar Enfermería para devolver a la sociedad todo lo que habían hecho por ella. Ahora, se reencuentran tras cuatro décadas en Madrid.

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

– Me acuerdo de cuando veías porque eras muy pesada. Estaba en la cama muerta de miedo y me ponían corticoides a altas dosis; tú me contabas el efecto de la medicación, te sentabas y me decías: ‘Eres muy joven, tienes que vivir, tienes que estudiar, la Enfermería es muy bonita’. Me hablabas de bailes y yo veía que en frente estaba mi madre muriéndose. No quería ver el baile, ni conocer la Enfermería, ni la vida”.

– Te animaba porque te veía desconsolada y tenías motivos, pero no iba a decirte que siguieses llorando. No quería

que desfallecieras; fui muy pesada, pero me daba mucha pena que no pensaras en el futuro. Eras muy guapa y muy joven y no quería que estuvieses tan hundida.

– No me acuerdo de nadie más de esa unidad, sólo de ti. Sí, eras una pesada, pero una pesada encantadora.

– Es verdad que pensaba que esto no iba a tener tantas complicaciones, pero luego vi que esto trajo muchos años de sufrimiento y secuelas.

Cuatro décadas han pasado desde que Mayca y Concha se

conocieron en la Unidad de Cuidados Intermedios de la entonces Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social 1º de Octubre (ahora Hospital 12 de Octubre), en Madrid. Mayca llegaba como paciente con neumonía bilateral atípica, 39 de fiebre, tos, dolor de garganta... y Concha era una de las enfermeras de ese área. Un infierno para una joven de 20 años, que vio de un momento a otro cómo se derrumbaba todo.

La crisis del aceite de colza golpeó con fuerza al sistema sanitario de entonces. Una enfermedad desconocida que producía neumonía, trombo-

embolismos, hipertensión pulmonar, calambres, mialgias, esclerodermia... Sin previo aviso, los hospitales empezaron a llenarse de gente (afectó a más de 20.000 personas), sobre todo de barrios obreros, que compraron el producto creyendo que era aceite de oliva mucho más barato. Aunque el primer caso apareció el 1 de mayo de 1981, no fue hasta el 10 de junio cuando la Dirección General de Salud Pública informó de la vinculación con la venta de este aceite sin control sanitario.

Recuperación

El llamado síndrome tóxico por la ingesta de aceite de col-



za fue el responsable de este primer encuentro entre Mayca y Concha, que, probablemente y sin saberlo, les cambió la vida. Durante las semanas que Mayca estuvo en Intermedios

—después pasó a otra unidad donde permaneció meses ingresada—, Concha le contaba historias de la profesión.

Ahora, media vida después, sus caminos han vuelto a cru-

Mayca Gómez (izq) y Concha Sarriá (dcha)



FOTOS: JAVIER RUIZ BURÓN

La Justicia tardó más de 8 años en dictar sentencia

zarse para un reencuentro muy especial. “Lo que más pena da es que no podamos abrazarnos”, dicen cuando se ven. Con el Templo de Debod y el Palacio Real de testigos, ambas se actualizan y se ponen al día. “Te veo muy bien”, asegura Concha. “Sí, no me puedo quejar”, responde Mayca.

Siete años después de ese ingreso, comenzó sus estudios y decidió que quería devolver a la gente todo lo que las enfermeras habían hecho por ella. Siete años que le sirvieron para, de alguna manera, renacer. Tuvo que hacer muchísima rehabilitación durante este tiempo para conseguir recuperar una vida normal. “Tenía cédulas en las manos y tuve que ir al psicólogo porque era una niña de 20 años y



estaba feísima. Cuando salí, era una persona demacrada, sin bolas de Bichat, con los dientes prominentes”, cuenta Mayca.

Pensar

De hecho, ahora con la perspectiva que otorga el tiempo, recuerda cómo la gente pensaba que era drogadicta: “Coincidió con la época del sida, perdí 14 kilos en muy poco tiempo y mi hermana me sacaba a dar una vuelta agarrada del brazo. La gente pasaba, me miraba y comentaba. Me veía en el espejo y no me reconocía, muchos niños se acercaban y me decían que estaba tísica. Volvía a casa llorando”.

Fueron siete años en los que pudo poner en orden su cabeza y pensar mucho. “Tuve que afrontar muchas cosas, decir

esta es la que soy, habrá gente que me quiera y gente que no, pero voy a vivir. Y vivir implicaba seguir. En esos momentos, yo admiré muchísimo a la enfermería y fue el nacimiento de algo desconocido. No

“Tuve que ir al psicólogo porque era una niña de 20 años”

lloré tanto como dice Concha, lloraba porque mi madre se moría y porque estaba falleciendo mucha gente de mi edad. Fueron tiempos muy difíciles y creo que eso despertó en mí las ganas de vivir con sentido, con ganas de ayudar y dando humanidad a las cosas que hago”, apunta.

Su madre estuvo ingresada un año entero y cuando salió tuvo que hacer rehabilitación. Vivió bastantes años, pero terminó muriendo a causa de las lesiones que le dejó la intoxicación.

“Soy una máquina”

“Fue un envenenamiento y jamás se hizo justicia porque nunca se supo quiénes eran los verdaderos responsables, fue gente que traficaba con la muerte por dinero. Se intentó solucionar a base de indemnizaciones porque era gente de barrios muy obreros. Estuve todo el juicio viendo a los aceiteros y los recuerdo perfectamente. De todos modos, yo creo que ahora soy una máquina porque en su día tomé este aceite industrial”, dice, riéndose, porque, al final, sólo quedó resignarse.

Aunque las dimensiones no tienen nada que ver con la actual pandemia por COVID-19, ese inicio sí recuerda un poco a lo que se vivió el pasado mes de marzo. Algo desconocido, que puso prácticamente en jaque el sistema sanitario.

Avalancha

“Fue una avalancha un poco similar a la que se ha vivido hoy en día, pero con muchas menos muertes. Cuando llegaban, les poníamos una mascarilla porque como venían con neumonía, no sabíamos si se podía contagiar. Tuvimos que reorganizar la unidad, dimos de alta a enfermos cardíacos y lo adaptamos para la colza. No sabíamos a lo que nos enfrentábamos porque fue de golpe, íbamos con mascarilla, bata y guantes y nos hacían ducharnos al entrar y al salir”, añade Concha. Unas palabras que, sin ninguna duda, nos trasladan a 2020 y 2021. Camas específicas para pacientes con síndrome tóxico, contratación de enfermeras para tratar la enfermedad, aislamiento... “Las enfermeras primero resolvemos y luego pensamos. Tenían dolores musculares muy fuertes, se agarrotaban y tenían muchos picores. Nadie sabía nada porque fue muy imprevisto”, dice la enfermera.

Concha cuenta cómo el hospital puso a disposición de la gente un servicio de intercambio del aceite. Los afectados iban con la botella o la garrafa y les daban una que había comprado el hospital. La mayoría de afectados era gente humilde, gente a la que se le vendió aceite adulterado como aceite de oliva a mejor precio. “Mi madre era una mujer viuda,

que tenía ocho hijos y estiraba el dinero como las gomas. A veces venía un señor a vender el aceite por las casas y

otras lo comprábamos en un rastrillo que se hacía los sábados. Nunca supimos cuál era el que nos afectó”, destaca Mayca.

Tras empezar la carrera, intentó que su vida se fuera normalizando. “He tenido secuelas durante muchos años; la peor es la hipertensión pulmonar, que es una enfermedad muy severa que puede conducirte a un trasplante de

Más de 20.000 afectados en España

La sentencia del dolor

Ocho años después del ingreso de Mayca y su familia en el hospital, los tribunales leyeron la sentencia que condenaba lo ocurrido. Seis años de investigación, 15 meses de juicio y 11 meses para dar el veredicto fue el tiempo que miles de familias tuvieron que esperar para conocer el resultado. Fue en mayo de 1989 cuando la sentencia enfadó, y mucho, a todos los afectados.



13 personas fueron condenadas con penas de 6 meses a 20 años. Tan sólo dos de ellos ingresaron en prisión, dejando muy lejos las sanciones que pedía la Fiscalía de entre 10.000 y 100.000 años de cárcel. “Fue un día muy triste”, reconoce la afectada. De hecho, la fotógrafa Marisa Flórez publicó en la portada de El País una imagen de ese día en el que se veía la rabia de ese momento. Casualmente, el hombre que aparece es el hermano de Mayca. “Es mi hermano Eduardo. Ese día a mí me detuvieron por las protestas. Los culpables mataron a muchas personas y miles se quedaron afectadas de por vida, pero las condenas fueron de risa”, explica Mayca.

“Me daba mucha pena que no pensaras en el futuro”

corazón. No fue mi caso, pero sí el de muchos compañeros de mi edad. También tengo esclerodermia y no puedo estirar el brazo completo”, comenta. Eso sí, muchas veces tenía que ir en taxi a estudiar. “Me preguntaban que si tanto me interesa la clase y en realidad es que no podía subir al autobús porque no podía le-

vantar la pierna. Me daban calambres escribiendo y tenía que recolocarme la mano y seguir...”, rememora.

Concha la mira con admiración. En el fondo, son dos mujeres que han sabido superarse a sí mismas. “Siempre he tenido cojera y he vivido muchas dificultades en la vida, pero lo he conseguido a base de

Mayca Gómez

Siete años después de su ingreso en el hospital, decidió estudiar Enfermería para devolver a la población todo lo que los profesionales habían hecho por ella. Lleva 31 años trabajando en la Unidad de Medicina Interna del Hospital 12 de Octubre (Madrid) y actualmente atiende a pacientes COVID-19 en una planta habilitada para ello desde que empezó la pandemia. También es profesora asociada de la Universidad Complutense de Madrid y experta en VIH. No ha parado de formarse ni actualizarse porque para ella su profesión lo es todo. “Vivir implicaba hacer cosas y en ese momento yo admiraba mucho a la enfermería. Fueron tiempos muy difíciles, pero despertaron en mí las ganas de vivir con sentido”, apunta.



“Fuiste muy importante para tomar la decisión”

tesón. Por eso no quería que se rindiera. Sólo me acuerdo de ella, me miraba con unos ojos grandísimos”, afirma.

Para ella, esta crisis también fue un aprendizaje: “Las enfermeras aprendemos algo todos los días, pero el trato humano que recibimos de los enfermos fue espectacular”. “Aunque creas que no fue de-

finitivo, fuiste muy importante para tomar la decisión. Estudié Enfermería por culpa de la colza y gracias a ti”, le dice cuando sus caminos van a volver a separarse. Al final, Mayca le echa el brazo por detrás a Concha y, con precaución, terminan regalándose el abrazo que se debían desde hace 40 años.

Concha Sarriá

Nació en Nikoláyevka, una pequeña localidad de Rusia. Cuando era todavía una niña, su familia se mudó a España y de mayor se formó como enfermera. Acabó la carrera en 1975 y trabajó durante 43 años. Ahora lleva jubilada 8 años. Empezó en la Unidad de Hematología y poco después pasó a Cuidados Intensivos. Durante todo este tiempo, ha vivido en el mundo asistencial crisis como la de la colza o la pandemia de VIH. Esta última no tan de cerca, tal y como ella misma asegura.

Siempre le ha gustado bailar y hoy en día sigue haciéndolo con su marido. “Siempre he querido tratar a los pacientes lo más humanamente posible porque una enfermera ante todo debe ser humana”, afirma.



La candidatura “Todas y todos A1” gana las elecciones al Pleno del CGE

REDACCIÓN. Madrid

Los representantes de los 52 Colegios Oficiales de Enfermería acudieron el 12 de junio a la sede del Consejo General de Enfermería para participar en las elecciones al Pleno de la institución, uno de los órganos de decisión y participación de la Organización Colegial de Enfermería. Votaron tres representantes por cada colegio: presidente,

vicepresidente y secretario, además cualquiera de estos cargos ha podido delegar su voto estatutariamente.

Tras un recuento que finalizó a las 14.30, la candidatura “Todas y todos A1” se impuso a “Por un CGE con futuro” al obtener 97 votos —un 63%— frente a los 57 de la candidatura rival, que obtuvo el 37%.

El recuento de las papeletas fue retransmitido en riguroso directo a todos los presentes —electores y representantes de ambas candidaturas— desde pantallas instaladas en distintas salas del edificio. La jornada electoral se desarrolló con absoluta normalidad democrática y se respetaron todas las medidas sanitarias y de seguridad excepcionales

establecidas a causa de la actual pandemia de COVID-19.

Tras este resultado, los miembros de la candidatura ganadora tomarán posesión de sus cargos próximamente.

Un recuento en riguroso directo

El Pleno del CGE es uno de los órganos de representación de la Organización Colegial de Enfermería, junto a la Asamblea General de presidentes, el Consejo Interautonómico, la Comisión Ejecutiva y la propia Presidencia del



CGE. Está compuesto por 42 miembros —21 titulares y otros tantos suplentes— todos ellos enfermeras y enfermeros procedentes de las distintas áreas en las que ejerce la profesión: cada una de las siete

especialidades, generalistas, profesionales de áreas específicas donde no existe especialidad, docentes, jubilados, etc, así como los presidentes de los Consejos Autonómicos de Enfermería.



16 de los 42 miembros de la candidatura ganadora



LA JORNADA ELECTORAL EN IMÁGENES



Algunos de los miembros de las dos candidaturas que se presentaban a las elecciones



Representantes de los Colegios de Enfermería de Santa Cruz de Tenerife y Cádiz



Miembros de la candidatura "Por un CGE con futuro"



Representantes de distintos Colegios de Enfermería del País Vasco junto a Carmen Ferrer y Rosa María Alberdi, de la candidatura "Por un CGE con futuro"



Las presidentas de los Colegios de Enfermería de Galicia



Los Colegios de Enfermería de la Comunidad Valenciana y Almería también estuvieron presentes



Diego Ayuso, de la candidatura "Todas y todos A1", junto a Ana Giménez y Concha Zaforteza, de la candidatura "Por un CGE con futuro"



Representantes de la Comunidad Valenciana y el Colegio de Enfermería de Huelva, junto a José Luis Cobos de la candidatura "Todas y todos A1"



Juan José Tirado, presidente del CECOVA, y Pilar Fernández, vicepresidenta del CGE miembro de la candidatura "Todas y todos A1"



Jorge Andrada, presidente del Colegio de Enfermería de Madrid y presidente de la mesa electoral en un momento de la votación



Florentino Pérez Raya, presidente del CGE, durante la votación



EL CGE REGISTRA 1.657 AGRESIONES A ENFERMERAS EN 2020

MARINA VIEIRA. Madrid

A lo largo de 2020, pese al confinamiento estricto, hubo 185 agresiones más que el año anterior a enfermeras y enfermeros en España. Así lo confirman los datos del último informe del Observatorio Nacional de Agresiones a Enfermeras del Consejo General de Enfermería. El documento, que incluye datos por Comunidad Autónoma y cuenta con la colaboración de todos los Colegios de Enfermería para su elaboración, contabiliza un total de 1.657 agresiones —frente a 1.472 que se notificaron en 2019—, es decir, estas actitudes violentas se han incrementado en un 12,5%.

Las comunidades cuyos profesionales han sufrido más actos violentos han sido Andalucía (583), País Vasco (184) y Castilla y León (182). Además, se observa un gran incremento de agresiones en comunidades como Galicia donde en 2019 tan sólo se comunicaron dos y en este nuevo informe se han registrado 135.

“Es importante dejar claro que estas no son las únicas agresiones que han tenido lu-

gar. Son las que se han notificado y registrado, de ahí que cobre tanta importancia hacer promoción de la necesidad de visibilizar las agresiones. El ejemplo de Galicia es claro: gracias a las campañas de sensibilización han sido muchas más profesionales las que se han animado a hacer visible la situación”, puntualiza Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería.

Estos datos corresponden a todas las agresiones, tanto físicas como verbales, que profesionales o Colegios de Enfermería han notificado al Observatorio Nacional de Agresiones. Unas cifras superiores a las que notifica la Policía Nacional en su registro anual, ya que no se contabilizan únicamente las denuncias policiales. “En la mayoría de las ocasiones, sobre todo en las agresiones verbales, las enfermeras y enfermeros no se atreven a denunciar. Muchos profesionales creen que los insultos o amenazas no son motivo de denuncia. Desde la Organización Colegial de Enfermería animamos a todos los colegiados a denunciar cualquier actitud violenta, recordamos que la Policía y la Asesoría Jurídica de su colegio de Enfermería están disponibles para atender cualquier situación”, concreta Pérez Raya.

