

LA REVISTA DE LOS PROFESIONALES COLEGIADOS DE ENFERMERÍA

# enfermería

facultativa

Año XXIV

Número 358

1 - 15 diciembre 2021



## VIOLENCIA DE GÉNERO

DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN ENFERMERA



El CGE y Defensa firman un convenio para potenciar la enfermería militar y civil



Reclaman un mayor papel de las enfermeras contra la resistencia a los antibióticos

2021

## Oferta formativa

REFERENTES EN FORMACIÓN DE POSGRADO

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

Información:

INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN SANITARIA

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

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

“

# Constantes vitales

## *Ni una más*



**Pilar Fernández  
Fernández**

Vicepresidenta I  
del Consejo General  
de Enfermería

Este año hay 37 mujeres que no podrán celebrar las fiestas de Navidad con sus seres queridos por culpa de la violencia machista. Una violencia que se ha cobrado ya 1.118 víctimas desde 2003, año en el que comenzaron a contabilizarse los datos. En total, 1.118 mujeres asesinadas a manos de hombres que decidieron acabar con ellas por el simple hecho de ser mujeres. 1.118 familias destrozadas para siempre por uno de los mayores problemas de salud pública a los que nos enfrentamos en la actualidad. Una lacra de enormes dimensiones que nos incumbe a todos y a todas y que debemos atajar desde los primeros años de edad con educación sobre igualdad y respeto.

Nosotras, las enfermeras, tenemos un papel clave a la hora de brindar esta educación desde la edad escolar para que los más pequeños aprendan valores y cambien su manera de actuar en las futuras generaciones. No podemos permitir que el lenguaje y las actitudes machistas calen en nuestra sociedad de tal manera que terminemos normalizando comportamientos denigrantes por el simple hecho de tenerlos estandarizados. Y para esto son fundamentales nuestras compañeras, las enfermeras escolares, porque, además de una estupenda labor asistencial, llevan a cabo una función de educación para la salud primordial.

Además de con los más pequeños, las administraciones deben legislar de manera clara para luchar contra la violencia de género de una vez por todas. Cada vida cuenta y cada vida de una mujer que muere asesinada nos desgarran a todas. No aceptaremos jamás que ninguna mujer viva con miedo a perderlo todo en un instante. Es momento de decir alto y claro que no vamos a consentir ni una muerte más ni ninguna mujer menos a causa de la violencia machista.

Todas y cada una de esas mujeres deben saber que su enfermera puede escuchar, apoyar y ayudar en estos casos. Durante las consultas, podemos detectar u observar comportamientos que podrían ser causa de un maltrato continuado y existen protocolos de actuación en estos casos. Las enfermeras estamos presentes en todas las épocas de la vida y en cualquier circunstancia y así seguirá siendo también en un tema tan trascendental como este que tratamos en este número de la revista ENFERMERÍA FACULTATIVA.

GRATUITO PARA LAS ENFERMERAS ESPAÑOLAS



2021

CURSO



# LIDERAZGO ENFERMERO

Desafío Nightingale

Curso Universitario aprobado por la UNIR con 5 créditos ECTS



## PROGRAMA FORMATIVO

### Liderazgo enfermero y liderazgo en entornos sanitarios

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

### Liderazgo y comunicación

- Comunicación y equipo.
- Liderar 2.0.
- Comunicar con éxito.

### Liderazgo y dirección

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

### Responsabilidad profesional y social. Gestión de la Calidad

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

### Recursos Humanos

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

**Dirigido a enfermeros**  
**Curso online**  
**125 horas**  
**Diploma acreditativo con 5 créditos ECTS**  
**Acceso gratuito**



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

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



PROMOVIDO POR LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA



Instituto Superior de Formación Sanitaria  
 Consejo General de Enfermería



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA



## Sumario

Número 358

1-15 Diciembre 2021

### Actualidad

6

#### Portada

Contra la violencia de género: detección, prevención y educación enfermera

14

#### Noticias

- El CGE y Defensa firman un convenio para potenciar la enfermería militar y civil
- La vacunación frente a la gripe y el valor de las enfermeras en la campaña llegan al Senado

### Formación

Más de 14.500 enfermeras se forman para ser líderes sanitarios

46

### Legislación

Consideración sanitaria de las terapias no convencionales

48

### Opinión

Sergio Alonso: “Déjense de reversiones y pongan más dinero en la sanidad pública”

50

### Ocio y cultura



54

#### Viajes

Las Palmas de Gran Canaria: Rompe con el frío

61

#### Apps & gadgets

Una app para optimizar los tratamientos antibióticos

62

#### Lo + Viral

Control y manejo de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en el paciente oncohematológico. Educación para la salud

64

Normas de publicación de artículos científicos

76

### Enfermería Científica



## Staff

**Director:** Florentino Pérez Raya. **Director técnico:** Íñigo Lapetra ([i.lapetra@consejogeneralenfermeria.org](mailto:i.lapetra@consejogeneralenfermeria.org)). **Coordinador editorial:** David Ruipérez ([d.ruiperez@consejogeneralenfermeria.org](mailto:d.ruiperez@consejogeneralenfermeria.org)). **Redactores:** Gema Romero ([g.romero@consejogeneralenfermeria.org](mailto:g.romero@consejogeneralenfermeria.org)), Alicia Almendros ([a.almendros@consejogeneralenfermeria.org](mailto:a.almendros@consejogeneralenfermeria.org)), Ángel M. Gregoris ([am.gregoris@consejogeneralenfermeria.org](mailto:am.gregoris@consejogeneralenfermeria.org)), Raquel González ([r.gonzalez@consejogeneralenfermeria.org](mailto:r.gonzalez@consejogeneralenfermeria.org)), Miriam Olivas ([m.olivas@consejogeneralenfermeria.org](mailto:m.olivas@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 Costhano. **Asesoría Socioprofesional:** María José Fernández. **Enfermería Científica:** Instituto de Investigación Enfermera ([instituto@consejogeneralenfermeria.org](mailto:instituto@consejogeneralenfermeria.org))

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



# Contra la violencia de género: detección, prevención y educación enfermera

---

## ATENCIÓN A TODAS LA FORMAS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES



016



600 000 016



016-online@  
igualdad.gob.es

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Conchi, Mari Carmen, Laura, Mari Cruz, Pilar, Rocío, Soledad o Alicia son sólo ocho nombres de las 37 mujeres que han sido asesinadas en el último año en España por culpa de la violencia de género. Una losa que aprieta enormemente a uno de los países más avanzados del mundo en cuanto a derechos, pero que, sin embargo, arrastra con él una cultura machista, que se debe combatir desde las instituciones.

“Nos enfrentamos en estos momentos a un problema de enormes dimensiones. En estos 11 meses de 2021, 37 mujeres han perdido la vida a manos de hombres que consideraban que eran de su propiedad. Desde 2003, año en el que empezaron a contabilizarse las víctimas, esta cifra asciende hasta las 1.118, lo que supone cinco mujeres asesinadas al mes. Unos datos que no dejan lugar a dudas y revelan una situación dramática que se debe atacar con todas las armas judiciales disponibles”, afirma Pilar Fernández, vicepresidenta del Consejo General de Enfermería.

De hecho, ha sido la institución enfermera la que ha querido poner en valor el trabajo de todas las enfermeras

en hospitales, centros de salud, sociosanitarios y otros ámbitos como los colegios para detectar y prevenir casos de violencia de género. Las en-

trato, sabemos cómo actúan las mujeres cuando se sienten sometidas y tenemos conocimientos para ayudarlas y apoyarlas”, apunta Fernández.

1.118 mujeres  
asesinadas  
desde  
2003

fermeras, como profesionales más cercanas a los pacientes, tienen un papel clave a la hora de descubrir posibles casos de maltrato y ayudar a estas mujeres durante el proceso. En concreto, las denuncias presentadas hasta junio de 2021 ascienden a 75.722 y el acumulado desde 2007 ya alcanza casi los 1,8 millones de denuncias, según los datos del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género.

### Mecanismos

Con estas cifras, la Organización Colegial quiere poner en valor el papel de las enfermeras como educadoras en salud. “Tenemos los mecanismos para detectar síntomas de mal-

En este sentido, desde el CGE recuerdan la importancia de mejorar las ratios enfermera/paciente para hacer frente a situaciones como esta. “En la actualidad, tenemos unas ratios muy por debajo de la media europea. En este sentido, la acumulación de trabajo para todas y todos los profesionales enfermeros hace que muchas veces, problemas como este, no puedan ser atendidos como es necesario, pasando por alto indicios que nos permitirían salvar vidas. Nuestros compañeros están haciendo un esfuerzo sobrehumano desde hace años y mucho más ahora con la pandemia, pero las administraciones deben apostar por la

enfermería y contratar a más profesionales para hacer frente a otras pandemias como la de la salud mental o la de, por desgracia, la violencia machista”, resalta Florentino Pérez Raya, presidente del CGE.