El confinamiento estricto, los aplausos y el reconoci-

Se han incrementado un 12,5% más que el año anterior

miento social al trabajo incansable no han contribuido a que las agresiones disminuyan. Así lo demuestra el informe que ha hecho público el Consejo General de Enfermería a través de su Observatorio Nacional de Agresiones. La pandemia, difícil para todos, lo ha sido aún más para los sanitarios. Enfermeras y enfermeros se han enfrentado a ella sin equipos de protección y han sido la única cara visible para muchos ciudadanos que han expresado ante ellos sus frustraciones. Desde el Consejo General de Enfermería se quiere hacer un llamamiento a la población para aumentar el respeto a las enfermeras: “El respeto ha de ser mutuo; es intolerable que, tras un año de trabajo incansable, se observe este gran incremento de agresiones a nuestros profesionales”, reclama el presidente de las enfermeras españolas.

Datos por CC.AA.

Andalucía es la Comunidad Autónoma que más agresiones ha notificado (583); le si-

Corresponden a agresiones tanto físicas como verbales

guen País Vasco (184), Castilla y León (182), Islas Baleares (173), Navarra (142), Galicia (135) y Castilla-La Mancha (124). Por debajo de la centena de enfermeros que han notificado una agresión se encuentran la Comunidad de Madrid (62), Aragón (28), Cataluña (16), Comunidad Valenciana (15), Canarias (8), Cantabria (4) y Extremadura (1). Por el contrario, La Rioja, y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla han comunicado que ninguna enfermera o enfermero ha notificado agresiones. Mientras que ni la Región de Murcia y ni el Principado de Asturias han aportado datos.

“Teniendo en cuenta que en esta ocasión no hay datos de dos regiones, Asturias y Murcia, el incremento es mucho mayor. En 2019 se obtuvieron datos de todas las comunidades y ciudades autónomas y el cómputo final fue de 1.472, este año contamos 1.657 casos sin contar aquellos lugares donde no han comunicado qué profesionales han sido agredidos, por lo que serán muchos más”, resalta Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería.

Policía Nacional

La Organización Colegial de Enfermería colabora conjun-

tamente con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en la lucha contra las agresiones. Por esta razón, se ha colaborado con la Policía Nacional para poner en marcha un proyecto de visitas presenciales en centros sanitarios llamado IPNS21. El objetivo de esta iniciativa es establecer una relación más cercana y personal con los profesionales sanitarios en primera línea y conocer así, la problemática real que están viviendo. Todos los profesionales de la sanidad cuentan con un correo electrónico en el que pueden consultar dudas: la dirección es ucsp.ipn-sadjunto@policia.es y es una



iniciativa del Equipo Nacional del Interlocutor Policial Sanitario. Desde la Policía Nacional se subraya que este correo de consulta nunca deberá sustituir a los servicios de emergencia de la Policía Nacional, que se seguirán canalizando a través del 091.

Cero agresiones

La Organización Colegial de Enfermería, firme en su compromiso de reducir a cero las agresiones a enfermeras, fundó en 2018 el Observatorio Nacional de Agresiones a Enfermeras. En colaboración con las Fuerzas de Seguridad del Estado, este organismo

enfermero abrió un formulario de libre acceso donde el profesional sanitario puede registrar que ha sido víctima de una agresión física o ver-

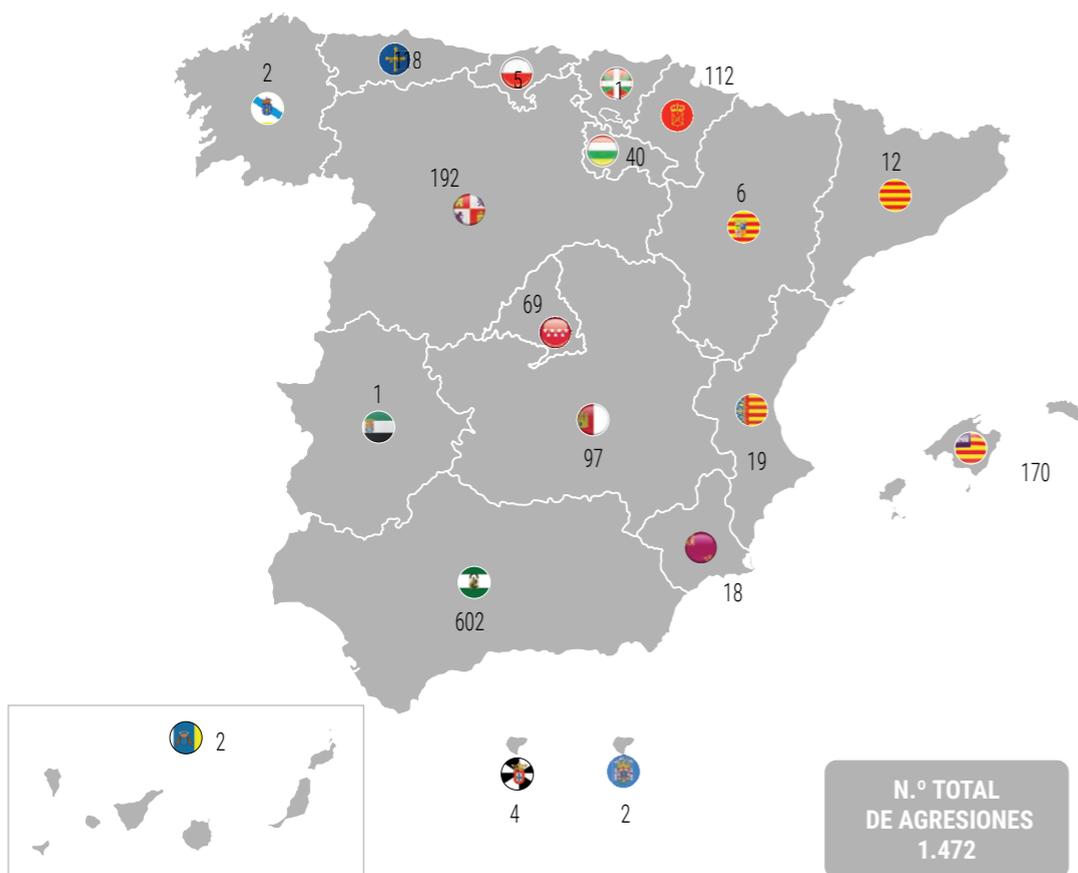
“Tenemos que atajar esta lacra intolerable”

bal. Además, este registro se puede realizar de forma personal o a través del Colegio Profesional, quien tiene la potestad de notificar las agresiones de sus colegiados. El pre-

sidente de las enfermeras hace hincapié en la necesidad de comunicar todo tipo de agresiones.

“El Observatorio, —resalta el presidente del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya—, es una muestra más de nuestro compromiso con este problema. Tenemos que atajar esta lacra, pues resulta intolerable e inadmisible cualquier tipo de conducta vejatoria hacia nuestros profesionales y para ello las profesiones sanitarias trabajamos junto a Policía y Guardia Civil para poner en marcha acciones que contribuyan a erradicar y minimizar este tipo de violencia”.

AÑO 2019



AÑO 2020



Registro de agresiones a enfermeros/as años 2019-2020

Carta a Darías: las enfermeras deben pasar al nivel A1 de la Administración

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

El Consejo General de Enfermería ha reclamado a la ministra de Sanidad, Carolina Darías, una reunión para trasladarle el malestar de las 325.000 enfermeras y enfermeros españoles ante una situación anacrónica, injusta y discriminatoria como es la in-

clusión del colectivo en el nivel A2 de la escala laboral de la función pública. Así, las enfermeras que se han dejado el alma y, en algunos casos la vida, luchando contra la pandemia no ostentan la misma categoría profesional que personas que han estudiado

un grado universitario con los mismos créditos —como abogados, economistas, físicos, biólogos, psicólogos o periodistas, por ejemplo—, que están adscritos al grupo A1 con una titulación idéntica, lo que representa una evidente discriminación hacia una profesión

mayoritariamente de mujeres, que lo ha dado todo durante la pandemia que sufrimos.

El nivel profesional viene determinado por la titulación, la misma que la de profesiones que sí están dentro del A1, y el nivel de responsabilidad, que en las enfermeras está fuera de toda duda, pues qué mayor responsabilidad es cuidar de la salud de la pobla-

ción o la de una vida humana que está en sus manos.

En la carta, firmada por el presidente del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya, se le recuerda a la ministra Darías que “la reticencia de las administraciones públicas a situar a la enfermería en el nivel que legítimamente le corresponde implica unas consecuencias a nivel de desarrollo profesional y el salario que reciben, impidiendo, por ejemplo, el acceso a determinados puestos dentro del ámbito sanitario. Así, mientras que un economista, un abogado, un físico o un psicólogo pueden ser gerente

de un hospital, una enfermera tiene vetado ese puesto, pese a estar preparada para ocupar el cargo, tener competencias en gestión y tener un título universitario absolutamente equiparable a todos estos”.

La enfermería española urge a la ministra a abordar este tema en una reunión inicial para que esta lo pueda trasladar a su vez a los otros ministerios implicados —como Administraciones Públicas— y al propio presidente del Gobierno de la nación.

Se urge abordar este tema en una reunión inicial

Campaña de apoyo popular

Para luchar contra la incoherencia de una normativa obsoleta, el Consejo General de Enfermería y toda la Organización Colegial (52 colegios provinciales y 17 consejos autonómicos) han puesto en marcha a nivel nacional la campaña #EnfermerA1 con el doble objetivo de dar a conocer la injusticia a la que las enfermeras se ven sometidas y pedir al Gobierno este merecido cambio, por formación y responsabilidad, en la clasificación de las enfermeras.

Luchar contra una normativa obsoleta

A través de la [web enfermerA1.com](http://web.enfermerA1.com), cualquier ciudadano podrá expresar su apoyo a esta reivindicación y conocer en profundidad el origen de esta discriminación y sus consecuencias en el día a día de 325.000 enfermeras y enfermeros de nuestro país.



La ministra Carolina Darías





El CGE denuncia que 40.000 enfermeras siguen sin poder prescribir

MIRIAM OLIVAS. Madrid

Cerca de 40.000 enfermeras siguen sin capacitación legal para prescribir en España. El motivo es que tanto Galicia como La Rioja todavía no han regulado la acreditación prescriptora de las profesiona-

les de enfermería. Mientras tanto, la Comunidad de Madrid y Murcia sólo la tienen en el sector público. Esta situación provoca una desigualdad entre las profesionales y entre territorios que se debe a

una sentencia del Tribunal Supremo ante un recurso que interpusieron las propias comunidades para regular ellas mismas este aspecto fundamental para la sanidad en su conjunto. Por lo tanto, el rit-

mo de aprobación de las normas es irregular y crea desigualdades que impiden la construcción de un sistema sanitario fuerte y equilibrado.

“Llevamos tiempo insistiendo en que las administraciones tienen que poner en marcha estas normativas que permiten acreditar a las enfermeras porque, si no, lo que vamos a provocar va a ser una diferencia en la atención sanitaria y por lo tanto desigualdades e inequidad”, asegura el vicesecretario general del Consejo General de Enfermería, José Luis Cobos.

La prescripción enfermera repercute directamente en la calidad y seguridad del paciente. Es vital para agilizar la atención sanitaria, mejorar la eficiencia y aumentar la satisfacción laboral de los profesionales y, en consecuencia, de los pacientes. “El hecho de poner en marcha la capacitación de las enfermeras y

su acreditación para poder prescribir medicamentos y productos sanitarios nos va a permitir agilizar mucho la atención al ciudadano. No tenemos que hacer que el paciente vaya al médico, que luego vaya a la enfermera, vuelva al médico, sino que en un acto la enfermera pueda, tanto detectar qué necesita, como recetárselo a través de una prescripción”, asegura el vicesecretario general del CGE.

Mejora del día a día

No solo a nivel general, ni en el ahorro, la prescripción enfermera es fundamental; también para el día a día de pacientes muy concretos con tratamientos a largo plazo que verían acotados sus tiempos de espera asegurándose una mejor atención. “Las enfermeras en el día a día pueden dar una solución muy rápida, por ejemplo, en la cura de heridas cuando se necesitan determinados apósitos, determinadas medicaciones. En ese proceso que tiene el paciente que ella misma decida lo que necesita y se lo prescriba genera un ahorro de tiempo y es muy ágil. Para un paciente, por ejemplo, diabético, hiper-

La prescripción repercute en seguridad

tenso, que, en la continuidad de su tratamiento, una vez ya prescrito por el médico, pueda contar con la enfermera, en este sentido puede acelerar mucho más su proceso”, afirma Cobos.

Las consecuencias de la pandemia

La pandemia ha tenido unas consecuencias desastrosas para el conjunto sanitario. En este sentido, también ha influido negativamente en los procesos de aprobación de las normas que permiten prescribir a las enfermeras. La emergencia sanitaria ha ralentizado el proceso mucho más de lo habitual.

Sin embargo, la pandemia también ha expuesto las carencias del sistema de salud y se ha visto mucho más clara la necesidad de implementar la capacitación prescriptora. “También ha influido positivamente en la necesidad que tenemos de agilizarlo, por ejemplo, en el proceso de vacunación. La vacuna no deja de ser un medicamento sujeto a prescripción médica y por la normativa que tenemos a nivel estatal la enfermera puede estar acreditada para iniciar esa vacunación sin deber tener una prescripción directa del médico y esto a la hora de poner en marcha la vacunación de la pandemia del coronavirus lo agiliza todo mucho más”, sentencia el vicesecretario general del CGE.

“La acreditación permite agilizar la atención al ciudadano”



¡ACTUALIZACIÓN!

LAS INFOGRAFÍAS SOBRE LAS VACUNAS CONTRA EL COVID-19

La vacunación continúa avanzando en España. Tras seis meses de la campaña más grande de la historia, las autoridades sanitarias han ido adaptando las recomendaciones a cada momento. Pfizer, Moderna, AstraZeneca y Janssen son las cuatro vacunas disponibles hasta el

momento. Con el objetivo de explicar y ayudar a las enfermeras en la vacunación, el Consejo General de Enfermería ha ido lanzando infografías con todos los detalles de cada una de las vacunas, que ahora actualiza también con los últimos datos disponibles.

VACUNA COVID-19 COMIRNATY (PFIZER-BIONTECH)

INFORMACIÓN

- Tipo de vacuna: ARNm que codifica la proteína S encapsulada en partículas lipídicas
- Indicación: población >12 años
- Contraindicaciones: alergia a componente de la vacuna o a dosis previa
- Precauciones: posponer en enfermedad febril aguda
- Eficacia: 94,6% (IC95% 89,9-97,3%) A partir del 7º día tras la 2ª dosis

ALMACENAMIENTO

- Presentación: vial con líquido blanquecino. Contiene 6 dosis. Requiere reconstituir con suero fisiológico 0,9%
- Pauta: 2 dosis de 0,3 ml (intervalo mínimo entre dosis 19 días)
- Via administración: IM en Deltoides
- Reacciones adversas: dolor en punto inyección, cansancio, cefalea, mialgia, resfriado, fiebre, artralgia, malestar y náuseas

USO Y ADMINISTRACIÓN

1. Inspeccionar visualmente el frasco para confirmar que no hay otras partículas y que no se observa decoloración

2. Limpiar el tapón con antiséptico

3. Inyectar 0,3 ml de aire, para compensar la presión en el interior del vial una vez se realiza la extracción

4. Extraer 1 dosis = 0,3 ml. Después, sacar la jeringa con la aguja de carga del vial (preferentemente aguja de punta roma) y aspirar un poco con el émbolo para extraer el líquido de la aguja de carga y no perder volumen de la dosis en el cambio de aguja

5. Cambiar de aguja

6. Administrar IM en Deltoides

7. Deshacer inmediatamente jeringas y agujas en el contenedor de bioseguridad

8. Mantener a la persona vacunada en observación 20 minutos

9. Recordar al paciente que aunque aparece a generarse algo de protección a partir de la tercera semana de la primera dosis, no se generará inmunidad completa hasta 15 días después de la 2ª dosis. La vacuna no exime del cumplimiento de todas las medidas preventivas

VACUNA COVID-19 MODERNA-LONZA

INFORMACIÓN

- Tipo de vacuna: basada en ARN mensajero que codifica la proteína S en una nanopartícula lipídica
- Indicación: población >18 años
- Contraindicaciones: alergia a componente de la vacuna o a dosis previa
- Precauciones: posponer en enfermedad febril aguda
- Eficacia: 94,5% (IC95% 86,5-97,8%)

ALMACENAMIENTO

- Presentación: vial que contiene 10 dosis, es una suspensión de blanco a blanquecino. Puede contener partículas blancas o translúcidas relacionadas con el producto
- Pauta: 2 dosis de 0,5 ml, contiene 100 µg (intervalo mínimo entre dosis 25 días)
- Via administración: IM en Deltoides
- Reacciones adversas: más frecuentes después de la 2ª dosis. Dolor en punto inyección (91,6%), fatiga (68,5%), cefalea (63%), mialgia (59,6%), resfriado, fiebre, inflamación de ganglios linfáticos, artralgia, astenia y malestar

USO Y ADMINISTRACIÓN

1. Inspeccionar visualmente el frasco para confirmar que no hay otras partículas y que no se observa decoloración

2. Mover el vial descongelado sin agitar

3. Limpiar el tapón con antiséptico

4. Inyectar 0,5 ml de aire, para compensar la presión en el interior del vial una vez se realiza la extracción

5. Extraer 1 dosis = 0,5 ml. Después, sacar la jeringa con la aguja de carga del vial (preferentemente aguja de punta roma) y aspirar un poco con el émbolo para extraer el líquido de la aguja de carga y no perder volumen de la dosis en el cambio de aguja

6. Cambiar de aguja

7. Administrar IM en Deltoides

8. Deshacer inmediatamente jeringas y agujas en el contenedor de bioseguridad

9. Mantener a la persona vacunada en observación 20 minutos

10. Recordar al paciente que no se generará inmunidad hasta 14 días después de la 2ª dosis. La vacuna no exime del cumplimiento de todas las medidas preventivas

VACUNA COVID-19 VAXZEVRIA (ASTRAZENECA-OXFORD)

INFORMACIÓN

- Tipo de vacuna: vector viral no replicante basada en adenovirus modificado genéticamente
- Indicación: población <60 años
- Contraindicaciones: alergia a componente de la vacuna o a dosis previa
- Precauciones: posponer en enfermedad febril aguda o infección
- Eficacia: eficacia global 59,6%. Eficacia con pauta a las 12 semanas 81,5%

ALMACENAMIENTO

- Presentación: vial multidosis de 5 ml (10 dosis/vial).
- Emvas con 10 viales.
- Suspensión de incolora a ligeramente marrón, transparente a ligeramente opaco y libre de partículas
- Refrigerada -2-8 °C sin abrir tiempo máximo 6 meses.
- Mantener almacenado en el envase original para proteger de la luz

USO Y ADMINISTRACIÓN

1. Inspeccionar visualmente el frasco para confirmar que no hay otras partículas y que no se observa decoloración

2. Limpiar el tapón con antiséptico

3. Inyectar 0,5 ml de aire, para compensar la presión en el interior del vial una vez se realiza la extracción

4. Extraer 1 dosis (0,5 ml) Eliminar posibles burbujas de aire con la aguja dentro del vial para evitar pérdidas. Después, sacar la jeringa con la aguja de carga del vial (preferentemente aguja de punta roma) y aspirar un poco con el émbolo para extraer el líquido de la aguja de carga y no perder volumen de la dosis en el cambio de aguja

5. Cambiar de aguja

6. Administrar IM en Deltoides

7. Deshacer inmediatamente jeringas y agujas en el contenedor de bioseguridad

8. Mantener a la persona vacunada en observación 20 minutos

9. Recordar al paciente que aunque aparece a generarse algo de protección a partir de la tercera semana de la primera dosis, no se generará inmunidad completa hasta 15 días después de la 2ª dosis. La vacuna no exime del cumplimiento de todas las medidas preventivas

VACUNA COVID-19 Ad26.COV2.S (JANSSEN - JOHNSON & JOHNSON)

INFORMACIÓN

- Tipo de vacuna: adenovirus humano no replicante Ad26, que vehiculiza la proteína S
- Indicación: población >18 años
- Contraindicaciones: alergia a componente de la vacuna o a dosis previa
- Precauciones: posponer en enfermedad febril aguda o infección
- Eficacia: 67%. Efectiva en un 85,4% en la prevención de la enfermedad grave. Más del 81% en la capa bronquial y subyugular

ALMACENAMIENTO

- Presentación: vial multidosis de 2,5 ml (5 dosis/vial)
- Emvas con 10 viales
- Suspensión de incolora a ligeramente amarilla, de transparente a muy opalescente y libre de partículas
- Refrigerada -2-8 °C sin abrir tiempo máximo 6 meses.
- Mantener almacenado en el envase original para proteger de la luz

USO Y ADMINISTRACIÓN

1. Inspeccionar visualmente el frasco para confirmar que no hay otras partículas y que no se observa cambio de color

2. Limpiar el tapón con antiséptico

3. Inyectar 0,5 ml de aire, para compensar la presión en el interior del vial una vez se realiza la extracción

4. Extraer 1 dosis (0,5 ml) Eliminar posibles burbujas de aire con la aguja dentro del vial para evitar pérdidas. Después, sacar la jeringa con la aguja de carga del vial (preferentemente aguja de punta roma) y aspirar un poco con el émbolo para extraer el líquido de la aguja de carga y no perder volumen de la dosis en el cambio de aguja

5. Cambiar de aguja

6. Administrar IM en Deltoides

7. Deshacer inmediatamente jeringas y agujas en el contenedor de bioseguridad

8. Mantener a la persona vacunada en observación 15 minutos

9. Recordar al paciente que la vacuna no exime del cumplimiento de todas las medidas preventivas



El estrés por el COVID-19 agrava los problemas de las pieles atópicas

RAQUEL GONZÁLEZ. Madrid

Dos de cada diez niños en España padecen piel atópica. Con el paso del tiempo, la enfermedad tiende a desaparecer, aunque persiste en algunos casos y, en otros, los menos, debuta directamente en la edad adulta. La prevalencia en este segmento de edad es del 8%.

Los meses de pandemia han afectado especialmente a estos pacientes y es que el estrés es uno de los factores determinantes en la aparición de brotes y se relaciona directamente con su gravedad. Así se ha puesto de manifiesto durante la celebración del webinar “El reto de la piel atópica: del diagnóstico al cuidado”, un encuentro que se enmarca

dentro del acuerdo de colaboración alcanzado entre el Consejo General de Enfermería de España y CeraVe para promover la formación de las enfermeras en el cuidado de las afecciones de la piel bajo el lema “En la piel de la enfermera”.

“El miedo se ha reflejado en la piel”

En este webinar, segundo que realizan conjuntamente ambas entidades, y con más de 3.000 enfermeras inscritas,

han participado la enfermera M.^a Cruz Pérez Llorente, de la Unidad de Dermatología del Hospital del Río Hortega de Valladolid, y Álvaro González Cantero, especialista en Dermatología y Venereología del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid y del Grupo Pedro Jaén.

A cualquier edad

En su intervención, Álvaro González Cantero ha explicado que la dermatitis atópica es una patología muy frecuente “sobre todo en niños, en los que es casi una condición de la piel”. El dermatólogo ha destacado que a estas

edades supone un problema para los más pequeños, a quienes el picor no les deja descansar llegando a impedirles conciliar el sueño, y para los padres, para quienes representa un auténtico quebradero de cabeza, ya que su control requiere no sólo recibir el tratamiento adecuado sino también una gran constancia y formación para aplicarlo correctamente. A estas edades, ha señalado, “con una información adecuada, una buena hidratación y algún antiinflamatorio tópico podemos controlar la mayoría de los casos”.

En la edad adulta la prevalencia desciende al 8%, sin embargo, alterando tanto su calidad de vida, que pueden generarse incluso alteraciones psicológicas. En estos pacientes, ha añadido, a menudo hay que ir un paso más allá y recurrir a terapias orales o inyectables. “Afortunadamente, estamos contentos por la aparición en los últimos años de tratamientos

cada vez más eficaces que nos permiten ayudar a estos pacientes”.

Piel en pandemia

Por su parte, M.^a Cruz Pérez Llorente ha llamado la atención sobre el impacto de la pandemia en nuestra piel. “Estamos viendo que, de alguna forma, ese miedo que se ha vivido tiene su reflejo en la piel. Esto es algo que está afectando no sólo a las personas con piel atópica sino en general, pero es cierto que en el caso de estos pacientes se ha traducido en más brotes y de mayor gravedad por lo que su manejo requiere de un tratamiento más complejo que en circunstancias normales”.

La clave: hidratación constante

Además, en esta época, las pieles atópicas se ven afectadas por la mayor presencia de pólenes y es que, según ha explicado, estos reactivan la dermatitis.

De cara al verano, esta enfermera ha explicado que, si bien la piel de estos pacientes suele

mejorar debido a la exposición solar, conviene tener ciertas precauciones como evitar los baños en el mar o la piscina si se tiene un brote agudo, aclararse bien la piel al salir del agua, hidratarse y no olvidarse de la protección solar.

Innovación y calidad de vida

El encuentro, que ha sido moderado por Íñigo Lapetra, director de Comunicación del Consejo General de Enfermería, ha contado también con la intervención de Mercedes Abarquero, farmacéutica y responsable de Comunicación Científica de CeraVe, que ha analizado las nuevas formulaciones dirigidas al tratamiento y cuidado de la piel atópica y cómo la innovación se traduce en una mejora de la calidad de vida de estos pacientes. “La recomendación dermocosmética es un pilar clave en el cuidado de estas pieles, donde además el papel de la enfermería es crucial para ayudar, a través de la educación, el consejo y el seguimiento a los pacientes en el cuidado diario de su piel, permitiendo mejorar su calidad de vida”, ha explicado.





Rechazo absoluto a crear un nuevo título de supervisión de residencias

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

El CGE ha vuelto a denunciar públicamente el “sinsentido” de crear una nueva titulación para la supervisión y gestión en centros gerontológicos tras la apertura de consulta pública previa sobre el Real Decreto que regulará esta nueva formación.

Después de la aprobación de la Proposición No de Ley (PNL) por parte de la Comisión de Derechos Sociales y Políticas Integrales de la Discapacidad del Congreso de los Diputados, la medida sigue su curso, generando un enorme conflicto con la profesión enfermera. “En España existe la figura de la enfermera, tanto generalista como especialista en Geriátrica, que son profesionales formados durante años para atender, gestionar y cuidar de los residentes, haciendo que estos centros sean lugares seguros y sanos”, afirma Flo-

rentino Pérez Raya, presidente del CGE.

En este sentido, el presidente de las 325.000 enfermeras españolas recuerda que tras conocer la noticia la institución se puso en contra radicalmente. “Una vez más, las

Las enfermeras dirigen y prestan los cuidados

administraciones vuelven a escuchar a la profesión, ignorando nuestras demandas y continuando con un proceso totalmente innecesario como es la creación de una nueva formación”, apunta. De hecho, estas preocupaciones ya

se trasladaron a los responsables de la PNL, que hicieron oídos sordos a las palabras de las enfermeras. Durante una reunión en la que se encontraban el vicesecretario general del CGE, José Luis Cobos, y la diputada del PSOE, María Luz Martínez, encargada de presentar la proposición en el Congreso, se explicó la situación. “Tuvimos que explicar lo que era una enfermera y qué competencias tenemos”, explica Cobos.

LOPS

Asimismo, afirma que lo que expone esta PNL ya está contemplado en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) como competencias de las enfermeras. “En la ley se dice que los profesionales que dirigen, evalúan y prestan los cuidados son las enfermeras. No podemos consentir que la falta de enfermeras se utilice como justificación para esto”, asevera.

“El abordaje global que necesita el sistema sociosanitario español no pasa por la creación de titulaciones nuevas. Existe un importante déficit de cuidados. Hay que apostar por las enfermeras como referentes en cuidados y no que más perfiles profesionales se sumen a un ecosistema nefasto donde prevalece la precariedad laboral”, añade Pérez Raya.

El Ministerio de Sanidad cambia la adjudicación de plazas de especialistas

GEMA ROMERO. Madrid

Tras las protestas de los futuros especialistas, el Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha una nueva aplicación para que los aspirantes a las plazas de formación sanitaria especializada (FSE) tengan mayor información sobre las vacantes disponibles en el momento de la elección.

Según explicaba el Ministerio en un comunicado, tras introducir su número de orden y seleccionando una serie de filtros, los aspirantes pueden disponer de estadísticas que les permitirán estudiar las posibilidades de que les asigne la plaza que desean en base a las preferencias de quienes ya han firmado una selección telemática, totalmente anonimizada.

Según Sanidad, el sistema devuelve un listado de plazas que cumplen con los criterios seleccionados, incluyendo hasta el centro deseado. La aplicación informa al solicitante de cuántos aspirantes con número de orden inferior al suyo han elegido cada plaza, así como el detalle de qué prioridad han asignado estos a la plaza, por rango de orden. Adicionalmente, se muestra el grado de fiabilidad de la información mostrada, en función del número de aspirantes que hayan firmado una solicitud.

El Ministerio de Sanidad se ha comprometido a que todas las incidencias comunicadas por los aspirantes durante cada sesión quedarán resueltas

antes de la adjudicación de la siguiente. Por lo que, si fuera necesario, se retrasaría el periodo de elección y adjudicación de las siguientes sesiones y podría requerirse retrasar la fecha de incorporación prevista entre el 16 y el 19 de julio.

podrán escoger entre las plazas disponibles tras la elección del turno anterior, reduciendo así la previsión inicial de 2000 aspirantes por turno.

Rechazo

Estos cambios no han gustado a FSE Unida, que agrupa a los aspirantes de las siete profesiones sanitarias que optan a estas plazas. Tal y cómo han denunciado en su cuenta de Twitter “parece ser que todo el mundo puede acceder a todas las solicitudes tramitadas y firmadas electrónicamente y averiguar qué plazas se han solicitado”, lo que, a su juicio, podría vulnerar la ley de protección de datos. De hecho, han solicitado medidas cautelares contra la resolución del DGOP en la Audiencia Nacional.

Han pedido medidas cautelares ante los tribunales

Además, el proceso de adjudicación de los aspirantes comenzará el próximo 15 de junio (para Enfermería) y el 21 de junio (para Medicina) y se llevará a cabo en turnos de 400 aspirantes por día, que



Imagen de la manifestación del pasado 8 de junio



Birrete de un doctor en Enfermería

Piden que Enfermería sea un ámbito de conocimiento en las enseñanzas universitarias

GEMA ROMERO. Madrid

El Ministerio de Universidades está elaborando un **nuevo Real Decreto** para ordenar las enseñanzas oficiales del Sistema Universitario Español. En el trámite de información pública que acaba de finalizar, el Consejo General de Enfermería (CGE) ha solicitado, dentro de las alegaciones que ha presentado, que Enfermería sea incluida en el listado de ámbitos de conocimiento.

Con el nuevo Real Decreto desaparecen las cinco ramas del conocimiento actuales (Artes y Humanidades, Ciencias, Ciencias de la Salud, Ciencias Sociales y Jurídicas e Ingeniería y Arquitectura), y pasan a establecerse 28 ámbitos de conocimiento, en función de los códigos del ISCED (2013) de la UNESCO, pero entre las

que no se ha incluido a la Enfermería “de forma incomprensible y sin ninguna justificación”, según señala el presidente del CGE, Florentino Pérez Raya. No en vano “Enfermería cuenta con el có-

El proyecto incumple la Directiva que regula la profesión

digo UNESCO 0913, regulación específica por Directiva Europea, Orden Ministerial también específica y más de 11.000 egresados al año”, destaca.

Así, en el proyecto de Real Decreto las actuales Ciencias de la Salud se dividen en “Especialidades de la salud”, — que es donde se ha incluido a Enfermería—, y por otro lado “Medicina y Ciencias Biomédicas”, y “Veterinaria”. Sin embargo, para el CGE con esta clasificación “el alto nivel de especialización que requiere Enfermería, con 180 de los 240 créditos como parte del área de conocimiento específico, no queda cubierto por el ámbito de ‘especialidades sanitarias’, un área que no identifica a la profesión enfermera”, subraya Pérez Raya.

Como explica José Ángel Rodríguez, vicepresidente del CGE y profesor titular en la Universidad de La Laguna (Tenerife), “las áreas de cono-

cimiento se deben reconocer por su interés social y por su interés profesional. La Enfermería surge de la necesidad de formar a personas para cuidar. Es muy curioso que, en un momento como el actual, cuando se ha visto la necesidad de contar con enfermeros, con gente que cuide a los pacientes de COVID, no se haya incluido a la Enfermería como ámbito de conocimiento. Enfermería no es una disciplina menor, como así se la considera en este Real Decreto. Es una disciplina que tiene derecho a su propia área de conocimiento, su propia facultad de Enfermería, y eso es lo que pedimos”, destaca.

A este respecto Eva García Perea, directora del Departamento de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid, que también ha participado en la elaboración de las alegaciones, recuerda que, durante la pandemia, “más de 4.000 estudiantes de Enfermería han sido contratados como auxilio sanitario, frente a los 700 estudiantes de Medicina. Unos estudiantes, los de Enfermería, que estuvieron en primera línea dadas sus competencias, a los estudiantes de Medicina se les pidió que explotaran datos epidemiológicos o de historia clínica, y no tuvieron ese contacto directo”, subraya.

Incumplimiento

Además, este proyecto no contempla especificidades de la formación práctica, establecidas en el Directiva Europea que regula la profesión a nivel comunitario, lo que puede ocasionar problemas posteriormente para el reconocimiento de los títulos españoles en la Unión Europea. Así,

en el Real Decreto se establece que “en el caso de que el plan de estudios incorpore la realización de prácticas académicas externas curriculares, estas tendrán una extensión equivalente al 25% del total de los créditos del título”.