### Enfermera escolar

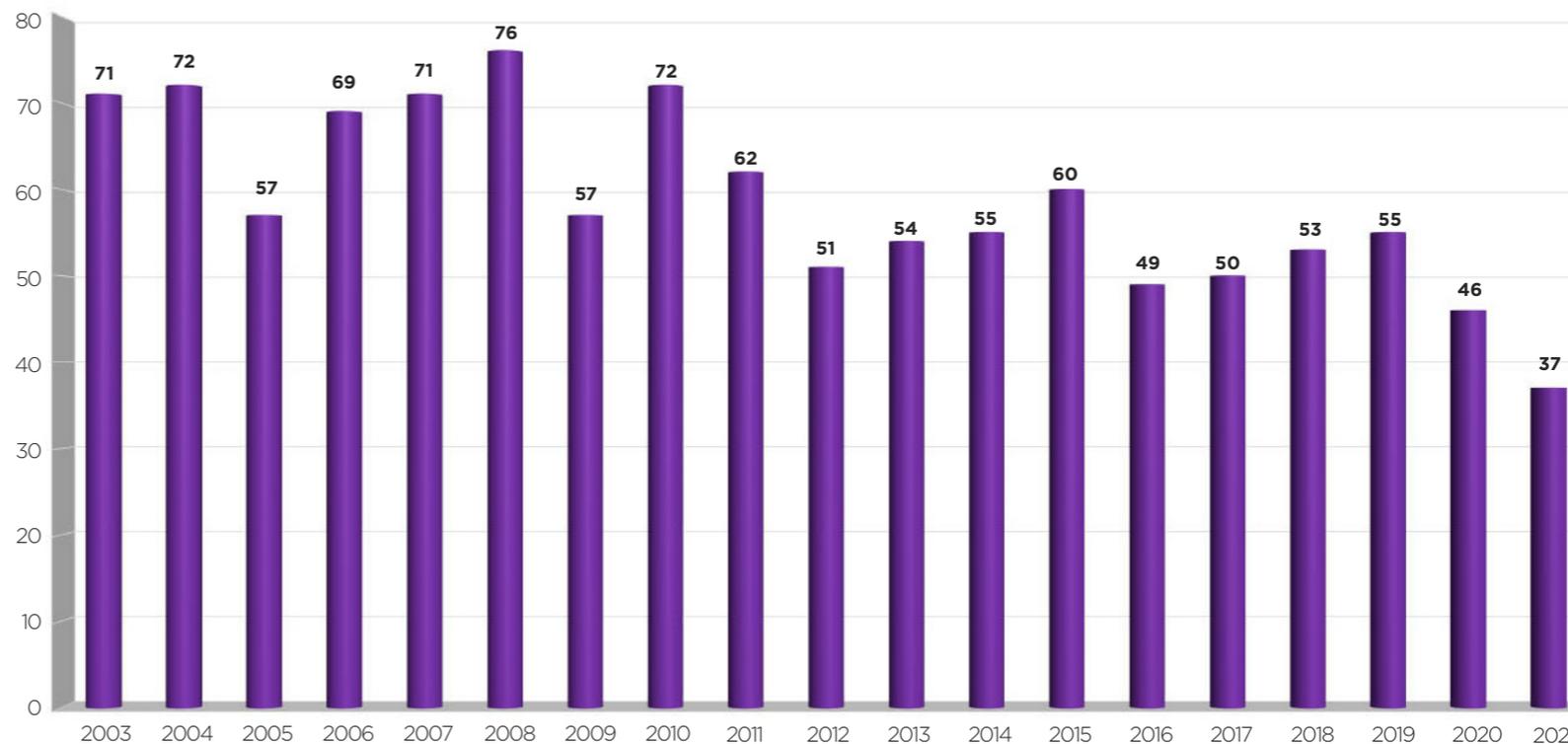
Asimismo, Pilar Fernández afirma que esto es un problema a nivel estructural, que hay que atajar con un modelo educativo en el que no quepa el machismo. “Los niños y niñas deben crecer con una educación basada en la igualdad. No podemos permitir que se perpetúen acciones o maneras de relacionarse anacrónicas y de épocas pasadas.

Las enfermeras escolares tienen mucho que decir en este aspecto, ya que son educadoras en salud en todos los niveles de la comunidad educati-

Cinco  
mujeres  
fallecidas  
al mes

va. Este colectivo se encarga de enseñar a los más pequeños hábitos saludables, pero también educación en valores para que crezcan respetándose, independientemente de todas las diferencias que ten-

TOTAL MUJERES VÍCTIMAS MORTALES 2003 - 2021: 1118



Evolución del número de mujeres víctimas mortales por violencia de género en España. Años 2003 a 2021

Fuente: Ministerio de Igualdad.

\*A 8 de noviembre de 2021



gamos como personas”, subraya la vicepresidenta de las 325.000 enfermeras y enfermeros de España.

“Además —recalca— también a través de las conversaciones y comportamientos de los menores, las enfermeras escolares pueden vislumbrar posibles casos de maltrato en los domicilios, consiguiendo así actuar contra ellos de la manera más rápida posible”. “No podemos echar la vista a un lado e ignorar una realidad que cada vez hace más daño. Cada golpe y cada asesinato de una mujer nos hace daño a todas y cada una de nosotras. Hay que seguir luchando y las enfermeras estaremos frente a frente contra la violencia de género”, comenta Pilar Fernández.

Decenas de vidas destrozadas por el maltratado, que se cobra también otras víctimas como los menores. Desde

2013 ya son 44 niños y niñas asesinados a manos de sus padres o las parejas de sus madres. “La población debe tatuarse estas cifras en las retinas y ser conscientes de que o se ponen medidas o esta situación irá mucho más allá”, apostilla la vicepresidenta del CGE.

## 44 niños y niñas muertos desde 2013

### Entender

Es en esta misma línea en la que Silvia Gil, teniente coronel de la Guardia Civil de Teruel, se expresaba durante una jornada celebrada por el Co-

legio de Enfermería de Teruel: “Es importante hacer jornadas porque el fenómeno ha de entenderse para poder verlo. Una vez que entendemos las cosas es cuando podemos hacer algo porque si no, somos víctimas del no comprender”.

Por su parte, Marian Roca, presidenta del Colegio de Enfermería de Teruel, apunta que “cualquier forma de violencia es un problema de salud pública y como profesionales somos un pilar fundamental tanto en su detección como en su erradicación”.

### Pornografía

Otro de los problemas a abordar y que está muy unido a la violencia de género es la pornografía. Una industria dirigida mayoritariamente a los hombres, que utiliza estereotipos retrógrados y muy lejos

de la realidad. “El tipo de deseo masculino que elabora la pornografía influye directamente en la reproducción de la violencia sexual”, explica Mónica Alario, experta en violencia sexual y pornografía, que hizo también una di-

## 1,8 millones de denuncias desde 2007

ferencia entre sexo y violencia sexual, ya que “para que algo sea sexo es imprescindible que haya reciprocidad y que cuente con el deseo de las mujeres y un consentimiento que nazca de ese deseo. Por el contrario, violencia sexual es cualquier comportamiento que tenga connotaciones sexuales que o bien no es deseado o

consentido por la mujer a la que se dirige”.

También hay que atacar a la violencia a través de las redes. Una violencia todavía desconocida para muchos, pero muy presente. La teniente coronel de la Guardia Civil

apunta a que “la violencia en la red es una adaptación, pero no deja de ser violencia y es necesario que sepamos que uno de cada cuatro casos de acoso se comete en las redes y siete de cada diez víctimas de ciberacoso son mujeres.

## Informes

Los Colegios de Enfermería de Las Palmas y de Santa Cruz de Tenerife han solicitado la inclusión de los informes de detección de violencia de género realizados por enfermeras en el marco legal de la Comunidad Autónoma y en los protocolos de actuación disponibles en el servicio sanitario público del Archipiélago.

“En Canarias hay actualmente más de 15.000 enfermeras y enfermeros que somos capaces de identificar la violencia y, por tanto, de denunciar inmediatamente; sin embargo, como no tenemos la posibilidad de generar un informe directo que active el proceso, nuestras acciones se ven limitadas”, aseguran.

# Detectar y actuar ante la huella del maltrato

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

El maltrato siempre deja huella y detectarla para poder ayudar y apoyar a la víctima es uno de los principales objetivos de las enfermeras en la lucha contra la violencia machista. Aunque es un tema muy complejo y no siempre es fácil darse cuenta de sus indicadores, las enfermeras de todos los ámbitos deben actualizarse y fomentar que la educación para la salud es la principal vacuna contra la violencia.

“Las víctimas suelen acudir a los centros sanitarios con bastante frecuencia por varios motivos de salud propios y de familiares. Aunque ellas no lo expresen como tal, debemos aprovechar la oportunidad para abordar su situación de violencia. Debemos realizar el seguimiento de la mujer y estar a su lado para que cuando las consecuencias del maltrato se manifiesten, no se sientan abandonadas” explica Maite

Soy, enfermera experta en violencia de género.

En este sentido, explica que “es fundamental unificar criterios de actuación, informar a la mujer de sus derechos, recursos disponibles y garantizar su continuidad en el hospital y centro de salud”.

**“Debemos estar a su lado en todo momento”**

Ante cualquier sospecha, es fundamental mantener un actitud de alerta porque “la mayoría de los casos de violencia machista comienza de forma tan sibilina que es difícil reconocerlos e incluso la propia víctima puede no reconocer la situación o la existencia de un problema”, afirma Maite Soy.

En cualquier caso, la actitud de la enfermera debe ser constante: “Empatizar con la víctima desde el primer momento, crear una relación de ayuda y apoyo para que perciba que nos importa, que la creemos, que no la juzgamos, que no está sola, ni es culpa suya, que no es una situación irreversible porque hay salida”.