Sin embargo, como explica José Ángel Rodríguez, “las prácticas en Enfermería no son prácticas externas, en empresas externas, son prácticas clínicas dentro del sistema sa-

38% del total de los créditos del título.

Participación

Finalmente, el RD no se establece de forma específica una adecuada participación en todo lo relativo a la elaboración de los planes de estudio de las titulaciones de los colegios profesionales de ámbito estatal.

Como señala el presidente del CGE, “para el ejercicio profesional de enfermero se requiere tener el Grado en Enfermería, formación impartida por la universidad. Por ello, los colegios profesionales, como garantes del ejercicio profesional, y las universidades, que imparten la formación, deben mantener y conservar una estrecha relación y colaboración con la sintonía y cohesión necesarias para que haya una correlación entre la formación y las necesidades de cuidados de la sociedad, pues los conocimientos y competencias adquiridos en la universidad han de ser empleados después en beneficio de la salud de los ciudadanos”, concluye.

“Enfermería no es una disciplina menor, merece ser Facultad”

nitario, y deben ser formados por enfermeros que hagan de tutores de las prácticas”. Además, la Directiva Europea que regula la profesión establece un número mínimo de prácticas de 2.300 horas, lo que supondría entre el 32 y el



Imagen de una clase en la Facultad de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid



Enfermera durante el desastre de Chernóbil:

“Al volver de allí, tenía miedo a la vida”

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

“Al volver de allí, tenía miedo a la vida”, cuenta Natalia (Natasha en su país natal), enfermera ucraniana que vivió muy de cerca el desastre de Chernóbil y años más tarde emigró a Membrilla, un pueblo de Ciudad Real. Sólo tres meses después de la explosión de la central nuclear (abril, 1986), cuando iba a empezar su turno en el hospital, el jefe de planta le entregó una carta. “Me especificaban que tenía que ir a una dirección con la ropa y el pasaporte. Me dijeron que era eso o la cárcel”, explica.

No es que quisiera ir, es que tenía que ir. “Sabíamos que algo pasaba, pero no sabía-

mos lo que le ocurría a la gente después de esto”, recuerda la enfermera, que ha acudido al programa *En compañía*, de Castilla-La Mancha Televisión, en el que ha contado su historia.

Me dijeron que era eso o la cárcel

Cuando llegaron, ya no quedaba nada tal y como se conocía hasta entonces. Les encomendaron el trabajo de atender a los obreros de la cúpula que se estaba constru-

yendo para intentar sellar la central. Morían sin parar, la radiación era tan alta que sólo podían aguantar 30 minutos. “Yo ayudaba a esos trabajadores, eran jóvenes militares obligados por el Gobierno a ir allí. Decían que eran voluntarios, pero era mentira. También trabajaban presos”, comenta Natalia, que recuerda con asombro cómo trabajaban con trajes de plástico como los que hay ahora para el coronavirus. “Eso no protege contra la radiación. Morían muchísimas personas de cáncer, había infartos, muchos tenían problemas de visión...”, recalca.

Síntomas

Tomó un tratamiento inservible para la radiación y sufrió vómitos, dolores de estómago, epilepsia, convulsiones... “No sabes cómo reaccionar. Cuando volví a la normalidad, empezaron a hacerme pruebas; me dijeron que mi estructura genética había quedado destruida. La radiación había arruinado la salud de aquella joven”, rememora.

Con 32 años, se le empezaron a caer los dientes y tenía los huesos como los de una persona mayor. “No sabía que me esperaba en la vida y tenía miedo a vivir. Me obligaron a firmar unos papeles y nos prohibieron hablar de lo que vimos cuando trabajábamos allí”, denuncia.

Tras varios años de sufrimiento, cuando tenía 35, Natalia decidió buscar una nueva vida lejos de Ucrania y se trasladó a Ciudad Real. Ahora, con 57 años, con la experiencia de la madurez y con la tristeza de todos los sueños que le han robado, busca conocer gente para continuar su camino y compartir experiencias.



Enfermeras de Ceuta crean un programa de educación en salud para presas

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

La educación para la salud de las personas privadas de libertad en los centros penitenciarios de toda España es uno de los principales objetivos para salvaguardar y mejorar su calidad de vida. Entre los encargados de realizar estos cuidados están los enfermeros y las enfermeras de prisiones, garantes de la salud de los reclusos. Conocedores de esta necesidad, alumnos de la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta, perteneciente a la Universidad de Granada, llevan años realizando un programa de prácticas de atención a las presas de la cárcel de Ceuta.

Con la llegada de la pandemia, la paralización de los estudios y la necesidad de aislar a poblaciones vulnerables para evitar la propagación del virus, el equipo docente de la facultad decidió trasladar esta formación a diferentes trípticos con toda la información necesaria para el cuidado de su salud. “Tenemos muy buena relación con el centro penitenciario y no queríamos

que se descuidara por la pandemia. Los profesores hemos preparado esta formación a distancia y el recibimiento ha sido muy bueno”, explica María Adelaida Alvarez, vicedecana de Ordenación Académica e Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta.

“No queríamos descuidar el tema por la pandemia”

En total, cuatro folletos que se han repartido entre las mujeres de la prisión para que conozcan **hábitos saludables, higiene íntima y detección de infecciones, exploración mamaria y anticonceptivos**. “Les explicamos detalles sobre temas como el preservativo femenino y la importancia de prevenir infecciones de trans-

misión sexual. También enseñamos cómo hacer la autoexploración mamaria y cómo llevar a cabo una buena higiene íntima”, subraya Álvarez.

Prácticas in situ

Asimismo, asegura que quieren volver a realizar las prácticas in situ en cuanto se pueda. “Los alumnos van acompañados por uno de los enfermeros del centro y realizan estos programas además de realizar también las funciones propias de la enfermería como curas, analíticas o administrar medicación”, destaca la vicedecana, que apunta que los alumnos que acuden a estas prácticas son voluntarios porque “son servicios delicados y pedimos que ellos lo elijan”.

Junto a ella, la iniciativa cuenta también con la participación de otros docentes de la facultad como María Montiel, Sergio José Toribio y María Isabel Tovar.

Enfermera y maquilladora de estrellas, la historia de Raquel Álvarez

MARINA VIEIRA. Madrid

“Ejercí como enfermera durante 10 años. Al principio era mi única profesión y dedicación exclusiva. Mientras ejercía, empecé a hacer algún curso de maquillaje y continué un tiempo mezclando las dos cosas. Mi experiencia como enfermera fue muy buena, me gustaba mucho mi trabajo”, introduce Raquel

Álvarez, enfermera y maquilladora de estrellas. Y así, de casualidad, el *hobby* de esta enfermera acabó convirtiéndose en su profesión. Su afición aparcó aquello por lo que tanto había estudiado y ha acabado siendo una de las mejores maquilladoras de publicidad y *celebrities* de España. Tras mucho esfuerzo com-



paginando las dos actividades profesionales acabó eligiendo el maquillaje y la peluquería. “Fue muy duro, la verdad, trabajaba de noches de enfermera, para por la mañana poder ser asistente de un maquillador. Cuando ya pasó un tiempo empecé a cobrar, pero no me daba para vivir de ello, por eso lo compaginaba”, explica Álvarez.

La elección entre ser enfermera o maquilladora fue complicada, en su casa nadie entendió la decisión. “El primer contrato surgió de casualidad. Fui a un *casting* a probar y me cogieron. Requería irme tres meses a rodar a una película y tuve que decidir entre seguir trabajando como enfermera o arriesgarme en este mundo. Mi familia se pensaba que era un *hobby* y fue un *shock* que decidiera apostar por el maquillaje y dejar de lado la enfermería, una carrera que tanto me había motivado,” relata. Pero ella lo tuvo claro desde que le surgió la oportunidad.

Por sus manos han pasado personalidades de la talla de Johnny Depp, Laura Ponte, Vanessa Lorenzo o las cantan-

Su formación como enfermera, clave del éxito

tes Aitana y Rosalía. Sus creaciones han sido portada de publicaciones como *Vanity Fair*, *In Style*, *Telva* o *Yo Dona*. Además, confiesa que su formación como enfermera ha sido clave para alcanzar el éxito. “Me han servido mucho los conocimientos técnicos y científicos respecto a, por



ejemplo, la piel. Cuando ves que una persona tiene una patología cutánea o que simplemente tiene la piel deshidratada o atópica lo sé identificar perfectamente”, especifica.

Evaluar la piel

También concreta que gracias a su formación es capaz de “evaluar las capas de la piel, cómo reacciona, qué compuestos tiene el PH o la solubilidad”, enumera.

Unas capacidades que le han servido para seguir estudiando algunas materias. “A raíz de esto he estudiado química aplicada al maquillaje porque me parece interesante leer un producto cosmético y conocer los ingredientes. Para esto me ha ayudado mucho ser enfermera. Hay muchos

compañeros que me llaman ‘la enfermera *friki*’”, bromea.

Lo mejor, la felicidad de la gente

A pesar de que, para ella, la satisfacción es el trabajo bien hecho, confiesa que hay ciertas personalidades que le apasionaría tener la oportunidad de maquillar. “Siempre tienes a gente que piensas que te gustaría maquillar. Por ejemplo, Be-

yoncé o Rihanna o Penélope Cruz”, concreta. Aunque, para ella lo mejor es que el resultado haga feliz a la persona, que, a través del maquillaje pueda potenciar la belleza de las personas a las que maquilla. “Al final me gusta maquillar a todo el mundo, ya sea *celebrity* o mi vecina del quinto que me llama porque tiene la comunión de su hija. Porque la sensación que me produce ver a una persona feliz es la misma. Obviamente cuando estás en un trabajo muy importante y se quedan encantados de la vida, me produce satisfacción”, concreta.

La maquilladora con formación enfermera muestra su admiración por el trabajo de sus compañeras y hace un llamamiento para invertir más en sanidad pública y mejorar las condiciones de estas profesionales. “Ojalá se pueda hacer algo más para que se valore más a la sanidad pública, que se incentive de alguna manera económica y se contrate a más gente. Todas mis compañeras están muertas de cansancio y si no hay personal, la carga asistencial es tan grande que da igual los mensajes que les enviemos a las pobres porque ya no escuchan, simplemente se limitan a hacer su trabajo”, reclama la enfermera y maquilladora.

Johnny Depp o Rosalía han pasado por sus manos



Marina González y Haydee Goicoechea, Premio Internacional Nightingale 2020

“A veces pensamos que sólo son grandes investigadores los de fuera de España”

M. VIEIRA / D. RUIPÉREZ. Madrid

Entrevistamos a Marina González, enfermera que trabaja en la unidad de Neuroinmunología y Esclerosis Múltiple de la unidad de Neuroinmunología del Instituto Biomédico de Gerona y a Haydee Goicoechea, enfermera de la unidad de Esclerosis Múltiple del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Estas dos enfermeras españolas especializadas en Esclerosis Múltiple (EM) han sido galardonadas con el Premio Internacional Nightingale 2020 por sus investigaciones en este campo.

¿Os ha sorprendido la concesión de este premio? ¿Cómo habéis vivido esta buena noticia?

Haydee Goicoechea (HG): Yo conocí este premio por una convocatoria que lanzó la Organización Internacional de

Esclerosis Múltiple (IOMS). Los tiempos fueron precipitados, pero conseguimos sacarlo adelante y, para nuestra sorpresa, nos lo concedieron. Estamos muy emocionados, ha sido un trabajo intenso, durante un corto periodo de tiempo, pero ha salido adelante.

Marina González (MG): Es un proyecto en el que trabajamos muchísimo. No nos lo esperábamos porque éramos muchísimos candidatos y a veces sufrimos un poco el complejo de inferioridad y

pensamos que los grandes investigadores son los de fuera. Hemos sido dos las galardonadas y tenemos que sentirnos muy orgullosas.

Habladnos un poco de esos proyectos de investigación, ¿en qué línea van? ¿cómo pueden ayudar al paciente?

MG: en nuestro proyecto buscamos encontrar una herramienta que nos permita medir de forma válida y eficaz el conocimiento que tienen las personas con Esclerosis Múltiple sobre su enfermedad. Esto que parece tan sencillo de momento no lo estamos aplicando y nos permite, por un lado, usar herramientas para medir el impacto que tiene esa tarea tan importante de enfermería que es la educación para la salud y por parte de los pacientes es la base de lo que tienen que saber sobre su enfermedad. Esto se traduce en más conocimiento, más autonomía y más calidad de vida, que es el objetivo primero en una enfermedad como esta.

HG: Recoge el impacto de la consulta de enfermera de práctica avanzada. Es una consulta que se creó aquí en el hospital hace un año y vamos a recoger todas las variables, todo lo que hace enfermería, en este proceso de atención al paciente. El objetivo es mejorar la atención.

“La enfermera es el referente para los pacientes”



Muchos hospitales no disponen de esa figura clave de la enfermera de práctica avanzada y creemos que es esencial para pacientes crónicos como lo son los pacientes de Esclerosis Múltiple.

¿Coincidiréis conmigo en que esta patología despista muchísimo al paciente en el momento del diagnóstico porque tiene múltiples caras?

MG: Es una enfermedad que desde el momento cero plantea muchísimas dudas a las personas que la sufren. Por lo tanto, enfermería es un referente para ir las guiando y acompañando durante todo el proceso. No olvidemos que es una enfermedad crónica, lo que significa que las necesidades van evolucionando a lo largo de la vida de estas personas.

¿De qué se ocupan las enfermeras encargadas del cuidado de pacientes con Esclerosis Múltiple?

HG: La enfermera es el referente. El referente de la unidad de Esclerosis Múltiple. Ya sea para la atención directa o como gestora de casos. Somos quienes podemos ofrecer un plan de cuidados adecuado al paciente y el nexo de comunicación entre paciente y médico. Muchas veces el canal de comunicación, paciente-neurólogo es muy difícil y por eso la enfermera es el filtro para que la gestión se lleve a cabo adecuadamente. La sintomatología es muy variada en EM y los pacientes acuden a la enfermera quien es capaz de resolver cierta sintomatología evitando que se acuda de forma innecesaria a urgencias o consultas en Atención Primaria.

En unidades no tan consolidadas puede pasar



Haydee Goicoechea

que entren enfermeras sin esa especialización. ¿Hace falta que en neurología haya enfermeras con una cierta estabilidad laboral dentro de una unidad especializada?

MG: Yo creo que no es sólo en EM o sólo en neurología. Enfermería debe luchar por esas especialidades y esa estabilidad que nos hace estar seguras en nuestro trabajo y poder ofrecer los cuidados de calidad que estamos buscando.

¿Cuándo esperaréis tener resultados concluyentes para poder defender con esos datos la tesis de la gestión de casos o la utilización de nuevas escalas para comunicarse con el paciente?

HG: Mi proyecto es de seis meses. En este tiempo deberíamos dar datos preliminares sobre el impacto que tiene la consulta.

MG: En el caso de nuestro equipo, es cierto que la pandemia bloqueó totalmente el proyecto y ha sufrido un revés y esperábamos tener resultados después de la primera etapa que estamos identificando instrumentos y su análisis. Esta etapa esperamos acabarla a principios del año que viene. Para la segunda etapa que consiste en adaptar o ge-

nerar un instrumento nuevo necesitaremos, por lo menos, un año más.

¿Cómo ha afectado a los pacientes de EM el impacto del coronavirus?

MG: El punto principal —sobre todo en marzo— fue la incertidumbre, es decir, no poder dar respuesta, aunque sí un mensaje tranquilizador de que el equipo sanitario seguía estando y dispuesto a ofrecer todo el apoyo que se necesitase. Es verdad que a medida que iba llegando información se iba normalizando el servicio y debemos tener en cuenta el poder transformador que ha tenido la pandemia en todos los niveles del sistema sanitario. Me refiero a las visitas virtuales. Hubo unos meses que se tuvieron que retrasar algunas, pero se ha retomado prácticamente todo el trabajo habitual.

HG: en mi hospital ha sido muy difícil, en marzo lo pasamos muy mal. Ha sido muy importante la atención telemática, por correo electrónico o por teléfono. También hemos tenido que hacer nuevos protocolos porque los tratamientos, aquellos que son inmunosupresores, se han tenido que retrasar el inicio. Pero hemos aprendido que podemos adaptarnos a todos estos cambios.



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

MARINA VIEIRA. Madrid

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

Formación necesaria

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

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

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

Formación continuada para afrontar la pandemia

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

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

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



ENFERMERAS esenciales en la pandemia discriminadas por la Administración



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

enfermerA1.com

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

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

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



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA



Fotografías y grabaciones de vídeo en el ámbito de la atención sanitaria (III)

FRANCISCO CORPAS. Director de Asesoría Jurídica CGE

Continuamos en este artículo con el análisis de la regulación y la jurisprudencia sobre la posibilidad de grabar o fotografiar a los profesionales sanitarios en el ejercicio de sus funciones por parte de terceros (pacientes o familiares).