La convivencia con malos tratos constantes puede hacerles retirar la denuncia y entre las causas de esto se encuentra que muchas mujeres justifican al agresor, siguen amándole, aceptan su arrepentimiento, tienen miedo a perder a los hijos, dependencia económica del agresor y o no tener apoyo externo, entre otros. “Debemos apoyar a la mujer víctima en los pequeños cambios que haga hasta lograr que tome conciencia de la situación, perciba que es capaz de cambiarla y de empoderarse, así como no desmoralizarla si sufre la recaída de volver con su agresor”, puntualiza la enfermera.

## Indicadores

La violencia no se presenta en estado puro y puede ser ejercida por acción u omisión

### Agresión física

- Hematomas, fracturas, quemaduras, heridas de distinta consideración producida por agentes punzantes, cortantes, de arrastre, intento de suicidio...

### Agresión sexual

- Embarazos no deseados, desgarros vaginales, anales, escoriaciones en zonas íntimas, sangrados, violación

### Abuso psicológico

- Actitud defensiva, sobresaltos, mirada huidiza, actitud desconfiada, baja autoestima, inseguridad, signos de estrés, falta de asertividad

**Preocupa el auge de la violencia entre adolescentes, violaciones en grupo, violencia vicaria, la agresión sexual facilitada por alcohol o drogas y prácticas vinculadas a la cultura (mutilación genital)**

## Intervención ante un caso de maltrato

- No subestimar el riesgo de la víctima
- Habilitar un espacio que garantice la seguridad y protección de la mujer, sobre todo en agresión sexual
- La actuación debe ser urgente (para evitar mayor sufrimiento), integral (explorando todos los aspectos relacionados con la violencia sufrida), coordinada (multiprofesional sociosanitaria e intersectorial) y ético legal (informar, solicitar su consentimiento, confidencialidad de datos).
- Dar una intervención individualizada y teniendo en cuenta el contexto de malos tratos que sufre
- La prioridad es la seguridad y protección de la mujer
- Utilizar un servicio de traducción si no habla castellano
- No hay que forzar la denuncia, pero sí debe saber que es su derecho
- La entrevista se hará a solas con la mujer. Se entrecomillará su relato y no se debe evitar la pregunta directa de si ha sido víctima de malos tratos
- Exploración física: no debe retrasarse y se debe realizar con respeto
- La mujer no debe someterse a exploraciones innecesarias y repetidas
- La mujer puede acudir con o sin menores a su cargo y ellos también necesitan atención
- Siempre que estemos ante un caso de violencia de género se comunicará al Servicio de Trabajo Social del Hospital
- Debemos valorar si existe riesgo vital positivo
- Emisión de informes. El informe médico, informe social e informe de enfermería



Miembros de la enfermería militar y civil presentes en la firma del convenio



## El CGE y Defensa firman un convenio para potenciar la enfermería militar y civil

A. M. GREGORIS / I. LAPETRA. Madrid

El Consejo General de Enfermería y el Ministerio de Defensa han firmado un convenio de colaboración por el cual se posibilitará el intercambio de conocimientos y experiencias entre la enfermería militar y la Organización Colegial. Esta sinergia entre ambas instituciones tiene como objetivo potenciar todavía más el valor de los enfermeros militares, imprescindibles en misiones humanitarias y en momentos clave de España como está siendo la crisis del COVID-19.

“Gracias a este convenio, pretendemos avanzar un poco más, este intercambio de conocimientos se hace ahora más necesario que nunca para el desarrollo de la especialización enfermera. También buscamos fomentar la investigación, el desarrollo y la difusión que se produce en el ámbito de la enfermería militar”, ha destacado

María Amparo Valcarce, subsecretaria de Defensa. Asimismo, se ha mostrado muy orgullosa por este acuerdo y ha asegurado que el principal objetivo es “trabajar para alcanzar una excelencia en el ámbito de la calidad de la formación de

**“Habéis estado siempre por y para la gente”**

la enfermería militar, pero, sobre todo, incorporar a la enfermería militar y civil los cuidados que la población precisa y que son competencia exclusiva de los profesionales de enfermería”.

En este sentido se ha expresado también Florentino Pérez

Raya, presidente del CGE, que ha resaltado la necesidad de apostar y afianzar esos cuidados. “Somos los profesionales de los cuidados, estamos en un momento en el que el paradigma de la sanidad está cambiando de un modelo basado en el curar a un modelo basado en el cuidar. Por este motivo, compartir experiencias entre la enfermería civil y la militar es fundamental para aprender, analizar y desarrollar nuevas formas de cuidar”, apunta.

### Ideas, experiencias, formaciones...

Por su parte, el teniente coronel Vicente Pérez, jefe de la Unidad de Enfermería de la Inspección General de Sanidad de la Defensa y uno de los impulsores de este acuerdo, ha considerado una gran noticia la firma de este conve-

nio. “Plasmamos en papel la colaboración que tenemos con el Consejo General y que ahora nos da un marco de actuación un poco más amplio. Nos enorgullece mantener esa colaboración en el intercambio de ideas, experiencias, formaciones...”

Del mismo modo opina el teniente coronel Luis Nevada, jefe de Enfermería del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, que ha destacado que este “es un paso más en esa relación que tenemos desde hace muchos años con visitas a la sede y distintas formaciones”.

### Agradecimiento

El presidente de las 325.000 enfermeras de España ha querido agradecer enormemente la labor realizada por los compañeros del Ministerio de Defensa durante los últimos dos años. “Habéis realizado un trabajo magistral, habéis esta-

do en todo momento por y para la población y habéis brindado una enseñanza a todos. Ya no sólo los enfermeros militares, sino el resto de mandos del Ejército, que nos han ayudado en los momentos más duros, cuando los afectados fallecían por centenares y no había suficientes manos para atajar el problema. Siempre estaremos agradecidos y es un absoluto honor poder firmar este convenio que nos una todavía más si cabe”, subraya.

### Gran trabajo

La subsecretaria de Defensa también ha querido destacar el trabajo realizado: “Las enfermeras y enfermeros han jugado un papel trascendental en la lucha contra la pande-

protagonizado las Fuerzas Armadas como han sido la Operación Balmis y la Baluarte, participando como rastreadores al servicio del Ministerio de Defensa, pero en colaboración con las administraciones autonómicas para hacer un trabajo excepcional en la prevención del COVID-19”, apunta Valcarce.

### Afganistán

También durante la firma ha estado presente el teniente coronel enfermero Jaime E. Saumell, que ha recordado cómo fue el gran cambio para la enfermería militar durante las misiones en Afganistán. “Ahí se volvió a ver la necesidad de una formación actualizada y determinante para poder prestar los cuidados que iban a necesitar nuestros compañeros en zonas de operaciones. A partir de ese momento fuimos desarrollando determinados cursos como el de soporte vital avanzado en combate”, ha resaltado.

Formaciones como esta, actualizaciones, investigaciones y todo tipo de desarrollo profesional tanto en la enfermería militar como en la civil son los aspectos que se pondrán en valor gracias a este convenio.

**Aprender y desarrollar nuevas formas de cuidar**

mia y esa lucha no habría sido posible sin vuestra profesionalidad y entrega. Todo ello se ha puesto de manifiesto en las últimas operaciones que han





# La vacunación frente a la gripe y el valor de las enfermeras en la campaña llegan al Senado

RAQUEL GONZÁLEZ. Madrid

La vacunación contra la gripe ha centrado la sesión organizada por la Asociación Española de Vacunología (AEV) que ha tenido lugar en el Senado con el propósito de contribuir al conocimiento y la concienciación sobre la importancia de vacunarse frente a la gripe e impulsar estrategias que contribuyan a la inmunización de la población en general y de los grupos de riesgo en particular.

En su inauguración, Modesto Pose, presidente de la Comisión de Sanidad y Consumo en el Senado, ha hecho hincapié en que “desgracia-

damente, a la gripe no se le ha dado la importancia que realmente tiene, ha tendido a banalizarse cuando en reali-

**“A la gripe no se le ha dado la importancia que tiene”**

dad se trata de una enfermedad que afecta a una gran parte de la población y cuyas consecuencias pueden ser

muy graves, comprometiendo incluso la vida de quienes la sufren”.

Junto a Pose, en la inauguración, ha estado también Amós García, presidente de la AEV, quien ha advertido sobre “la incertidumbre a la que nos enfrentamos este año” ya que en estos momentos se han relajado muchas de las medidas de prevención que manteníamos hace algunos meses como el uso de mascarillas en exteriores, el lavado de manos, la distancia... Además, ha añadido, “la presencia de un microorganismo predominante como este suele subyugar la de otros y eso fue lo que hizo el coronavirus con la gripe el año pasado. Ahora, una gran parte de la población está vacunada frente al coronavirus y debemos tenerlo en cuenta porque es algo que también puede contribuir al resurgir del virus de la gripe”.

A continuación, se ha celebrado una mesa redonda en la que han participado Pilar Fernández, vicepresidenta I del Consejo General de Enfermería; José María Eiros, director del Centro Nacional de Gripe

de Valladolid; y Carlos Martínez, inmunólogo y profesor del CSIC.