En anteriores artículos analizamos cómo el concepto de intimidad y vida privada se ha venido vinculando por el Tribunal Supremo al criterio de la expectativa razonable de estar en circunstancias sometidas al escrutinio ajeno.

Por su parte, lo que ha hecho la jurisprudencia del Tribunal Constitucional en este punto ha sido recoger la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que ha considerado muy restrictivo limitar la noción de vida privada al círculo íntimo en el que el individuo puede conducir su vida personal a su manera y excluir plenamente el mundo exterior no incluido en este círculo, pues también en otros ámbitos, y en particular en el relacionado con el trabajo o la profesión, se desarrollan relaciones interpersonales, víncu-

los o actuaciones que pueden constituir manifestación de la vida privada (STEDH de 16 de diciembre de 1992, Niemietz c. Alemania, § 29; doctrina reiterada en las SSTEDH de 4 de mayo de 2000, Rotaru c. Rumania, § 43, y de 27 de julio de 2004, Sidabras y Džiautas c. Lituania, § 44). Por ello, la protección de la vi-

La protección se extiende más allá del círculo familiar

da privada en el ámbito del Convenio Europeo de Derechos Humanos, se extiende más allá del círculo familiar privado y puede alcanzar también a otros ámbitos de interacción social (SSTEDH de 16 de diciembre de 1992, Niemietz c. Alemania, § 29; de 22 de febrero de 1994, Burghartz c. Suiza, § 24; y de 24 de ju-

nio de 2004, Von Hannover c. Alemania, § 69).

Este criterio también ha sido asumido por la Agencia Española de Protección de Datos, al señalar que la captación por particulares de la imagen de empleados públicos, generalmente a través de teléfonos móviles. Aunque la finalidad sea la difusión por Internet, no puede enmarcarse en una actividad estrictamente personal y doméstica. Así, en sus Resoluciones nº 778/2018 y nº 938/2018 la Agencia sancionó hasta con 2000 euros la difusión de imágenes de agentes de policía, vulnerando derechos fundamentales como la intimidad y el honor, como constitutiva de una infracción administrativa grave del art. 44.3 b) LOPD.

Sobre esa base, la Agencia concluye que, si las imágenes captadas o grabadas no se refieren a su esfera más íntima, debe dárseles el tratamiento de las normas de protección de datos personales, tanto para la obtención de la imagen como para su difusión o publicación posterior.



DIARIOENFERMERO

El mejor portal de noticias de enfermería y salud



diarioenfermero.es

síguenos en:



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

La gente no cree a Sanidad y pide AstraZeneca

El Ministerio de Sanidad español debe saber que la Agencia Europea del Medicamento (EMA, por sus siglas en inglés), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Gobiernos de media Europa. De lo contrario, no se entiende la campaña de acoso y derribo que Carolina Darias y su equipo han desatado contra AstraZeneca, con la inestimable ayuda de la cúpula del Instituto de Salud Carlos III.

Es cierto que la multinacional anglosueca ha actuado de forma impresentable al entregar a la Unión Europea (UE) muchas menos dosis de las prometidas. Fabricar en territorio comunitario millones de sueros con el fin de enviarlos fuera mientras los países del continente se las ven y se las desean para cumplir los objetivos vacunales que trazaron en base a las cantidades pactadas previamente es inadmisibles y debe tener consecuencias judiciales. Quien quiebra el principio de *Pacta Sunt Servanda* ha de ser castigado por ello, como marcaba el Derecho Romano y hoy recogen todas las legislaciones. Pero una cosa es apoyar a Bruselas en su guerra sin cuartel contra AstraZeneca e incluso jalar a la Comisión para que actúe *manu militari* en los tribunales, y otra muy distinta es poner en duda la seguridad de su suero contra el COVID-19, algo que no hacen ni el regulador europeo ni las agencias del medicamento de otros países. ¿Se han producido casos de trombos en jóvenes vacunados con el producto de la farmacéutica? Sí. ¿Existe rela-



ción causa-efecto entre su administración y los efectos adversos detectados? A día de hoy, no. La EMA sigue insistiendo en que la relación beneficio-riesgo acredita la seguridad del antídoto y recomienda fervientemente a los que tomaron la primera dosis que completen la inmunización con una vacuna de la misma marca, de acuerdo con los criterios que se marcan en la ficha técnica ¿Por qué ese empecinamiento contra AstraZeneca de las autoridades españolas, que apuestan claramente por Pfizer? De todo hay, como en botica.

Algunos opinan que son razones geopolíticas las que mueven a Sanidad y al propio Gobierno en su defensa del producto de la multinacional americana. Otros hablan de intereses difusos, por no decir oscuros. Los hay también que apuntan a que la falta de dosis suficiente para cumplir las pautas ha empujado al Ministerio a este callejón sin salida y sin sentido. Finalmente, unos pocos creen que detrás de todo está el temor a que el suero sea más peligroso de lo que se dice y le toque al Estado cargar con posibles indemnizaciones. Sanidad se ha buscado como coartada un ridículo ensayo de apenas unos cientos de pacientes y la complicidad del mismo Comité de Bioética al que ninguneó con la ley de la eutanasia. El problema del Ministerio es que su credibilidad es tan nula, después de la pésima gestión realizada durante la pandemia, que la población está pidiendo AstraZeneca y no Pfizer.



Tu enfermera deja huella





I CONGRESO INTERNACIONAL HUMANS

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



VII CONGRESO INTERNACIONAL IBEROAMERICANO DE ENFERMERÍA

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



IV CONGRESO EN CIENCIA SANITARIA

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



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

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



XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

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



LIV CONGRESO NACIONAL SEPAR

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



XXIII EDICIÓN DE LOS PREMIOS METAS DE ENFERMERÍA 2021

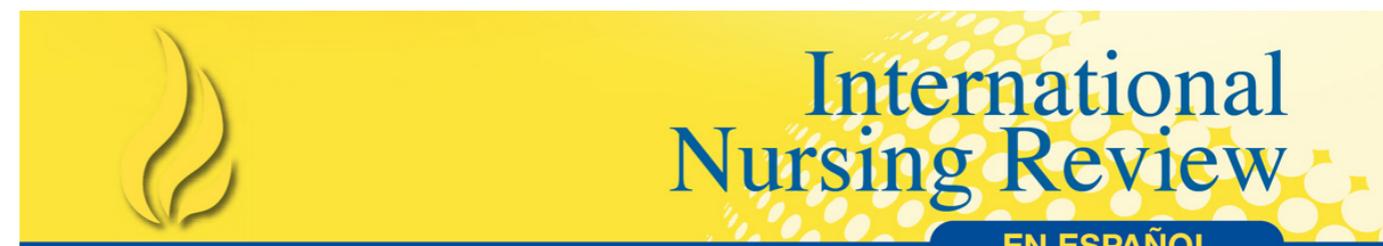
Objetivo: Los trabajos, que serán inéditos y escritos en lengua española, podrán versar sobre cualquier área de conocimientos de la enfermería.
Plazo: 10 de septiembre de 2021
Dotación: El primer premio de investigación está dotado con 3.000 euros. Y hay un accésit dotado por una suscripción anual a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

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

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

XXXVII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA «CIUDAD DE SEVILLA»

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



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

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



Suscríbete llamando al 902 50 00 00

Nuevo Hyundai Santa Fe

VIAJAR A LO GRANDE



DAVID RUIPÉREZ. Madrid

Que los modelos nuevos atesoran tecnología a raudales es sabido, pero contar con cámaras, ayudas a la conducción o pantallas más grandes no implica que un vehículo pueda ser considerado "Premium". Para entrar en ese selecto club hay que subir unos cuantos escalones en materia de confort y vida a bordo, de comportamiento en carretera y, en menor medida, de diseño.

Versiones

Las últimas versiones de sus míticos Tucson o su hermano mayor, el Santa Fe, dejan patente el tremendo salto de calidad, palpable desde el minuto 1. Sin embargo, llama la atención —y eso no es ni bueno ni malo— que sean dos SUV que no siguen en absoluto un lenguaje de diseño común. El nuevo Santa Fe evoluciona mucho con el cambio de cara al que le so-

mete la marca. La vista lateral no sugiere esa transformación, pero visto desde atrás y, sobre todo, de frente, se advina un vehículo atractivo, con una personalidad muy marcada, diferente.

Muchas opciones; diésel, HEV y PHEV

Diseño

El elemento de diseño que más destaca es la enorme parrilla frontal, más o menos cromada según el acabado, flanqueada por unas luminarias LED muy especiales, con luces diurnas en forma de T y unas ópticas que recuerdan un poco al Kona, otro de los

modelos de la marca. En el interior destaca la digitalización de los relojes (en acabado superiores) y los materiales de calidad, sobre todo unos asientos que parecen más bien butacas de cine. Recordemos que el Santa Fe viene por defecto con siete plazas muy cómodas, más las cinco principales que las emequentes.

Motores híbridos

Pero donde también hallamos una novedad destacada es en los motores híbridos —híbrido autorrecargable (HEV) y enchufable (PHEV)— con un motor de gasolina de 1,6 litros y una potencia combinada de 230CV. Las pruebas de expertos reflejan una conducción suave y silenciosa y un consumo comedido para un coche tan grande. Podría oscilar entre 6 y 7 litros en función de la forma de conducir.





Un libro saca a la luz la historia de 14 enfermeras olvidadas

FERNANDO RUIZ. Madrid

Enfermeras Invisibles es un libro escrito por dos enfermeras —Olga Navarro y Vanessa Ibáñez— donde se cuenta la historia y los logros de 14 enfermeras, algunas del pasado y otras de la actualidad, pero con un nexo común, el desconocimiento por parte de la opinión pública y las propias enfermeras de su liderazgo. “Hemos querido que sea un libro ilustrado para que sea interesante y ameno para todos los públicos”, apuntan las escritoras.

Con este libro, las autoras buscan además visibilizar la historia de las enfermeras co-

mo Isabel Zandal, Mary Seacole, Elvira López Mourín, Elise Sorensen o Jean Ward y dar a conocer a algunas de las

Se sortean, a través de Instagram, dos ejemplares firmados

mujeres protagonistas de la profesión que sentaron las bases de la innovación y la cien-

cia enfermera. “*Enfermeras Invisibles* es también un proyecto social, es nuestra invitación a promover la igualdad”, sentencian.

Sorteo

Conseguir un ejemplar del original libro *Enfermeras invisibles* es bien fácil gracias al sorteo que ha puesto en marcha el Consejo General de Enfermería entre todos sus seguidores de Instagram. De esta manera, las enfermeras podrán tener en sus manos esta exitosa publicación que ya va por su décima edición.

La dinámica del sorteo es muy sencilla. Para participar sólo habrá que ser seguidor de la cuenta del CGE en Instagram, nombrar en los comentarios de la publicación del concurso a dos enfermeras referentes con sus perfiles en esta red y compartir esta misma publicación en *stories*.

Dos ejemplares

Entre todos los que se animen a concursar se sortearán dos ejemplares de la última edición de *Enfermeras Invisibles*, el libro de Vanessa Ibáñez y Olga Navarro que “pretende visibilizar a aquellas enfermeras que, por su profesión y su condición de mujer, fueron apartadas de los libros de historia o no han recibido el reconocimiento que merecía su aportación a la ciencia, a la sociedad y a la Enfermería como disciplina” según sus autoras.

MÁS INFORMACIÓN

En este [enlace](#) se pueden consultar las bases del sorteo. Y [aquí](#) se puede adquirir el libro.



Premios de Investigación
Consejo General de Enfermería

Contribuye al avance de la profesión con tu iniciativa

Premios de Investigación del Consejo General de Enfermería

6 galardones

55.000 € en premios

Manda tu propuesta a instituto@consejogeneralenfermeria.org

TIENES HASTA EL

OCTUBRE

15




CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA


INSTITUTO ESPAÑOL DE INVESTIGACIÓN ENFERMERA



Emma Stone en un fotograma de la película

Cruella, Craig Gillespie

Una Cruella no tan vil, pero muy carismática

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Disney tiene claro lo que quieren/queremos sus fans y está dispuesto a darlo sin descanso. La compañía de animación comenzó hace años su periplo con las adaptaciones a acción real de películas clásicas de dibujos y el experimento les ha funcionado a las mil maravillas. Y si no, que se lo digan a su última creación, *Cruella*. En esta ocasión no es una versión como tal del mítico filme 101 dálmatas, sino que cuenta la historia de una de las grandes villanas de Disney más allá de las películas. De dónde viene, por qué se comporta así y qué vida ha llevado para ser como es son algunas de las preguntas que

intenta responder el largometraje. Como ya hicieron hace 7 años con *Maléfica*, el gigante cinematográfico revive ahora a otra de las malas malísimas de su factoría con la cara de Emma Stone como protagonista.

“Mejor en la gran pantalla y en VOS”

Sorprende

La actriz, que a priori levantó algunas críticas porque no terminaba de convencer en el

papel, sorprende sobremanera con su actuación de Cruella de Vil. Eso sí, tal y como pasó con la madrastra de Cenicienta, parece que Disney ha decidido robarnos la maldad de las villanas. Es cierto que todo el mundo tiene unas circunstancias de vida para comportarse como se comporta y que conocerlas puede hacernos empatizar con la persona, pero es duro descubrir que esas malas que un día enamoraron a muchos por su vileza también tienen corazón.

Eso sí, *Cruella* nos roba a una villana, pero nos regala a otra, la Baronesa von Hellman. Interpretada por Emma Thompson, brinda al espectador esa picardía que en algún momento parece que le quitan a la verdadera villana. De hecho, sin hacer *spoilers*, casi al final de la película, hay un momento épico entre las dos Emma's, que pone los pelos de punta a toda la sala.

Teniendo en cuenta que la pandemia por COVID-19 azotó enormemente al mundo del cine, la película también se ha estrenado, previo pago, en la plataforma *online* Disney+, pero con mascarilla y precaución, nada mejor que verla en la gran pantalla y si puede ser en versión original, mejor.

Tras el fiasco de *Mulan*, que no terminó de despegar hace unos meses, llega esta *Cruella*, no tan vil, pero sí muy carismática. Y, ahora, viendo que las malas funcionan tan bien, Disney debería ponerse manos a la obra con Úrsula, la “bruja” de *La sirenita*. Ahí lo dejo.

VALORACIÓN

★★★★☆

“Las malas funcionan muy bien”

Friends: The reunion, Risas y emoción aseguradas

MARINA VIEIRA. Madrid

Durante los diez años en los que estuvo en antena, 25 millones de espectadores se volvieron adictos al día a día de un grupo de amigos que, en Nueva York, compartían piso y una forma de vida. *Friends*, la serie de las series para los más adictos sigue conquistando generaciones. Las más de 100.000 veces que se ha visualizado en distintas plataformas así lo demuestran. Por esta razón, no es de extrañar que el documental “*Friends The Reunion*” haya sido uno de los eventos más esperados desde que fue anunciado. Los protagonistas de la aclamada serie se reúnen, por primera vez en 17 años, en el plató que los lanzó a la fama y los vio madurar. El impacto mayor para los seguidores de la serie es cómo el tiempo también ha pasado por ellos, a pesar de todas las operaciones estéticas

que acumulan. Sin embargo, el compañerismo y cariño que les unió dentro y fuera de la pantalla también se plasma en este capítulo adicional.

Una puesta en escena arriesgada que para muchos ha podido ser decepcionante, pero que ha estado muy bien conseguida para lograr el objetivo: recordar las mejores anécdotas y contar curiosidades del

Un encuentro único e irrepetible

rodaje nunca reveladas. Lo mejor es conocer cómo los creadores de la serie hicieron el *casting*, o cómo el formato *sit com* —rodaje con espectadores en directo— influyó en el desarrollo final de la serie y sus personajes. Quizá lo que sobra

del documental son los testimonios de personas de distintas razas y orientación sexual confesando que a ellos también el *show* les influyó positivamente en la vida, una forma demasiado burda para paliar las críticas que siempre han recibido por ser historias predominantemente protagonizadas por personas blancas y heterosexuales. Para el que se siente a verlo —y sea medianamente fan de la serie— las risas y la emoción están aseguradas. Queda claro el trabajo en la elaboración de personajes y la gran calidad de unos guionistas que han conseguido —y siguen consiguiendo— que esta serie basada únicamente en la vida de unos amigos sea historia de la televisión. Un encuentro único que, queda claro en la proyección, nunca volverá a ocurrir y eso lo hace aún más especial.





Augusta



ZAPATOS CON NOMBRE PROPIO

MARINA VIEIRA. Madrid

Mari Jane no es el nombre de una tía abuela inglesa. Mule no es una nueva clase de animal que se ha encontrado en una lejana selva. Y las palas ya no son sólo un instrumento con el que divertirnos en la playa y hacer deporte al mismo tiempo. Estos tres conceptos, hay que recordarlos bien, marcan las tres grandes tendencias en calzado que vienen a desconcertar nuestro verano. Para salir de las zapatillas del confinamiento, en esta época estival, todas las marcas se han puesto de acuerdo para proponer divertidas maneras de vestir nuestros pies. Colores estridentes, tacón bajo o inexistente y talones al aire, la fórmula perfecta que suma el resultado de los zapatos de este verano. Como siempre, múltiples opciones, infinidad de precios se pueden encontrar en tiendas *online* y de la calle. Estas son nuestras propuestas seleccionadas.

Augusta

Esta marca española fruto del amor por los zapatos de dos hermanas asturianas tiene las mejores propuestas del mercado. Por calidad, diseño y colores de los productos conquistan a los usuarios en Instagram. En la selección de hoy incluimos unas de sus Mary Jane en un blanco roto

muy combinable con cualquier prenda veraniega. A partir de 179 euros están disponibles para ser adquiridas en su [web](#).

Hay que recordar bien estos tres conceptos

Mango

No solemos ser muy amigos del calzado de la marca barcelonesa, sin embargo, vamos a hacer una excepción con las palas que propone este verano Mango. ¿Por qué? Por el diseño, por ser 100% cuero y su proceso de fabricación sostenible. Además, para los materiales con los que están hechas estas palas, el precio es inmejorable. Por 39,99 euros disponible tanto en tienda como en *e-commerce*.

Uterqüe

La propuesta más mediterránea viene de la mano de Uterqüe. Los mules de la más lujosa de Inditex llevan piel trenzada y vienen en uno de los colores de la temporada: el color tierra. Nos conquistan por su versatilidad en cualquier *look*. Por 89 euros en la calle y *online*.

Uterqüe



Mango



TELEVISIONES PARA VER LA EUROCOPA

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

Los grandes eventos deportivos representan la excusa perfecta para renovar la televisión. Este año, por obra y gracia de un

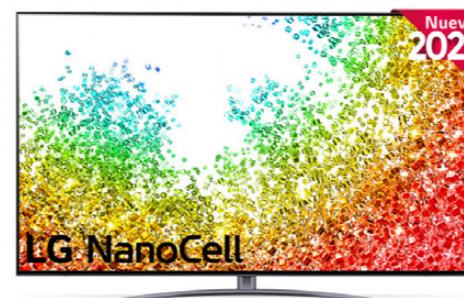
virus, tenemos Euro de fútbol y JJ.OO. Pero en realidad hay un motivo de peso para adelantar la compra del aparato, si

ya lo teníamos en el horizonte, algunos expertos auguran un aumento de los precios debido a la escasez de chips.



Samsung Neo QLED

Independientemente de la resolución original del contenido que estamos viendo, su potente procesador con Inteligencia artificial mejora elementos de la imagen en tiempo real. Una mejora importante es el sonido, aquí está la diferencia, con sonido envolvente y de seguimiento de objetos. Precio: 4.400 euros las 65 pulgadas.



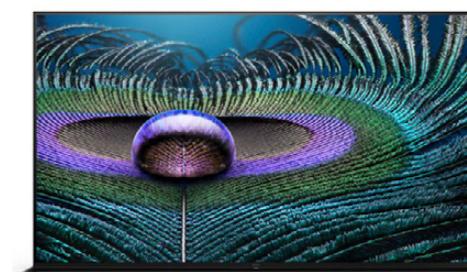
LG 8K Nanocell

Colores muy puros, y un sonido espectacular gracias al sistema AI Sound Pro y Dolby Atmos. Bien conectado con Google, Alexa o Apple. Para los cinéfilos, FILMMAKER MODE™ desactiva la interpolación del movimiento y, conserva las relaciones de aspecto, los colores y las tasas de fotogramas originales, tal y como lo pensó el director. Precio: 3.399 euros de 75 pulgadas



Mi LED TV 4S

Por casi diez veces menos dinero que las anteriores tenemos un televisor de 55 pulgadas, con un diseño sin apenas marcos, una conectividad y un software que no se va a desactualizar mañana y una resolución de imagen mejorada. Si ya conquistaron el mercado de los teléfonos móviles los chinos de Xiaomi vienen pisando fuerte en el ámbito audiovisual. Precio 549 euros en 55 pulgadas.



Sony Bravia XR Full Array LED

Aparte de su sistema Dolby de sonido, destaca por la sensación de profundidad. Con menos despliegue marketiniano que las coreanas Samsung y LG, Sony siempre cumple con sus teles. Cuenta con un sistema para evitar los molestos reflejos en la pantalla y, consigue que la imagen se vea muy bien si la miramos esquinado. Precio 6.999 euros de 75 pulgadas.

ESTOS SON LOS ÚLTIMOS CLASIFICADOS DE #FOTOENFERMERÍA2020

2020

MARINA VIEIRA. Madrid

FotoEnfermería2020, el concurso de fotografía que nació con el ánimo de mostrar la realidad de la enfermería y se ha convertido en un diario gráfico de la pandemia, ya

tiene a sus últimos clasificados. Centenares de enfermeras y enfermeros de España han acudido a este certamen —que organiza el [Consejo General de Enfermería](#) con la

colaboración de Novartis— como desahogo para mostrar al mundo el incansable trabajo que han protagonizado en estos largos meses de pandemia. En este último mes, las

cuatro últimas fotografías clasificadas ponen aún más complicado la decisión del jurado que tendrá la responsabilidad de elegir las fotos enfermeras de este año tan importante en las vidas de to-

dos los profesionales sanitarios.

Con estas últimas fotografías clasificadas tan sólo queda esperar a que el jurado se reúna y decida cuáles son las ganadoras de, sin duda, una de las

ediciones más inolvidables de FotoEnfermería. Un trabajo difícil teniendo en cuenta la calidad fotográfica y artística de todos los trabajos que se han presentado durante estos largos meses.

GENERAL



15 meses cuidando tras un EPI
Sonia María del Olmo, Valladolid

Mírame, tú puedes, empuja
@evacmr



Marcando el paso
Nuria Suárez, Oviedo

Curar también hay que calmar
@manu_ibz

INSTAGRAM



LO + VIRAL



Cris Ojeda-Thies @ojedathies · 12 jun.
Mi padre murió de #MuerteSubita. Mi madre pidió que le enseñara RCP para que nadie más tuviera que pasar por lo que pasamos nosotros.

Habéis visto lo importante que es saber #RCP con #Eriksen.

Preguntad en vuestra asamblea de @CruzRojaEsp o @proteccioncivil.

Alberto García-Salido @Nopanaden
Me ha llegado por WhatsApp. No sé quién es pero es un CRACK. Gente así nos saca de esto. Seguro que alguien le conoce. Divulgación, empatía y sentido común. Es una maravilla. Vamos

1,8 M reproducciones

8:58 p. m. · 2 jun. 2021 · Twitter for iPhone

2.790 Tweets citados 96,5 mil Me gusta



Las enfermeras no son las "chicas del cable"

Soy abuela de una enfermera y paciente del centro de salud de la Lila. Esta mañana se me atragantó el café con la noticia en primera plana de un periódico: "Los médicos de primaria reclaman que las enfermeras asuman más trabajo".

Al leer la noticia me acordé de mi médica, que es lista como una centella y además tiene poderes extrasensoriales, aparte de muy mal carácter y muy poca educación. Lleva más de un año sin ver pacientes. Todo por teléfono y rápido porque si te extiendes un poco te corta. Es tan avispada que por teléfono me vio un tujón en un ojo y me dijo con la enfermera para que me lo sacara, pero me era un tapón, era una otitis no sé qué... Por teléfono me recetó un collar para un ojo y resultó ser un error. Por teléfono me diagnosticó una infección de orina que, por supuesto, no era tal y por la pericia de mi doctora tomé siete días antibióticos sin necesidad. Por teléfono me dijo que tenía lumbago y me dio cita

rubiayenfermera Asturias
De pongo en contexto, 438 de 500 médicos de AP (de Asturias), no quieren volver a la asistencia presencial aún y sugieren una carta al consejero de Salud, que es lo que tiene el abordaje enfermería como parte de la solución. A juicio de los que firman el documento: (Según la noticia que he leído de La Nueva España - Periódico Digital-, claro) "la diferencia en las cargas de trabajo es parte del problema", por lo que piden que "establezcamos un triaje más allá de la toma de constantes y vuelta al médico".

No hay que olvidar que 462 médicos no han firmado, espero que por cuestiones obvias (Gracias a los

1.886 Me gusta

6 DE JUNIO

Inicia sesión para indicar que te gusta o comentar.

Diario Enfermero @DEnfermero
En respuesta a @DEnfermero

👍👍👍 Se vive un momento álgido de la manifestación al pasar por delante del Centro de Salud Las Cortes, instante en el que sale el personal del centro para unirse a las protestas

#FSEUnida #8Jsanitario #EIR2021

0:31 · 15,4 mil reproducciones

1:06 p. m. · 8 jun. 2021 de Madrid, España · Twitter for Android

48 Tweets citados 422 Me gusta



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 2 JUNIO 2021



SUMARIO

Recomendaciones nutricionales y de actividad física para pacientes con EPOC **60**

Humanización del Cuidado en Salud Mental: conocimientos, opiniones, actitudes y expectativas de enfermería **66**

Recomendaciones nutricionales y de actividad física para pacientes con EPOC

María Osés Zubiri
(Enfermera. Consultas de atención especializada. Neumología. CCI-SNS Osasunbidea).

Dirección de contacto:
maria.oses.zubiri@navarra.es

Resumen: Desde la perspectiva actual del "envejecimiento activo", donde entran en juego los determinantes de la salud, la participación social y la seguridad clínica, es necesaria una adecuada transmisión de la información mediante la educación para la salud y el fomento del autocuidado en personas que padecen enfermedades crónicas.

En el caso de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), las recomendaciones nutricionales y de actividad física que son tenidas en cuenta como tratamientos complementarios a los recursos farmacológicos disponibles, provocan una mejora en la calidad de vida y en la evolución controlada de la enfermedad, en las personas que las padecen.

Enfermería, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada, es clave en la gestión de pacientes con EPOC, en cuanto a que representa un nexo de unión para la continuidad de cuidados dentro del sistema de atención sanitaria en nuestra comunidad.

Este artículo pretende mostrar las principales directrices e información sobre recomendaciones nutricionales y actividad física a pacientes con EPOC. Dichas recomendaciones han de resultar adecuadas cultural y socialmente, siendo accesibles, seguras y agradables en su realización y adaptarse al nivel de gravedad de la enfermedad, dentro de los límites de la vulnerabilidad que presenta esta enfermedad.

Palabras clave: EPOC; terapia por ejercicio; nutrición alimentación y dieta.

INTRODUCCIÓN

El perfil de un paciente con EPOC coincide en la mayoría de los casos con una persona que fuma o ha fumado durante un tiempo prolongado y que refiere el comienzo de los síntomas a partir de los 40 años principalmente. Es una enfermedad crónica y progresiva, que empeora si no se evitan las causas que la provocan.

Las manifestaciones clínicas de la EPOC son inespecíficas y variables en función de la estabilidad de la enfermedad. Generalmente la presencia de tos crónica y expectoración de predominio matutino suele preceder a la obstrucción de la vía aérea, aunque no siempre. Por otro lado, la disnea persistente es el síntoma que más se asocia a una pérdida de calidad de vida, apareciendo en fases más avanzadas. También pueden presentarse otros síntomas inespecíficos como sibilancias u opresión torácica, y efectos sistémicos como pérdida de peso, disfunción muscular, osteoporosis, depresión e inflamación sistémica. La confirmación diagnóstica de la enfermedad se realiza por medio de una espirometría forzada con prueba broncodilatadora realizada en la fase estable (Figura 1^[1]).

Entre los determinantes del impacto clínico de la EPOC, además de la aparición de la disnea, el empleo de medicación de rescate y la presencia de comorbilidades, lo constituyen también la tolerancia al ejercicio y el nivel de actividad física entre otros. El índice BODE que pronostica la gravedad de la EPOC, se integra por el IMC (B de *body mass index*), el volumen espiratorio forzado en el primer segundo, (FEV₁) (O de *airflow obstruction*), la disnea (D) y la capacidad de ejercicio (E), evaluada mediante la prueba de marcha de 6 minutos. En el caso de no disponer de la prueba de la marcha se puede sustituir el indicador BODE por el de BODEX, teniendo en cuenta el número de exacerbaciones graves en el proceso de enfermedad (Ex) (Tabla 1). Por este motivo es necesario tener en cuenta el nivel de actividad física y el estado nutricional en la evaluación del pronóstico y manejo de la enfermedad de EPOC.

Teniendo en cuenta la segmentación por patologías en Navarra (datos de 2018), existen cerca de 11.000 pacientes diagnosticados de EPOC, y un 75% de ellos, con una edad media de 70 años, presentan sólo la enfermedad sin comorbilidades^[2]. La EPOC es una enfermedad crónica y compleja y como tal, es incluida en la Estrategia de Atención a pacientes crónicos y pluripatológicos en nuestra comunidad foral. La enfermera gestora de casos en Primaria y la de enlace en Especializada son figuras fundamentales dentro de dicha estrategia, en donde se establecerán patrones de atención específicos para cada perfil de paciente según el nivel de severidad. Tanto a los pacientes clasificados como leves o moderados, como a los severos, se les aplica el modelo de crónicos con especial atención a la capacitación de los autocuidados^[3].

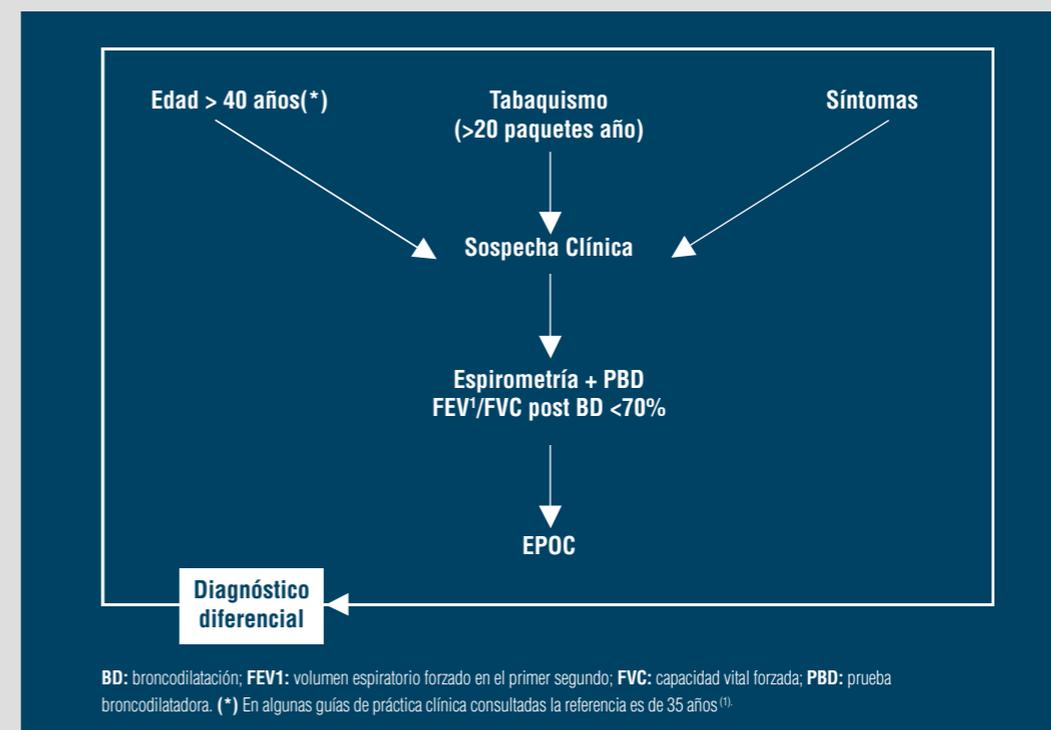
El objetivo de este trabajo es explicar algunas recomendaciones nutricionales y de actividad física que puede ofrecer la enfermera, y que forman parte de la educación sanitaria a pacientes con EPOC, contempladas como medidas complementarias en la mejora de la calidad de vida en su enfermedad.

DESARROLLO DEL TEMA

El envejecimiento activo es el "proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y de seguridad, con el

FIGURA 1

Esquema de diagnóstico de la EPOC



fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen". Con este fin, se mantiene un equilibrio entre la autonomía y la interdependencia de los individuos, tanto sanos como con patologías crónicas, dentro de su comunidad, y se reduce con ello el número de muertes prematuras, la discapacidad y también el gasto en la atención sanitaria. Como determinantes conductuales que influyen en las condiciones de sa-

lud y de enfermedad, encontramos entre otras, la participación periódica en actividades físicas moderadas y los aspectos relacionados con la alimentación tanto por defecto, desnutrición, como por exceso, obesidad^[4].