## Enfermería y vacunas

En su intervención, Pilar Fernández ha hecho hincapié en el valor de las enfermeras cuando se habla de vacunación, un valor que va más allá del acto de inmunización y es que su labor es esencial ya desde la captación de la población, siendo claves en la resolución de dudas que puedan surgir, así como en la gestión de los recursos humanos y materiales, el registro o el seguimiento de posibles reacciones adversas.

En cuanto a los objetivos de vacunación frente a la gripe para la campaña en la que ya nos encontramos, Pilar Fernández ha hecho hincapié en que “debemos ser más ambiciosos que en años precedentes y alcanzar e incluso superar los objetivos fijados: un 75% en mayores de 65 años y personal sanitario y un 60% en personas con factores de riesgo”.

“Estos objetivos —ha subrayado— están en consonancia con los fijados por la Organización Mundial de la Salud y por la Comisión Europea y las enfermeras somos un factor clave para alcanzarlos”. Y en ese sentido, ha instado a que “se aproveche cualquier contacto con el sistema

**Hay que promover la vacunación desde las consultas**

sanitario para establecer la recomendación de la vacunación”. Y es que, ha asegurado, “las enfermeras somos capaces de convencer a nuestros pacientes más indecisos haciendo uso de nuestro criterio técnico, pero también de nuestra pasión y cercanía”.

## “Crear cultura”

Por su parte, José María Eiros ha hecho hincapié en que si bien la gripe afecta sobretudo a

## Claves de la vacunación: Atención Primaria y Enfermería

la población infantil y adolescente es en los mayores y en quienes presentan patologías de base en quienes la enfermedad puede llegar a comprometer la vida de los pacientes. Por ello, en su opinión, “lo elemental en gripe es crear cultura de que es una enfermedad grave que cada temporada supone entre 4 y 6 mil muertos y que, afortunadamente, es prevenible. Las vacunas forman parte de la vida saludable al igual que la dieta, el ejercicio físico o evitar hábitos tóxicos”.

En esta misma línea intervino Carlos Martínez que se refirió a la edad como “el factor más crítico cuando hablamos de gripe, como lo es también cuando hablamos de otras enfermedades”. La suerte, cuando se trata de la gripe, es que puede prevenirse mediante la vacunación. Si bien el gran reto en este campo, ha señalado, sería el de “conseguir una vacuna que protegiera frente a todos los tipos de gripe, las que tenemos ahora son lo suficientemente buenas y debemos utilizarlas”.

Con respecto al éxito de la campaña de vacunación frente al COVID-19, Carlos Martínez ha querido destacar la fuerza y la accesibilidad de Atención Primaria en nuestro país y al hecho de que la población española sea “provacunas” porque “desde pequeños, estamos acostumbrados a que haya una serie de vacunas que se administran siguiendo el calendario vacunal”.



De izquierda a derecha, Javier Dorado, director de Asuntos Públicos de Kreab, Pilar Fernández, José María Eiros y Carlos Martínez



# Reclaman un mayor papel de las enfermeras en la lucha contra la resistencia a los antibióticos

GEMA ROMERO. Madrid

Cada año, entre el 18 y el 24 de noviembre se celebra la Semana Mundial de Concientización sobre el Uso de los Antimicrobianos, que tiene como objetivo aumentar la concienciación sobre la resistencia a los antimicrobianos (RAM), cuya causa fundamental es el consumo excesivo o inadecuado de antibióticos.

Según datos del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), entre 2014 y 2020 el consumo de antibióticos en España ha descendido un 32,4 % en salud humana y un 56,7 % en sanidad animal. Sin embargo, y pese a este descenso, cada año mueren en nuestro país unas 4.000 personas a consecuencia de infecciones resistentes, cuatro veces más que los fallecidos en accidentes de tráfico.

Por este motivo, desde el Consejo General de Enfermería (CGE) y desde la Asociación Española de Enfermería de Prevención y Control de Infecciones (AEEPycI) se recuerda el papel fundamental que también desempeñan las enfermeras en la lucha contra la resistencia a los antibióticos, una labor que es preciso

potenciar para paliar este grave problema.

Como sostiene José Luis Cobos, vicepresidente III del CGE “la labor que realizan las enfermeras en cualquier ámbito asistencial en el seguimiento de los tratamientos antibióticos, en su uso racional, fomentando la adherencia, evitando que los pacientes dejen a medias los tratamientos o alargándolos sin indicación es de suma importancia para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencia a los antibióticos”.

## Las resistencias son un grave problema de salud pública

Para Inmaculada Fernández, presidenta fundadora de AEEPycI, “la enfermera también es imprescindible en el cuidado seguro: hablamos de higiene de manos, de descontaminación de superficies, de todo lo relacionado con las precauciones a adoptar para

evitar la transmisión de infecciones. Somos las encargadas de administrar los antibióticos, pero también de tomar las muestras de los cultivos que determinan el diagnóstico y el tratamiento más adecuado según el resultado, por ello, debemos garantizar su buen uso”.

Y es que, como señala Fernández, “ante un escenario de limitadas opciones terapéuticas, la prevención cobra un especial valor. Sabemos que las resistencias a los antibióticos serán un grave problema de salud pública. Esto se acompaña con cambios ambientales que pueden conllevar amenazas de nuevas zoonosis, como ha sucedido ahora con el COVID-19, de ahí que evitar las resistencias a estos medicamentos sea fundamental”.

Para Florentino Pérez Raya, presidente del CGE, “dado que las causas y las repercusiones de estas resistencias afectan a la salud humana, animal y medioambiental, es preciso abordar, tal y como sostienen todos los organismos nacionales e internacionales, un enfoque *OneHealth*, colaborativo, multisectorial y multidisciplinar que reconoce las interconexiones entre las personas, los animales, las plantas y el entorno que comparten. Sólo con el trabajo de todos podremos paliar este grave problema que afecta a la salud mundial en todos sus ámbitos”, destaca.

## Poco representadas

De la misma opinión es Inmaculada Fernández, para quien “la multidisciplinariedad es fundamental en el tema de la multiresistencia: es un trabajo en equipo. Es de los temas donde más cooperación y coordinación interdisciplinar debemos tener los di-

ferentes profesionales”. Y, sin embargo, “las enfermeras estamos muy poco representadas

## Es preciso un enfoque *OneHealth* para paliar el problema

donde se toman las decisiones. Todavía no nos reconocen muchas de las competencias que desarrollamos en este

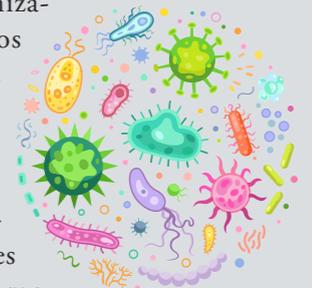
ámbito, faltan enfermeras en los PROA, los programas para la optimización del uso de antibióticos que buscan no prolongar los tratamientos con antibióticos de forma innecesaria, intentando optimizar su manejo para evitar resistencias, tratando mejor y más adecuadamente a los pacientes. Deberíamos ser una parte del equipo y muchas veces o no estamos o colaboramos de forma residual y las enfermeras de prevención de infecciones tenemos mucho que decir en este tema”, concluye Fernández.

## ¿Qué es la resistencia?

Tal y como explica la Organización Mundial de la Salud, los antimicrobianos —incluidos los antibióticos, los antivirales, los antifúngicos y los antiparasitarios— son medicamentos utilizados para tratar las infecciones en los seres humanos, los animales y el medioambiente.

En todo el mundo, las bacterias, los virus, los hongos y los parásitos están cambiando y empiezan a no responder a los medicamentos utilizados actualmente para tratar las infecciones que causan. Esta resistencia a los antimicrobianos surge de forma natural, normalmente a través de cambios genéticos. Sin embargo, el uso excesivo y el mal uso de los antimicrobianos han acelerado el desarrollo de la resistencia a estos tratamientos.

Esto hace que las infecciones sean más difíciles de tratar, lo que aumenta el riesgo de propagación de enfermedades graves y la muerte. Así, por ejemplo, las infecciones bacterianas resistentes a los antibióticos podrían hacer que procedimientos vitales como los trasplantes de órganos, las prótesis articulares, la atención al cáncer y el cuidado de los bebés prematuros fueran demasiado peligrosos de realizar. Estas resistencias a los antimicrobianos pueden afectar a cualquier persona, de cualquier edad, en cualquier país.





## Cáncer de páncreas

# Invertir para avanzar en prevención, diagnóstico y tratamientos

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Tal y como apuntan desde la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), “en los últimos años estamos presenciando un aumento de la incidencia de cáncer de páncreas”. Así, en su estimación anual, preveían que a lo largo de 2021 se diagnosticasen hasta 8.697 casos de cáncer de páncreas, lo que supone 528 más que en 2019, cuando la previsión fue de 8.169.

Con estas cifras, el Consejo General de Enfermería (CGE) y la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) instan a las administraciones a fomentar e invertir en investigación para conseguir mayores logros en prevención, diagnóstico precoz y tratamientos más eficaces en cáncer de páncreas, uno de los tumores más letales en la actualidad.