En una encuesta reciente realizada a facultativos, estos consideraron menor el impacto de la enfermedad en los pacientes cuando esta era grave, dando mayor importancia a los

TABLA 1

Índices BODE/BODEX para el pronóstico de la gravedad de la EPOC

Marcadores	Puntuación			
	0	1	2	3
B IMC (Kg/m ²)	>21	<21	-	-
O FEV ₁	>65	50-64	36-49	<35
D Disnea (mMRC)	0-1	2	3	4
E 6MM (metros)	>350	250-349	150-249	<149
Ex Exacerbaciones (*)	0	1-2	>3	-

IMC: índice de masa corporal; FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; mMRC: escala de disnea modificada del Medical Research Council (0=ausencia al realizar ejercicio intenso; 1= disnea al andar deprisa o en pendiente; 2= incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar en llano al propio paso; 3 = tener que parar en llano después de 100m; 4 = la disnea impide al paciente salir de casa o aparece ante actividades como vestirse/ducharse); 6MM: distancia recorrida en 6 minutos de marcha; Ex: exacerbaciones (*) Se incluyen únicamente visitas a urgencias hospitalarias o ingresos (1).

aspectos clínicos (tos, flema y disnea) y menor consideración a las actividades sociales y de ocio. En este sentido, esta consideración venía favorecida por una comunicación ineficaz en la relación profesional médico-paciente^[5].

RECOMENDACIONES ^[1]

Son diseñadas en relación al concepto de "envejecimiento activo". Se describen a continuación.

Aspectos nutricionales: es importante mantener una dieta equilibrada y saludable y mantener un peso adecuado para el control de la EPOC. Tanto el sobrepeso como la desnutrición son perjudiciales en la evolución de la enfermedad. En cuanto a las recomendaciones nutricionales a considerar en pacientes con EPOC se encuentran:

- Realizar 5-6 tomas comidas/día, repartidas en pequeñas cantidades, comer despacio y masticar bien. Debido a que el estómago está directamente debajo de los pulmones, hacer una comida copiosa puede empujar el diafragma y hacer más difícil la respiración.
- Tomar líquidos (agua fundamentalmente) siempre que no esté contraindicado, para mantener las vías respiratorias limpias o con moco menos espeso, siendo preciso ingerir al menos 1,5-2 litros/día.
- Beber líquidos con una pajita requiere menos esfuerzo que beber en vaso o taza, en las situaciones de enfermedad más avanzada.
- Prevenir el estreñimiento mediante la ingesta de frutas (3-4 al día), verduras y cereales integrales para tener un aporte correcto de vitaminas y minerales.
- Cocinar los alimentos al vapor, hervidos o a la plancha, evitando frituras. Consumir preferiblemente aceite de oliva para condimentar los alimentos.
- Evitar tomar alimentos que precisen una masticación prolongada y difícil, así como aquellos que produzcan gases y digestiones pesadas (col, coliflor, cebolla, bebidas gaseosas...), para que no se hinche el estómago y presione el diafragma.
- Consumir pescado al menos 2-3 veces/semana considerando que 2 raciones sean de pescado azul (sardina, boquerón, caballa, bonito o salmón).
- Evitar ingerir una cantidad excesiva de grasa animal.
- Evitar tomar alimentos muy fríos o muy calientes o aquellos que puedan provocar irritación de garganta, ya que pueden provocar tos y ahogo.
- Evitar hablar demasiado mientras come.
- En caso de sobrepeso, reducirlo mejoraría la disnea, al disminuir el esfuerzo torácico provocado por la grasa abdominal acumulada.

- En caso de desnutrición (es probable que empeore con la EPOC), el paciente deja de ingerir alimentos con el consecuente riesgo de pérdida de masa muscular. Es recomendable disponer de tentempiés ricos en calorías como frutos secos, patatas fritas, queso, galletas, yogures, dulces o chocolates, o tomar bebidas calóricas como leche, bebidas energéticas y suplementos dietéticos aconsejados por el médico de referencia.

Aspectos sobre la actividad física: la EPOC disminuye el trabajo del corazón y del pulmón para llevar oxígeno a otras partes del cuerpo. El ejercicio mejora la utilización de oxígeno, fortalece la musculatura, disminuye la fatiga y ayuda a controlar la disnea. La realización de actividad física en pacientes con EPOC previene la aparición de osteoporosis (presente en un 35% de ellos).

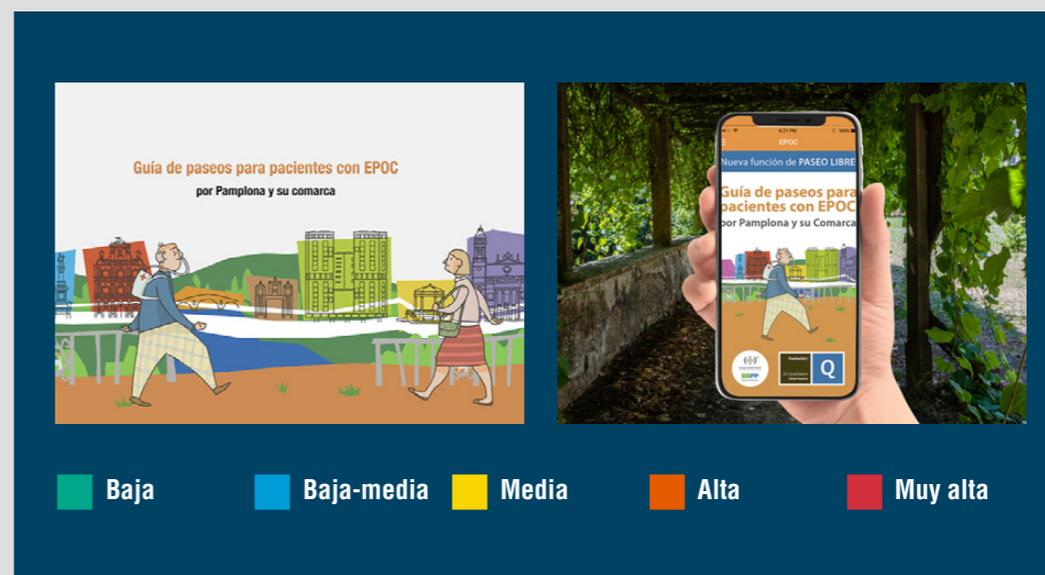
El ejercicio físico cotidiano es esencial en el manejo del paciente con EPOC y debería prescribirse de forma individualizada, sobre todo en pacientes ancianos y en pacientes con presencia de comorbilidades (diabetes *mellitus*, enfermedad cardiovascular e insuficiencia renal). En ese caso, ha de acompañarse de un abordaje integral y multidisciplinar de la enfermedad, que favorezca su seguridad. La no realización de actividad física en pacientes con EPOC facilita el aumento de la morbilidad, la depresión y el aumento del número de exacerbaciones.

Algunas recomendaciones sobre actividad física en la EPOC se enumeran a continuación:

- Ante un nivel de severidad bajo, se recomienda realizar ejercicio físico moderado de manera regular, mientras que en el grado de severidad alto, se aconseja realizar rehabilitación pulmonar.
- El tiempo recomendado de actividad física con beneficios notables para el individuo es de 30 minutos al día, cinco días/semana. Se pueden realizar actividades como pasear, natación, bicicleta al aire libre o estática, baile y otros ejercicios suaves dependiendo de las preferencias del paciente y en estadios de gravedad leve y moderada. Estos ejercicios ayudan a aumentar el tono muscular y la flexibilidad.
- Planificar anticipadamente las tareas que se vayan a realizar, de modo que aquellas que requieren más esfuerzo se desarrollen en los momentos del día en que se encuentre con más energía.
- Realizar las actividades poco a poco, en periodos más cortos y tomándose tiempo para ello, sobre todo en estadios grave y muy grave (10-20 minutos). Si existe sensación de ahogo, con el control de la respiración, la sensación debería disminuir con la práctica, tolerando cada vez más el ejercicio (como por ejemplo subir escaleras).
- Los ejercicios ligeros de elevación de pesas en todos los casos ayudan a mejorar la musculatura respiratoria, la musculatura de los brazos y de los hombros.
- Emplear oxigenoterapia (si necesario) y la adecuada adhesión al tratamiento con broncodilatadores, mejora las posi-

FIGURA 2

Guía de paseos para pacientes con EPOC por Pamplona y su comarca con su respectiva aplicación para móvil ^[6]



bilidades de realizar actividad física en los pacientes con EPOC.

- En estadios leve y moderado se recomienda el empleo de un podómetro para incentivar gradualmente el nivel de actividad física. La guía navarra de paseos para pacientes con EPOC, seleccionada por el Ministerio de Sanidad como modelo de referencia, y galardonada con el Premio de Buenas Prácticas en la estrategia EPOC del Sistema Nacional de Salud, cuenta con una aplicación móvil gratuita donde los pacientes pueden gestionar de manera autónoma el nivel de dificultad de cada trayecto^[6] (Figura 2).

En los casos en los que exista una dependencia reconocida para las actividades de la vida diaria, las recomendaciones tanto nutricionales como de actividad física, serán trasladadas al cuidador principal o en cualquier caso, a la institución responsable de los cuidados.

Además de estas recomendaciones sobre nutrición y actividad física para la EPOC, existen otras recomendaciones específicas que son de igual importancia dirigidas al manejo de la rehabilitación respiratoria, el confort del sueño, la ansiedad, la depresión, el fomento del ocio, el empleo de inhaladores, la sexualidad, o dirigidas al entorno laboral y ambiental.

En cuanto a los recursos de información para pacientes, la web del Área de EPOC de la SEPAR denominada ¡Hola EPOC!^[7], aborda la enfermedad desde diferentes vertientes. Estas recomendaciones van dirigidas expresamente a los pacientes y a sus cuidadores, y pueden ser ofrecidas a quienes tengan acceso a internet y quieran completar la información con respecto a su enfermedad. Según la asociación, cumplir con el tratamiento farmacológico, realizar una actividad física adecuada y seguir una dieta equilibrada, son los tres pil-

res fundamentales para reducir las exacerbaciones de la enfermedad.

CONCLUSIONES

La integración de los consejos sobre estilos de vida saludables, y en concreto de recomendaciones específicas que mejoren las condiciones en salud dentro para una enfermedad como la EPOC, favorece un mayor control y manejo de esta, así como una mayor satisfacción personal tanto del paciente como del profesional sanitario implicados.

El avance en el conocimiento de las recomendaciones nutricionales y de ejercicio físico moderado en la EPOC, hacen incrementar tanto la percepción en salud como el nivel de calidad de vida de los pacientes que la sufren. Una correcta y adecuada transmisión de la información por parte de los profesionales de la salud, mejorará las condiciones de enfermedad a lo largo de su evolución. La comunicación proactiva por parte del paciente, así como la provisión de recursos actualizados que sean sencillos de comprender y de ejecutar por parte del profesional de la salud, mejorará el plan de cuidados de la población con EPOC, según su nivel de gravedad correspondiente. Las recomendaciones nutricionales y de actividad física en la EPOC, han de adaptarse al grado de enfermedad que padece el individuo, así como a las expectativas que este por razón de género o culturales pueda integrar en beneficio de su condición de salud.

Además de estas indicaciones, que favorecerán el manejo y control de la EPOC, es necesario abordar otras necesidades presentes en las guías clínicas, como la rehabilitación respiratoria, el control de la respiración, el confort del sueño, la ansiedad, la depresión, el ocio, el empleo de inhaladores, las relaciones sexuales, las actividades de la vida diaria y el entorno laboral y ambiental, entre otras.

BIBLIOGRAFÍA

1. SEPAR-ALAT-AIACT. Guía española de la EPOC (GesRPOC). Versión 2017. Arch de Bronconeumol. 2017 Jun; 53(Supl 1); p. 2-64.
2. Sala de prensa. 11.000 personas padecen Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en Navarra, con una edad media de 70 años [Internet] Gobierno de Navarra; 2018 [citado 9 de febrero de 2019]. Recuperado a partir de: https://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2018/11/21/EPOS.htm.
3. Gobierno de Navarra. Plan de salud de Navarra 2014-2020. Pamplona: Aprobado el 16/09/2014 por la Comisión de salud del Parlamento de Navarra, Departamento de salud; 2013.
4. Organización Mundial de la salud. Grupo orgánico de Enfermedades no transmisibles y Salud Mental. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002;37(S2):74-105.
5. Celli B, Blasi F, Singh M, Volgelmeier C, Pegoraro V, Caputo N, et al. Percepción de síntomas y calidad de vida- comparación de los puntos de vista de los pacientes y los médicos en el estudio de EPOC. Intern Jour COPD. 2017; 12: p. 2189-2196.
6. CHN- Servicio de Neumología- UPNA-. Guía de paseos para pacientes con EPOC por la comarca de Pamplona y Estella. [Online]; 2017 [citado 2018 Nov 10]. Disponible en: <http://www.pasearconepoc.navarra.es>
7. SEPAR ¡Hola EPOC! Conoce de cerca y a fondo quien es la EPOC. [Online]; 2015 [citado 2018 Nov 10]. Disponible en: <http://www.separepoc.com/>.



Dale un nuevo recorrido a tus artículos científicos

Publica en Enfermería Científica,
nueva sección de ENFERMERÍA FACULTATIVA

Máximo 6 autores
Hasta 3.000 palabras
Se admiten artículos ya publicados

Envía tu artículo a : instituto@consejogeneralenfermeria.org

Consulta las normas de publicación aquí.



Humanización del Cuidado en Salud Mental: conocimientos, opiniones, actitudes y expectativas de enfermería

Ferran Gil Guñón

(Graduado en Enfermería. Máster en Gestión y Liderazgo en cuidados de enfermería)

ORCID: 0000-0001-5116-1160

Filiación institucional: Hospital Benito Menni CASM

Contacto: C/ Dr. Antoni Pujades, 38. 08830. Sant Boi del Llobregat. 936529999 fgil.hbmenni@hospitalarias.es

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el grado de Humanización de los profesionales de enfermería que ejercen en Salud Mental y su relación con variables sociodemográficas y profesionales. Describir, desde su punto de vista, el significado otorgado a la Humanización del cuidado, e identificar sus conocimientos, opiniones, actitudes y expectativas al respecto.

Metodología: Se plantea un diseño de metodología mixta. Con un componente cuantitativo observacional descriptivo y un componente cualitativo mediante grupos focales. Los participantes serán profesionales del equipo de enfermería, graduados y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, de dispositivos hospitalarios y comunitarios de psiquiatría, psicogeriatría y discapacidad intelectual.

Implicación a la práctica: Conocer el grado de Humanización de los profesionales de enfermería y sus aportaciones relacionadas con la Humanización del cuidado, establecerá la base del conocimiento para la hipótesis y el desarrollo de posteriores estudios de investigación. Permitirá a los gestores sanitarios promover las acciones oportunas dirigidas a mejorar la Humanización de la asistencia sanitaria, así como, la medición de los beneficios de programas dirigidos a implementar acciones humanizadoras del cuidado.

Palabras clave: Humanización, Atención de Enfermería, Enfermería Psiquiátrica, Salud Mental.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que en la actualidad el concepto de la Humanización del cuidado está muy presente en el entorno sanitario, no existe una definición clara. En la literatura vemos que tiene un significado profundo, amplio y variable, con diferentes definiciones y numerosas implicaciones, según la perspectiva desde la que se valore. A nivel general, coinciden en el deseo de que la asistencia sea buena, que se ajuste a la condición humana y a la dignidad de la persona (1). Más allá de la estricta relación del concepto humanizar "hacer humano, familiar, agradable" (2), con los conceptos de asistencia sanitaria, en general, o de cuidar, en particular.

La Humanización del cuidado tiene como objetivo conseguir que el paciente sienta que es el centro de la atención sanitaria, valorado como persona, que reciba un trato personalizado y cercano, con información completa y comprensible, con respeto a su intimidad y a la confidencialidad de la asistencia. Con el fin de ofrecer la mejor atención posible, al incorporar la dimensión de la dignidad y la humanidad a los cuidados basados en la evidencia científica disponible.

Un sistema sanitario humanizado es aquel que está al servicio de la persona, pensado y concebido para las personas (3). Con una atención individualizada centrada en la comunicación, el contacto y donde se dé la misma importancia tanto al sufrimiento físico como al anímico y espiritual (4). Cuidando y curando en base a la evidencia científica, pero incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad. Estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud (5). En un proceso en el que el paciente es situado en el centro del sistema, con una concepción integral de sus necesidades, considerando sus sentimientos, conocimientos y creencias sobre su salud (6). Donde pueda participar activamente del proceso del cuidado, convirtiéndose así en parte activa junto a los profesionales sanitarios. Proporcionando un trato personalizado y cercano, con información completa y comprensible, respetando su intimidad y la confidencialidad de la asistencia, mediante el respeto mutuo (4).