“Cada vez hay más investigación en este tipo de tumores, lo que nos está permitiendo realizar más diagnósticos precoces y mejorar los tratamientos. Se está llevando a cabo un gran esfuerzo y, aunque a veces los trabajos parecen tener una escasa relevancia cuando se presentan de forma aislada, hay que saber

que la suma de todos ellos está cambiando la vida de muchas personas. Aunque la investigación cada vez es mayor, todavía necesitamos mucho más. Es fundamental que las administraciones e instituciones responsables hagan una clara apuesta por la investigación”, afirma Ángeles Peñuelas, presidenta de la SEEO. Asimismo, considera imprescindible también que se fomente la investigación en cuidados de enfermería porque son los profesionales más cercanos al paciente y los que deben contar con mayor evidencia científica.

“Lo más habitual es sentir rabia, tristeza y miedo”

En esta misma línea se expresa Florentino Pérez Raya, presidente del CGE, que subraya “que España debe seguir potenciando e invirtiendo en investigación para lograr progresos en los tratamientos, prevención y cura de estas enfermedades”.

### Enfermeras expertas

Además de potenciar la investigación, consideran imprescindible contar con enfermeras expertas en cáncer de páncreas para detectar posibles problemas de salud men-

cambio drástico en la vida de cualquiera, que ve como su día a día se trastoca por una de las patologías más temidas. En el caso del cáncer de páncreas, el desasosiego cuando se conoce la noticia es total para los afectados y también para sus familiares. Es en ese momento, cuando las enfermeras deben tomar el mando para ayudarlos y las instituciones deben ser conscientes de esto y apostar por la figura de la enfermera gestora de casos para administrar, gestionar y posicionar al paciente en el centro de la atención durante todo el proceso”, apunta Pérez Raya.

### Expertas

Por su parte, Peñuelas, pide que se reconozca la necesidad de que las personas afectadas de cáncer sean atendidas y cuidadas por enfermeras especializadas en oncología y que se potencie el trabajo de las enfermeras en la gestión de los tumores de páncreas. “Las administraciones públicas y la

“Es muy importante darse tiempo para asumir la noticia”

sociedad en general deben impulsar este rol para mejorar la calidad de la atención de las personas que sufren un cáncer de páncreas y poder realizar así una atención individualizada y personalizada. “Lo más habitual es sentir rabia, triste-

za, miedo, incertidumbre... Cuando el paciente recibe el diagnóstico, es importante que se sienta apoyado por su familia y amigos. Hay que intentar mantener las actividades normales del día a día, sabiendo que tendrán que adaptarse a los cambios y deberán acudir con cierta frecuencia al hospital; es muy importante darse tiempo para asumir la noticia y saber también que se cuenta con el apoyo de un equipo de enfermeras para ayudar en todo el proceso”, explica Peñuelas.

### Acompañar

Y es en ese proceso de aceptación en el que las enfermeras toman un papel fundamental para el acompañamiento y los cuidados del afectado. “El cáncer de páncreas es una enfermedad que va acompañada frecuentemente de una alteración importante del estado nutricional, por lo que una intervención nutricional precoz puede ayudar a prevenir la desnutrición y la pérdida de peso, preservar la masa muscular y evitar otros déficits. Todo ello repercutirá en una mejor tolerancia al tratamiento y a mejorar la calidad de vida de los pacientes”, afirma la presidenta de la SEEO. Asimismo, Ángeles Peñuelas considera imprescindible motivar a los pacientes para llevar un estilo de vida saludable y evitar la inactividad física, ya que se ha visto que el ejercicio proporciona múltiples beneficios. “Hay que adaptarlo a cada persona, teniendo en cuenta el tipo de cáncer que tienen, el tratamiento recibido, los efectos adversos de este y la comorbilidad. Se ha demostrado eficaz y seguro antes, durante y después de los tratamientos”, destaca.



# Enfermería reflexiona sobre la pandemia en el World Pandemics Forum

RAQUEL GONZÁLEZ. Madrid

La enfermería ha centrado una de las sesiones desarrolladas en el marco del World Pandemics Forum, el congreso científico sobre salud pública celebrado en Ifema Madrid los días 19 y 20 de noviembre. Un encuentro mundial cuyo objetivo es el de prever respuestas a futuras pandemias desde una perspectiva personal, social, laboral y medioambiental.

Durante dos días, expertos en diferentes ámbitos, entre los que se encontraban representantes de la Organización Mundial de la Salud, han trabajado para extraer las conclusiones que sienten las bases de un informe global que establezca protocolos de futuro.

Y para hablar de la experiencia enfermera y aprender de lo vivido en la pandemia por COVID-19, no ha falta-

do una sesión específica, organizada por la Asociación Enfermería y Vacunas, Anenvac, y Amazing Books, en la que cinco expertos han aportado su visión y análisis sobre lo que ha sido el último año y medio.

## Gestión enfermera y urgencias

En primer lugar, tomó la palabra el vicepresidente III del Consejo General de Enfermería y miembro de la Junta Directiva del Consejo Interna-

## Preocupa el desgaste de los profesionales

cional de Enfermeras, quien destacó el papel de las enfermeras desde el inicio de la pandemia y que este año ha sido clave en la vacunación de la población que, en el caso de España, “está siendo ejemplar”. Una actuación, aseguraba José Luis Cobos, que “ha sido reconocida tanto por la sociedad, ante la que la profesión ha cobrado una enorme visibilidad, como ante la Administración”, aunque esta última, ha lamentado el vicepresidente, “no ha tomado las decisiones oportunas para responder a ese reconocimiento”.

Y es que más allá de palabras y homenajes, reivindicaba, “es preciso actuar para solucionar los problemas que arrastra la profesión” en cuestiones como la falta de enfermeras, la sobrecarga asisten-

cial o su escasa presencia en puestos de responsabilidad y allí donde se toman las decisiones en salud.

## Urgencias en pandemia

Por su parte, José Luis Pérez Olmo, director de Enfermería del SUMMA112, explicó cómo la pandemia les obligó a adaptarse rápidamente y atender las urgencias relacionadas con el COVID-19 sin dejar de atender las habituales, “como infartos de miocardio, que seguían produciéndose, aunque no trascendiera”, o la puesta en marcha del hospital del IFEMA en un tiempo récord y con la complejidad que conllevaba.

Pérez Olmo se refirió también a la campaña de vacunación en el contexto de Madrid: “por mis manos y por las de mi equipo han pasado más de un millón doscientas mil dosis de vacunas y han ido adonde tenían que ir porque se ha hecho de forma ejemplar”.

Entre los retos de la campaña de macrovacunación se refirió a cuestiones como la capacidad de adaptar el tiempo de administración al tiempo de registro o la autocita para agilizar el proceso y captar población.

A continuación, Begoña Reyero Ortega, coordinadora de la campaña de vacunación en Canarias, se detuvo en la importancia de la formación de las enfermeras “cual ejércitos”, definía, para acometer la campaña de vacunación frente al COVID-19 así como en las múltiples funciones que desempeñan y que van más allá de la administración de la vacuna extendiéndose, por ejemplo, a la gestión de los es-



pacios, de los recursos materiales y de los humanos, o el control de conservación de las vacunas que en su caso, el de las islas, fue especialmente complejo por su propia geografía, aseguraba.

## Actividad

La sesión contó también con la intervención de Inmaculada Cuesta Esteve, secretaria de Anenvac, que se detuvo en las acciones que habían llevado a cabo desde la asociación durante la pandemia. Acciones entre las que destacó la actividad en redes sociales, especialmente Twitter: “para nosotros, esta red se convirtió en una vía fundamental para llegar tanto a los profesionales como a la población general”.

## “No estábamos preparados para una pandemia”

Otra de las herramientas, explicó, fueron “las infografías y los vídeos formativos e informativos sobre vacunación y en cuya elaboración y difusión

contamos con la colaboración y el apoyo del Consejo General de Enfermería”.

## Alertas sanitarias

Por último y mediante videoconferencia tomó la palabra José Antonio Forcada Segarra, enfermero de Salud Pública y presidente de Anenvac, que reconoció que en nuestro país “hasta la llegada de la pandemia, no habíamos vivido emergencias y alertas sanitarias como las que sí se habían vivido en otros países” y “la pandemia nos ha hecho darnos cuenta de que nos faltaba formación y no estábamos preparados”.

## Manual de Enfermería

Asimismo, tuvo lugar la presentación del Manual Práctico de Enfermería, de Amazing Books, una obra dirigida por José Antonio Forcada y Eladio Joaquín Callado, vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universitat Jaume I de Castellón. Un manual que se organiza en 18 capítulos escritos por especialistas en cada materia, que incluye además casos prácticos en formato audiovisual a los que se accede mediante códigos QR.



De izquierda a derecha, Inmaculada Cuesta, José Antonio Forcada (pantalla), José Luis Cobos, Begoña Reyero y José Luis Pérez Olmo





## La digitalización del SNS, prioridad inaplazable para los pacientes

A. ALMENDROS. Madrid

La digitalización del Sistema Nacional de Salud es una prioridad inaplazable para los pacientes. También, para garantizar una mayor efectividad en los modelos asistenciales y de prevención, mejorando la eficiencia, la sostenibilidad del SNS y su calidad de vida. Estas fueron algunas de las conclusiones vertidas por los expertos en el XIV Foro de Salud organizado por el Centro de Estudios de Políticas Públicas y Gobierno de la Universidad de Alcalá (CEPPyG), celebrado en el Parlamento de Islas Baleares.

Este foro, dirigido a políticos en activo de las distintas

Comunidades Autónomas, coincide con la temática expuesta recientemente por el Observatorio Economía y Salud Boehringer Ingelheim del CEPPyG que, a través de su informe “La digitalización del Sistema Nacional de Salud”, identifica los retos y las oportunidades que debe afrontar el SNS para su proceso de transformación digital.

La pandemia ha puesto sobre la mesa fortalezas y debilidades de nuestro sistema sanitario, “sin duda uno de los mejores del mundo en calidad, equidad, universalidad y eficiencia. Pero con áreas de mejora notables, entre las que

se encuentra apostar por las tecnologías digitales y reorientar el modelo asistencial mejorando la atención de los pacientes con patologías crónicas”, resaltó Diego Ayuso, secretario general del Consejo General de Enfermería. “Es necesario un cambio de modelo, priorizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, pasando de un modelo reactivo a uno proactivo, con una especial atención a los pacientes con patologías crónicas los que más necesitan el sistema sanitario apostando por la atención familiar y comunitaria, donde las enfermeras y enfermeros tienen un papel protagonista como profesional sanitario de referencia (especialistas), y donde la promoción de hábitos de vida saludable en la población, la educación sanitaria y para la salud sean prioritarias dentro del modelo asistencial y de cuidados, este cambio de enfoque supone invertir en el nivel primario de atención, y esto a la larga puede optimizar enormemente los costes del SNS y hacerlo más eficiente y sostenible”, añadió Ayuso.

### Retos

Entre los retos de transformación digital en el ámbito de la salud destaca, con especial intensidad, la gestión de la patología crónica para los que la digitalización del SNS resulta una prioridad inaplazable. Estos pacientes presentan un abordaje atomizado por especialidades y diversos niveles de atención. “Deben potenciarse aquellas actividades que, potencialmente, puedan desarrollarse vía telemática. Esto generaría información valiosa para un mejor manejo del paciente, por parte de los



profesionales sanitarios involucrados en su abordaje, además de incluirle en la toma de decisiones”, aseguró María Dolores Rubio, directora-gerente del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

### Enfermeras

Además, durante su intervención, el secretario general del Consejo General de Enfermería quiso resaltar que “el déficit de enfermeras en nuestro país es algo que veníamos denunciando desde el CGE desde hace muchos años, y que la pandemia lo ha hecho patente. La ratio de enfermeras por población en España es de 5,9 enfermeras por 1.000 habitantes, estando en la cola de los países de la Unión Europea, donde la media se sitúa en 8,6 enfermeras por cada 1.000 habitantes. En Atención Primaria este déficit se hace más manifiesto con una enfermera por cada 2.000-2.500 ciudadanos frente a una enfermera por cada 1.000 en la media de la UE”. Algo muy a tener en

cuenta, pues, a su juicio, “en la transformación digital de la asistencia las enfermeras deben tener un gran protagonismo”.

“Hay que apostar por las tecnologías digitales, el modelo sanitario precisa que incorporemos de forma efectiva la telemedicina y los telecuidados, que sea posible hacer un seguimiento correcto de los pacientes con patologías cróni-

“Hay que apostar por las tecnologías digitales”

cas en sus domicilios, potenciar la atención domiciliar mediante estas tecnológicas como complemento de la atención directa y personalizada, no sustituyéndola. La Atención Primaria de salud y sus profesionales deben ser proactivos, no reactivos y las tecnologías digitales pueden

acercar mucho los pacientes a los profesionales de la salud, facilitando el control y seguimiento de los pacientes, utilizando tecnologías que permitan la monitorización de parámetros como la glucemia, la presión arterial, la saturación de oxígeno, la vigilancia de heridas, el control de la adhesión a tratamientos, etc., facilitando la relación paciente-profesional sanitario, mejorando la calidad asistencial y esto hoy en día esta escasamente desarrollado”, reseñó el secretario general del Consejo General de Enfermería. “Todo esto supone invertir, la inversión en sanidad debe alcanzar la media de los países de la UE 9,6% de gasto sanitario frente a PIB, España se encuentra en el 8,8% (público + privado). Esta inversión debe dedicarse a una mayor apuesta por la AP (15% del gasto sanitario frente a PIB en España y en la media de la UE supone entre el 20-25%) y en inversión en tecnológicas digitales, como la teleasistencia o la historia clínica electrónica unificada”, finalizó.



XIV Foro de Salud organizado por el Centro de Estudios de Políticas Públicas y Gobierno de la Universidad de Alcalá (CEPPyG)

## Las enfermeras, premio especial de DKV Seguros por su gestión durante la pandemia



ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Somos 325.000 profesionales enfermeras y enfermeros en España. Durante la pandemia han trabajado todos, incluso jubilados, y nos faltó plantilla. Esta crisis ha puesto de manifiesto que las ratios de enfermería en España son mínimas, estamos a la cola de Europa y se ha visto la necesidad que había de prestar atención a tantos ciudadanos como lo necesitaban. Me sorprende ahora oír a las administraciones sanitarias decir que van a cesar los contratos. Nos hacen falta los 325.000 profesionales e incluso más”. Así de contundente se mostró Florentino Pérez Raya, presi-

dente del Consejo General de Enfermería, durante la entrega de premios Medicina y Solidaridad de la aseguradora DKV, en la que entregaron un reconocimiento a la insti-

**Se empleará para financiar proyectos de formación**

tución por su gestión durante la pandemia del COVID-19. Junto al Consejo General, también recibieron distincio-

nes especiales la Organización Médica Colegial, la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Estos cuatro reconocimientos cuentan con una dotación económica de 5.000 euros para destinar a proyectos sociales de cada una de las entidades mencionadas. En el caso de la enfermería, este dinero se empleará para financiar proyectos de formación.

### Medicina y solidaridad

Además de estos galardones especiales, los premios Medicina y Solidaridad han otorgado 10.000 euros a la Fundación África Directo, el médico Ignacio Díaz de Tuesta Revilla y el Hospital San Juan de Dios de Aljarafe. La Fundación ha sido la ganadora en la categoría Premio Organización Solidaria, por un proyecto de mejora de las medidas protectoras frente al contagio por COVID-19. Se trata de la fabricación de ventiladores no invasivos a partir de máscaras de buceo adaptadas por un equipo de médicos e ingenieros españoles, probadas con éxito en España y utilizadas en centros de África y Centro América, carentes de material de protección.

Por su parte, Ignacio Díaz de Tuesta Revilla ha sido premiado en la categoría Premio al Profesional Sanitario Solidario por el proyecto Andalucía Respira y el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe de Sevilla ha recibido el Premio a la Iniciativa en Salud Digital Solidaria por el programa “Tele-Covid: humanizando y optimizando la asistencia en tiempos de pandemia”.



## La enfermería recibe la Gran Cruz de Honor de la Orden de Santa María de España

ALICIA ALMENDROS. Madrid

El presidente del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya, recogió en Cartagena la Gran Cruz de Honor de la Orden de Santa María de España que se concedió a todas las enfermeras y enfermeros españoles. “Han quedado patentes las principales habilidades inherentes a esta profesión: flexibilidad, adaptabilidad, creatividad, trabajo en equipo, empatía, capacidad organizativa y, sobre todo, perspectiva humanista del cuidado y visión holística del paciente”, resaltó durante el acto Manuel Francisco Mota, gran canciller de la Orden de Santa María de España quien subrayó la capacidad de adaptación y liderazgo de la profesión enfermera junto a la alta disciplina que la caracteriza. Dichos galardones se conceden anualmente a aquellas personas o entidades cuya labor en favor de la sociedad española sea destacable.

El pasado año 2020 fue declarado por la OMS como el Año de las Enfermeras y las Matronas, “y para celebrarlo habíamos organizado múltiples actos y campañas por toda España. Sin embargo, no pudimos realizarlos como hubiésemos pretendido porque tuvimos que dedicarnos en cuerpo y alma a luchar contra la mayor crisis contemporánea de salud pública. Lo que sí que es cierto es que, aunque no celebrásemos actos, ni campañas publicitarias en



aquel 2020, nuestra lucha contra el virus y nuestro trabajo con los pacientes nos está reportando un reconocimiento sin precedentes por

**“Va por todos los caídos durante la pandemia”**

parte de todos los ciudadanos, como de las instituciones de todo tipo, como es el caso por este galardón”, argumentó Florentino Pérez Raya,

presidente del Consejo General de Enfermería. La pandemia ha costado la vida a miles de profesionales sanitarios en el mundo. En España concretamente 12 enfermeras fallecieron contagiados mientras prestaban asistencia a sus pacientes. A esto hay que sumarle las muertes del resto de profesiones sanitarias: médicos, farmacéuticos, y también técnicos, celadores, personal de limpieza, etc. “Por tanto, me van a permitir que dedique esta distinción a todos los profesionales caídos por cumplir con su deber prestando la asistencia sanitaria a sus pacientes”, añadió Pérez Raya.

## Gripe, tosferina y COVID-19

# Las enfermeras recuerdan a las embarazadas que deben vacunarse para evitar complicaciones



ALICIA ALMENDROS. Madrid

La morbilidad e incluso mortalidad que puede ocasionar la gripe durante el embarazo es similar a la descrita para otros grupos de riesgo. “Los cuadros gripales en embarazadas pueden ser más graves que en la población en general. La infección por el virus de la gripe durante el primer trimestre de embarazo se ha asociado a un aumento de malformaciones cardiacas, labio leporino y defectos del tubo neural. Y durante el segundo y tercer trimestre a un mayor número de abortos y partos prematuros”, asegura José Antonio Forcada,

presidente de la Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas (Anenvac).