La Humanización tiene que ver con el funcionamiento de las estructuras y con la mentalidad e interacción de las personas involucradas (pacientes, profesionales, familiares y gestores). También está relacionada con elementos no fácilmente comunicables ni mensurables, como el dolor evitado, el sufrimiento prevenido, las capacidades recuperadas y la alegría recobrada (3,4). Con énfasis en la actitud y en las competencias personales de los profesionales sanitarios, que les permiten desarrollar su actividad. Como son: el afecto, la autoeficacia, la comprensión emocional, la disposición optimista y la sociabilidad (7).

Las personas con enfermedad, sufrimiento o dolor se sienten más vulnerables y su dignidad se encuentra temporalmente amenazada. Por ello, resulta crucial la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad (8), y su componente humano: mirar, hablar, mostrar calidez, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión (1). Ofreciendo un cuidado humanizado al atender a las personas desde su concepción holística (7,9), como personas singulares, que requieren acciones personalizadas a sus necesidades y expectativas (10). Personas con derechos y responsabilidades que, a

pesar de tener problemas y dificultades, están llenas de recursos y potencialidades para cuidar con autonomía su vida, salud y bienestar (11). Dando respuesta a las necesidades reales o potenciales de los pacientes, con un grado de empatía con el paciente, que les permita actuar en situaciones de crisis, con el temple y la profesionalidad que se requiere (12).

Los actores principales en que se basa la Humanización de la asistencia son: los pacientes y sus familiares, los profesionales sanitarios y los gestores. Es imprescindible que los profesionales del equipo de enfermería posean los conocimientos y competencias científico-técnicas necesarias para su actividad, pero también el desarrollo de competencias de eficacia personal, humanística y relacional (4). Requieren de cierto grado de especialización y madurez personal, con recursos sociales, personales y emocionales que faciliten su práctica profesional. Mediante herramientas vehiculares como la comunicación afectiva y efectiva, la escucha activa, la presencia, la actitud empática y la aceptación incondicional (1). Es necesario que el profesional haga un esfuerzo para ponerse en la situación del paciente y familiares, para atenderles e informarles de acuerdo a la excepcional circunstancia que están viviendo (4). Remodelando costumbres de intervención para que se orienten al bien del enfermo.

Los gestores sanitarios son clave para impulsar la estrategia de Humanización en las organizaciones, servicios o unidades. Actuando como líderes y modelo de referencia para el conjunto de los profesionales (13). Responsables de que el sistema sanitario adecue las herramientas necesarias para la Humanización.

Su implantación en el sistema sanitario es posible gracias al reconocimiento de las instituciones por la Humanización como carácter estratégico, al interés social en la necesidad de cuidar la autonomía y empoderar al paciente, a los avances en la participación de los ciudadanos, pacientes y familiares, en las organizaciones y en el voluntariado, así como, al compromiso y vocación humanística de los profesionales, en especial de los de enfermería por su cercanía con los pacientes (1).

Los principales obstáculos para poder ofrecer una atención humanizada son: La tecnificación y medicalización de la asistencia, la excesiva burocratización, la centralización del poder y la masificación del sistema sanitario, que conlleva una sobrecarga del profesional y limita el tiempo disponible para la atención. La rigidez de las organizaciones, la desmotivación profesional, la falta de formación y competencia en comunicación y relación de ayuda de los profesionales (1,9,4), así como, la existencia de profesionales vulnerables al agotamiento o quemados, a menudo con un desempeño multitarea en plazos reducidos de tiempo (14). Por otro lado, la falta de operatividad del concepto Humanización, hace que éste tenga barreras que dificultan su desarrollo, implementación y evaluación (7). Evaluación que permitiría reconocer e incentivar las buenas prácticas en Humanización del cuidado, medir su avance y facilitar su implementación (1).

De forma general, podemos estimar el grado de Humanización de la asistencia, con la evaluación de la calidad percibida de un servicio prestado por parte de pacientes y familiares, en función de sus necesidades sentidas, demandas y expectativas (15).

También se puede medir el nivel de ejecución y el grado de cumplimiento de las actividades programadas, derivadas de planes institucionales en Humanización (1,14). Acciones relacionadas con la organización y estructura de los centros sanitarios, su entorno y ambiente, o formativas (16). Por desgracia, apenas existen instrumentos validados para medir de forma ágil las competencias personales de los sanitarios, cuando la Humanización se concibe como una dimensión inherente al profesional más que a la realización o no de determinadas acciones (14).

Objetivos

1. Evaluar el grado de Humanización de los profesionales del equipo de enfermería, graduados universitarios y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, que ejercen en el ámbito de la Salud Mental y su relación con variables sociodemográficas y profesionales.
2. Describir el significado otorgado a la Humanización del cuidado, conocimientos, opiniones, actitudes y expectativas, por los profesionales del equipo de enfermería que ejercen en el ámbito de la Salud Mental.
3. Identificar los elementos facilitadores y limitadores de la Humanización del cuidado desde el punto de vista de los profesionales del equipo de enfermería que ejercen en el ámbito de la Salud Mental.

MÉTODO

Diseño

Con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados, se propone un diseño de metodología mixta. Con un componente principal cuantitativo, observacional descriptivo, para dar respuesta al objetivo 1. Y un componente secundario cualitativo, que seguirá una orientación fenomenológica mediante grupos focales, para dar respuesta a los objetivos 2 y 3. Se desarrollarán consecutivamente, primero la etapa con diseño cuantitativo y posteriormente la cualitativa.

Población y muestra

La población diana son los profesionales del equipo de enfermería, graduados universitarios y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, que ejercen su asistencia en el ámbito de la Salud Mental. Donde los profesionales mantienen numerosas interacciones con los pacientes, propiciando un clima de relación terapéutica, con técnicas que en su mayoría son verbales y de acompañamiento.

La población a estudio serán los profesionales del equipo de enfermería que trabajen en unidades hospitalarias y comunitarias de Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental, ubicados en Sant Boi del Llobregat, L'Hospitalet del Llobregat y Granollers. Dispositivos dedicados a la atención integral de las personas que padecen enfermedades mentales o necesitan asistencia sociosanitaria y social.

No se han definido criterios de exclusión para la selección y reclutamiento de los participantes. Los participantes incluidos en la muestra deberán aceptar las condiciones del estudio y firmar el consentimiento informado. Podrán participar a la totalidad (etapa cuantitativa y cualitativa), o bien, tan solo a la pri-

mea etapa (cuantitativa). Para la segunda etapa la muestra será seleccionada a través de un muestreo intencional por propósito, inicialmente, y teórico según avance el proceso de investigación. El tamaño final dependerá de la saturación de los datos.

Instrumentos empleados. Variables. Análisis de datos

Componente cuantitativo:

- Escala de Humanización en el Profesional Sanitario (HUMAS). Instrumento diseñado y validado para evaluar a los profesionales sanitarios (14).
- Cuestionario elaborado ad hoc para recoger datos sociodemográficos (edad, sexo y titulación académica) y recopilar información sobre su profesión y puesto de trabajo: años de experiencia, especialista en Salud Mental (sí o no), situación laboral (permanente o temporal), turno de trabajo (mañana, tarde, noche o fines de semana), unidad y centro de trabajo, y número de usuarios atendidos de forma habitual en una jornada laboral.

Con los datos obtenidos se elaborará una base de datos mediante el programa IBM SPSS v25. Para describir las características de los participantes y las puntuaciones obtenidas en la escala, se usará la estadística descriptiva. Para las variables cuantitativas, se calcularán medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (varianza y desviación media), y se compararán mediante el test de T Student. Para las variables cualitativas se calcularán porcentaje y frecuencia. Se considerarán estadísticamente significativos valores de p inferiores a 0,05.

Componente cualitativo:

- Se realizarán grupos focales, donde participarán entre 6 y 8 participantes, con una duración de 1 hora como máximo.

Se utilizará el método de análisis cualitativo del contenido. Los datos obtenidos serán transcritos literalmente y se fragmentará el texto en códigos descriptivos asignados en base a su contenido semántico. Se agruparán tales códigos en subcategorías más analíticas, atendiendo al significado de las unidades lingüísticas y de sus combinaciones, y se categorizarán en función de los objetivos del estudio. El análisis de estos datos se llevará a cabo a través del programa QRS Nvivo v11.

Aspectos éticos

Se solicitará la aprobación del proyecto por la Comisión de Ética de Investigación y posteriormente el permiso y autorización de la dirección de enfermería de la institución. Además, en cumplimiento con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se solicitará la consiguiente autorización de todos los participantes para el resultado público que se les dará a los datos, preservando el anonimato y la estricta confidencialidad, de tal forma que los datos obtenidos serán codificados y tratados de forma totalmente confidencial. Los

participantes, lo harán voluntariamente, firmando el consentimiento correspondiente de aceptación de las condiciones del estudio, pudiendo acogerse al derecho a retirarse cuando lo consideren.

Limitaciones

En los grupos focales podría producirse un sesgo de atención en los participantes del estudio, quienes podrían alterar su comportamiento al saber que están siendo observados. Podría producirse un sesgo del entrevistador, quien podría inducir a algún tipo de respuestas por error. Para paliar las limitaciones mencionadas se plantea que los grupos focales sean grabados, evitando tomar notas durante los mismos, y que el entrevistador sea experto en entrevistas individuales y grupales, formado en habilidades comunicativas.

Limitación en cuanto a los instrumentos de medida. Se utilizará una escala de autoevaluación y únicamente desde la perspectiva de los profesionales del equipo de enfermería. Debido a la falta de otros instrumentos de evaluación validados, no se puede evaluar el grado de Humanización de forma objetiva, o a través de la percepción de los pacientes, sus familias o de otros grupos profesionales.

Conflicto de intereses:

Ninguno.

Financiación:

Ninguna.

CONSIDERACIONES FINALES

El diseño metodológico utilizado describirá el fenómeno a estudiar, el grado de Humanización de los profesionales del equipo de enfermería, comparando las diferencias que se dan de forma natural entre los participantes.

Dar respuesta a los objetivos planteados en este proyecto, permitirá desarrollar un informe donde queden reflejadas las sugerencias y aportaciones realizadas por profesionales del equipo de enfermería que ejercen en el ámbito de la Salud Mental, en relación a la Humanización del cuidado.

Conocer el grado de Humanización de los profesionales del equipo de enfermería y sus aportaciones relacionadas, permitirá a los gestores sanitarios promover las acciones oportunas dirigidas a mejorar la Humanización de la asistencia en el ámbito de la Salud Mental. Y posibilitará, la medición de los beneficios de los programas de intervención dirigidos a implementar acciones basadas en la atención humanizada.

Los resultados obtenidos en este trabajo establecerán la base del conocimiento para la hipótesis, en relación a la Humanización del cuidado en el ámbito de la Salud Mental, como base para posteriores estudios tanto correlacionales, cuasiexperimentales, como experimentales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria; 2016 [citado 3 noviembre 2020]. Disponible en:

https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvcm017902_0.pdf

2. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Real Academia Española (RAE). 2020 [citado 8 octubre 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/humanizar>
3. Raventós F. La organización sanitaria al servicio del ciudadano. Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD. Madrid: INSALUD. 1985:12.
4. Plan de humanización de la atención sanitaria de Extremadura. [Internet]. 1ª ed. Mérida: Junta de Extremadura. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias; 2007 [citado 7 noviembre 2020]. Disponible en: <http://www.areasaludplascia.es/wasp/pdfs/7/714003.pdf>
5. Albert Jovell. Construyendo un modelo más afectivo y efectivo. Guía del Modelo AE, vol.1 [Internet] Foro Premios Afectivo Efectivo; 2019 [citado 1 diciembre 2020]. Disponible en: <https://foropremiosafectivoefectivo.com/sites/default/files/revistas/files/modelo-afectivo-efectivo.pdf>
6. Povesa JL, Company MJ, Edo MD. Manual de Buenas Prácticas de Humanización de los servicios de Farmacia hospitalaria en la atención de Enfermedades Raras. NewsRare [Internet]. 2020 Feb; 5(1):13-30. Disponible en: <http://newsrare.es/wp-content/uploads/2020/04/suplemento-vol-5-i-sup-1-i-febrero-2020.pdf>
7. Pérez MC, Molero MM, Herrera I, Oropesa NF, Gázquez J. Propuesta de un Modelo de Humanización basado en las Competencias Personales: Modelo HUMAS. Eur. J. Health Research [Internet]. 2019; 5(1):63-77. [citado 9 enero 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7114142.pdf>
8. Valores Hospitalidad [Internet]. Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental. Hermanas Hospitalarias; 2020 [citado 4 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.hospitalbenitomeni.org/es/complejo-asistencial/valores-hospitalidad.html>
9. Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España. [Internet]. 1ª ed. Fundación HUMANS; 2017 [citado 17 noviembre 2020]. Disponible en: <http://www.fundacion-humans.com/wp-content/uploads/2017/10/analisis-aspectos-humanisticos-atencion-sanitaria-espana.pdf>
10. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado. Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm [Internet]. 2007; 20(4):499-503. [citado 20 enero 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ape/a/fBBKWkbnB97tbbKd5bLTVms/?lang=es&format=pdf>

11. Bermejo J. Humanizar la asistencia sanitaria. 1ª ed. Bilbao: Ed. Descleer; 2014.
12. Diario Dicen. Enfermería 21 [Internet]. España: Diario Dicen; 10 octubre 2016 [10 octubre 2016; 23 octubre 2020]. Humanización e integralidad en la atención a pacientes de salud mental. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/humanizacion-integralidad-en-la-atencion-a-pacientes-de-salud-mental-DDIMPORT-044476/>
13. Cortes A, Jaén P. Editorial: La gestión de proximidad, clave en la estrategia de humanización. Metas Enfermería [Internet]. 2019 Abril; 3(22):3. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81385/la-gestion-de-proximidad-clave-en-la-estrategia-de-humanizacion/>
14. Healthcare Professional Humanization Scale - HUMAS [Internet]. Grupo de investigación SEJ473. Intervención Psicológica y Médica a lo largo del Ciclo vital. Universidad de Almería; 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <http://sej473.com/humas>
15. Blázquez M, Olea J, Fornos M, Pérez N, Gallego JL. Impacto del programa de humanización sobre la experiencia de hospitalización de la persona con problemas de salud mental. Parainfo Digital [Internet]. 2019; 13(29): XX [citado 29 enero 2021] Disponible en: <http://ciberindex.com/c/pd/e079>
16. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019 [acceso 10 enero 2021]. Disponible en: https://proyechohuci.com/wp-content/uploads/2019/05/Manual_BP_HUCI_rev2019_web.pdf
17. Romero G. Diario Enfermero [Internet]. España: Diario Enfermero; 15 noviembre 2019 [15 noviembre 2019; 23 noviembre 2020]. Desarrollan una escala que permite medir la humanización en enfermería. Disponible en: <https://diarioenfermero.es/desarrollan-una-escala-que-permite-medir-la-humanizacion-en-enfermeria/>
18. Pérez MC, Herera I, Molero MM, Oropesa NF, Ayuso D, Gázquez JJ. The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing. Int. J. Environ. Res. Public Health [Internet]. 2019; 16(3999). [citado 9 enero 2021]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/20/3999>

NORMAS DE PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

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

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

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

INSTRUCCIONES GENERALES



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

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

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

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

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

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

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

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

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

autoría, si hayan facilitado la realización del trabajo.

TIPOS DE ARTÍCULOS



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

- Título: Debe ser claro, conciso y concreto. Se considera adecuado si no supera las 15 palabras

- Resumen y palabras clave tendrá la siguiente estructura: Objetivos del estudio, Método, Resultados más destacados y las principales Conclusiones.

- Introducción: Contendrá los antecedentes, justificación y aplicabilidad, para terminar con la definición de los objetivos del estudio.

- Método: Especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas y cómo han sido medidas, el/los instrumento/s empleados y los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños.

- Resultados: Las tablas, cuadros, gráficos e imágenes han de ser claras y relevantes, acotadas en el texto. Número máximo: 6 ilustraciones. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y reseñar o resumir sólo las observaciones más destacables sin discutir ni interpretar los datos.

- Discusión y Conclusiones: Se discutirán los resultados comparándolos con otros trabajos previos similares y relevantes, comentando las diferencias y las similitudes. Se señalarán las fortalezas y las limitaciones del estudio.

- Bibliografía: el contenido de este apartado se ajustará a lo indicado con anterioridad en las Normas Generales para la Presentación de Artículos. Se recomienda un máximo de 35 referencias bibliográficas.

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

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

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

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

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

REQUISITOS ÉTICOS Y LEGALES



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ENVÍO DE DOCUMENTOS



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

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

PROCESO EDITORIAL



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

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

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



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

◀ @cgenfermeria ▶

Síguenos también en