**“Se protegen ellas y a sus futuros bebés”**

Por ello, el Consejo General de Enfermería y Anenvac han lanzado una infografía y un vídeo animado para recordar la importancia de la vacunación entre las embarazadas.

“En estos meses en los que parece que sólo existe el COVID-19 queremos recordar a las mujeres que deben vacunarse no sólo del COVID-19 si no de la gripe y la tosferina para evitar complicaciones o, incluso, la muerte de su futuro bebé. Las tres vacunas son eficaces y seguras y, sobre todo, efectivas en la prevención de formas graves de la enfermedad, hospitalización y fallecimiento. Deben recordar que se están vacunando por ellas mismas y por sus futuros hijos”, resalta Florentino Pérez Raya, presidente del CGE.

La tosferina, la gripe y el COVID-19 son las tres vacunas recomendadas para este grupo poblacional. “Las mujeres deben saber que al recibir ellas el inmunógeno, la transferencia de anticuerpos al futuro recién nacido se realiza a través de la placenta. La mujer gestante recibe la vacuna, fabrica los anticuerpos para autoprotgerse y por medio de la placenta proteger al bebé”, explica Inmaculada Cuesta, secretaria de Anenvac. Además, se cuenta con información suficiente que permite acometer la vacunación en estos periodos críticos “con un importante grado de seguridad de que no causa daños en la madre, en el feto, ni en el bebé lactante”, asegura Montserrat Angulo, vocal matrona de CGE.

A pesar de estos beneficios, son muchas las embarazadas que tienen miedo a vacunarse por miedo a que los efectos secundarios afecten a su bebé. “No deben tener ese miedo porque precisamente con la vacunación frente a la gripe, el COVID-19 y la tosferina se protegen ellas mismas y protegen al futuro recién nacido. “Un beneficio añadido de la vacunación de la gestante y la madre que da el pecho a su



bebé es que una parte de los anticuerpos generados por la vacunación se transfieren al feto a través de la placenta y al lactante a través de la leche materna”, resalta Angulo.

## Fertilidad

La vacunación en la mujer en proceso de fertilidad también es clave. Antes de iniciar el proceso debería tener todas las vacunas del calendario sistemático. “En el caso de la tosferina la recomendación es que la mujer se vacune en cada gestación y siempre entre la semana 28 y 32 de embarazo. Así que en los casos de tratamientos de fertilidad no está indicada”, resalta la secretaria de Anenvac. “En el caso de la vacunación frente a gripe, sí estaría indicada si la mujer pertenece a algún grupo de riesgo para recibir la vacuna de forma gratuita. Aunque lo ideal es que la vacunación frente a gripe sea una estrategia universal (todos va-

**“Las tres vacunas son eficaces y seguras”**

cunados), en el caso de los protocolos de este tipo de tratamientos los responsables del mismo suelen hacer una valoración individual del caso. A priori no estaría contraindicada la inmunización frente a gripe ya que evita abortos y partos prematuros”, añade.

Y en el caso de la vacunación frente al COVID-19, en todas las recomendaciones oficiales y de sociedades científicas se insta a que la mujer que prevea un tratamiento de este tipo se vacune con la pauta completa antes de iniciar el proceso.





## ¿CUÁLES DEBO PONERME?



### Embarazo

- Tosferina con vacuna combinada frente a difteria y tétanos (dTpa)
- Gripe
- COVID-19

### Lactancia

- Se recomiendan las mismas vacunas que durante la gestación



### Tratamiento de fertilidad



- Importante garantizar tener todas las vacunas del calendario oficial
- Estar vacunada frente al COVID-19 antes de empezar



# VACUNAS Y EMBARAZO

## ¿CÓMO FUNCIONAN ESTAS VACUNAS?

### ADMINISTRACIÓN

Intramuscular en deltoides



### EFICACIA:

- Previenen la enfermedad grave, la hospitalización y el fallecimiento
- La efectividad también la “disfruta” el futuro bebé



### REACCIONES ADVERSAS

- Leves y pasajeras como fiebre o inflamación. Estar embarazada no supone más probabilidad de tener una reacción adversa.

### CONTRAINDICACIONES

- Haber tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia) en dosis anteriores
- Ser alérgica a los componentes de las vacunas
- PRECAUCIÓN con la alergia al huevo en el caso de la vacuna de la gripe



## ASPECTOS TÉCNICOS DE LAS VACUNAS

### TOSFERINA

(una dosis entre la semana 27 y 32)

- Es una enfermedad grave en el lactante que puede provocarle la muerte
- La vacuna protege al futuro bebé a través de la placenta
- Vacunar en cada gestación



### GRIPE

(1 dosis, en cualquier trimestre del embarazo)

- La OMS considera a las embarazadas prioritarias
- La gestación supone más riesgo de infección y complicaciones
- Es una enfermedad grave en el lactante
- Los anticuerpos se transmiten por la placenta



### COVID-19

(Pauta completa -2 dosis- en cualquier trimestre del embarazo)

- Las gestantes tienen más riesgo de padecer la enfermedad de forma grave
- Riesgo de parto prematuro o fallecimiento del futuro bebé y mayor riesgo de parto por cesárea
- Problemas respiratorios del bebé



**SE PERMITE LA COADMINISTRACIÓN SI COINCIDEN EN FECHAS. SI NO COINCIDEN NO HAY QUE ESPERAR NINGÚN INTERVALO ESTABLECIDO ENTRE ELLAS**

## ¿POR QUÉ DEBO VACUNARME?

- Son seguras y eficaces
- Evitan enfermedades y complicaciones tanto en la mujer como en el bebé
- Funcionan para la mujer y para el recién nacido

**VACÚNATE POR TI Y POR TU FUTURO HIJO**



# España y Argentina promueven el liderazgo enfermero de los cuidados



GEMA ROMERO. Madrid

El liderazgo de los cuidados, desde todas las perspectivas, ha de ser de los profesionales del cuidar: los enfermeros. Un liderazgo que debe entenderse en cualquier ámbito, pues cualquier enfermera, en cualquier puesto es líder en los cuidados que presta a sus pacientes. Así lo han puesto de manifiesto los ponentes del webinar “Liderazgo en la gestión de los cuidados” que han organizado el Consejo General de Enfermería y la Federación Argentina de Enfermería.

El webinar, en el que han participado ponentes de ambos lados del Atlántico, se organizaba con la intención de “compartir experiencias en el ámbito del liderazgo. Ser líder en el ámbito de la enfermería es muy importante. Tenemos

que ocupar esos puestos de liderazgo en la administración, a la hora de gestionar, pero también a la hora de llevar a cabo la actividad asistencial. En todos los ámbitos, educativo, de investigación, las enfermeras tienen que ser líderes”, destacaba José Luis Cobos, vicepresidente III del Consejo General de Enfermería y moderador del encuentro.

**“La pandemia ha sido una gran ventana para la enfermería”**

Y es que, como señalaba en la presentación Pilar Fernández, vicepresidenta I del Consejo

General de Enfermería, con la pandemia “las enfermeras hemos cuidado, acompañado y sufrido con los pacientes. También hemos liderado a nivel mundial la campaña de vacunación frente al COVID-19”. Por ello, a su juicio, “ha llegado el momento de que las enfermeras y enfermeros, con autoridad, marquemos el rumbo. Debemos demostrar lo que queremos para nuestro futuro como profesión y hacer oír nuestra voz en todos los foros. Pero para saber hacia dónde vamos también hemos de ser conscientes de dónde estamos y de lo que ya hemos conseguido. Sólo así podremos ser capaces de fijar los retos que nos esperan para, realmente, asumir el liderazgo que nos corresponde”, afirmaba.

sejo General de Enfermería, con la pandemia “las enfermeras hemos cuidado, acompañado y sufrido con los pacientes. También hemos liderado a nivel mundial la campaña de vacunación frente al COVID-19”. Por ello, a su juicio, “ha llegado el momento de que las enfermeras y enfermeros, con autoridad, marquemos el rumbo. Debemos demostrar lo que queremos para nuestro futuro como profesión y hacer oír nuestra voz en todos los foros. Pero para saber hacia dónde vamos también hemos de ser conscientes de dónde estamos y de lo que ya hemos conseguido. Sólo así podremos ser capaces de fijar los retos que nos esperan para, realmente, asumir el liderazgo que nos corresponde”, afirmaba.



Entre los ponentes, destaca la participación de María Gómez, directora de Enfermería del Ministerio de Salud de Argentina, pues el país andino es de los pocos que cuentan con esta figura al más alto nivel dentro del escalafón del Ministerio de Salud. Gómez quiso aprovechar la ocasión para lanzar un mensaje a todas las enfermeras argentinas para que verdaderamente crean en ese liderazgo. Por ello les ha recomendado que “pongan en valor lo que han hecho durante la pandemia, porque ha sido una gran ventana para el desarrollo de la enfermería. Con sólo ver lo que han hecho se darán cuenta de cuán fuertes pueden ser y cuánto han puesto al sistema de salud en esta situación de crisis sanitaria”, subrayaba.

## Capacitaciones

Posteriormente, Silvina Gambrín, miembro del equipo de María Gómez se encargaba de analizar lo que están trabajando desde la dirección de Enfermería en relación con “el desarrollo de capacitaciones de liderazgo, con la participación de la red federal de salud, para unir a las enfermeras de todo el país”. Para Gambrín, “es muy importante ejercer el liderazgo, un liderazgo participativo, transformacional, de apoyo y de soporte a los equipos de salud”. Por ello cree de vital importancia “poner en valor esta situación de capacitación de la docencia como estrategia de liderazgo para las enfermeras y enfermeros de todo el país”.

En Argentina la colegiación no es obligatoria, como sí sucede en nuestro país. Por ello, Sonia Gómez, presidenta de la Federación Argentina de Enfermería, ha pedido empoderar también a las organizaciones:

“El que las asociaciones tengan un liderazgo fuerte empodera a todo el colectivo enfermero para que puedan intervenir en la toma de decisiones y en las políticas sanitarias, donde realmente debemos involucrarnos”, subrayaba.

## Visión española

Por su parte, Diego Ayuso, secretario general del Consejo General de Enfermería era el encargado de dar la visión española desde la gestión hospitalaria. Para Ayuso “el liderazgo se asocia mucho con la gestión sanitaria. Un gestor debe ser líder, eso está claro, pero tenemos que potenciar

## El liderazgo es transversal en todos los ámbitos

también el liderazgo en el ámbito asistencial, en el ámbito clínico, una enfermera debe ser líder en los cuidados que presta en su consulta de enfermería, en su unidad de hospitalización. Cuando hacemos docencia tenemos que ser líderes y transmitir y capacitar a nuestros alumnos para

el éxito”. “La clave —añadía— es que el liderazgo es transversal y allí donde estamos tenemos que ser líderes en lo que hacemos”.

Finalmente, M.<sup>a</sup> Soledad Ochandorena, directora asistencial del Área Noroeste del Servicio Madrileño de Salud cerraba la jornada señalando que “el liderazgo de las enfermeras en Atención Primaria ha de ser compartido, dando respuesta a la necesidad actual con dos focos muy importantes: el abordaje de la cronicidad y la gestión de la demanda desde la perspectiva de accesibilidad”.

Su visión, que califica de “optimista”, pero también de “realista”, sostiene que ha llegado también el momento de las enfermeras de familia: “Tenemos que aprovechar la oportunidad, es el momento de la alianza perfecta: nos apoya la necesidad, tenemos la necesidad que apremia, de los médicos yo creo que hemos conseguido mucho reconocimiento, al igual que de la población. Tenemos el reconocimiento de la especialidad, de la prescripción enfermera, tenemos mucho recorrido, mucha evidencia, mucho trabajo hecho y creo que ahora sí que tenemos un escenario mucho más favorable”, concluía Ochandorena.



# La mitad de los diagnósticos de VIH en España llegan tarde

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

El Consejo General de Enfermería hace un llamamiento para que todos aquellos que tengan sospechas o hayan tenido una relación de riesgo se hagan la prueba de detección del VIH. Según los datos del Ministerio de Sanidad, casi el 50% de los nuevos casos se diagnostican tarde y hasta un 13% de los afectados podría no saber que son portadores. Unas cifras que alejan a España del objetivo 95-95-95 de ONUSIDA, que busca que el 95% de las personas con VIH estén diagnosticadas, el 95% en tratamiento y, al menos, el 95% con carga viral indetectable. Por este motivo, es fundamental potenciar el uso de me-

didias preventivas como el preservativo, educar a la población más joven para que conozcan los riesgos y concienciar a la población de la necesidad de realizarse la prueba.

“No podemos permitir que nadie sufra rechazo”

“Este 2021 se cumplen 40 años del primer caso de VIH positivo en España. Una pandemia que se ha cobrado ya la

vida de más de 40 millones en todo el mundo. Curiosamente, cuatro décadas después, estamos librando una lucha frente a frente contra otra pandemia, el COVID-19, que nos ha enseñado que, si no ponemos todos de nuestra parte, será imposible vencerlo. En el caso del VIH, hoy en día, tenemos muchos mecanismos para prevenir,



detectar y minimizar el riesgo en caso de infección y debemos hacer que los grupos de riesgo lo sepan y acudan a sus centros de referencia para realizarse la prueba de detección en caso de que tengan alguna duda o consideren que pueden ser positivos”, afirma Pilar Fernández, vicepresidenta del Consejo General de Enfermería.

## Miedo

La falta de información y educación sanitaria, unido a una pérdida de la percepción del miedo han hecho que los más jóvenes (la media de edad se sitúa en los 36 años) reduzcan los medios para evitar la infección. “Las enfermeras tenemos un papel fundamental a la hora de educar a la población y lo hacemos desde las edades más tempranas en los colegios, también en los centros de salud e, incluso, en los hospitales. Es imprescindible, además, que las administraciones potencien y sigan financiando las pruebas diagnósticas, garantizando la gratuidad y la confidencialidad de estas”, apunta Fernández.

## Estigma

Es en esta confidencialidad donde se esconde también uno de los mayores problemas que acompañan a la infección por VIH, el estigma. Muchos de los afectados prefieren no enfrentarse a la realidad por el rechazo que, actualmente y con todos los mecanismos que existen para frenar el avance del virus, sigue existiendo entre la sociedad. Es clave normalizar el VIH en la sociedad, que se entienda que la clave es un buen control y un buen tratamiento, donde el riesgo para los demás es cero. “No

podemos permitir que nadie sufra rechazo debido a una afección sanitaria. En este caso, hablamos de VIH, pero es extensible a cualquier otra enfermedad o infección”, destaca Florentino Pérez Raya, presidente del CGE.

## 40 años desde la primera infección en España

La formación enfermera también es una pieza clave en

el tema del estigma, ya que las enfermeras pueden explicar detalladamente cómo funciona el virus y cuáles son las maneras de tratarlo. Con motivo del Día Mundial de la Lucha contra el Sida, Pilar Fernández considera necesario que la población sea consciente de que “existen tratamientos muy eficaces que llevan al virus a ser indetectable e intransmisible”. “Por esto mismo, con el paso de los años, se ha conseguido que el VIH sea tratado como un problema de salud crónico y no como un riesgo mortal para quien lo sufre.”, profundiza Pilar Fernández.

## Detectar en urgencias

Con el objetivo de encontrar casos positivos, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y el Grupo de Infecciones en Urgencias (INFURG-SEMES), lanzaron hace un año el programa “Deja tu huella”, que busca mejorar las tasas de infección oculta a través de cribados en los servicios de Urgencias en casi 90 hospitales de toda España. Así, durante el primer año, se han realizado 8.100 pruebas, con una tasa de positividad de casi el 2%. “Hemos diagnosticado a 120 pacientes, lo cual tiene impacto para ellos, pero también en el ahorro de infecciones secundarias que podrían haberse producido por estos pacientes. Se estima que podrían haber alcanzado hasta las 500 infecciones”, resalta González.



# El presidente del colegio de Cuenca pide que se reconozca el trabajo de las enfermeras

A. M. GREGORIS / I. LAPETRA. Madrid

La Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería de Cuenca, presidida por Miguel Ángel La Parra, ha tomado posesión en un acto en el que se ha puesto de relieve el enorme trabajo realizado durante los últimos dos años por las enfermeras conqueses, que se han dejado la piel para cuidar y ayudar a todos los afectados de la pandemia. Durante su discurso, el nuevo presidente de las enfermeras de Cuenca se ha puesto a disposición de todas las colegiadas y colegiados de la provincia, las instituciones, administraciones, sociedad en general para hacer un mejor colegio e integrarlo en el día

a día de la vida local y provincial.

Para él, esta nueva legislatura debe continuar haciendo fuerte al colegio y a las enfermeras que en él se integran. “Queremos un colegio útil, fuerte y cercano, donde el co-

“Queremos un colegio útil, fuerte y cercano”

legiado encuentre o sienta una contraprestación a su cuota y vea de una manera clara que se le están dando



una serie de servicios”, ha subrayado.

Durante la jornada, La Parra ha estado acompañado, entre otras personalidades, por el presidente del Consejo General de Enfermería de España (CGE), Florentino Pérez Raya; el alcalde de la ciudad, Darío Dolz; el presidente del Consejo Autonómico de Enfermería de Castilla-La Mancha y del Colegio de Enfermería de Ciudad Real, Carlos José Tirado, y el presidente saliente de la institución, Gerardo Bollo.

En este sentido, el presidente de las más de 325.000 enfermeras españolas ha dado la bienvenida a La Parra y le ha ofrecido todo el apoyo del Consejo General en esta nueva andadura. “El colegio de Cuenca es un colegio que lleva muchos años haciendo las cosas muy bien y poniendo en valor a las enfermeras a las que representa”, ha expresado Pérez Raya.

## Nuevo camino

Por su parte, Carlos José Tirado, como representante de las enfermeras castellanomanchegas, ha elogiado al nuevo presidente y ha destacado su forma de ser, algo que beneficiará enormemente a la institución. Con esta toma de posesión, La Parra coge el relevo a Gerardo Bollo, enfermero de vocación y de corazón, que deja el cargo tras 12 años luchando por y para la enfermería conquesa y después de cuatro décadas de colaboración estrecha con la Organización Colegial.

Bollo ha sido participe en estos años de hitos importantísimos para la enfermería y formó parte del equipo de la primera presidenta del colegio en 1983.



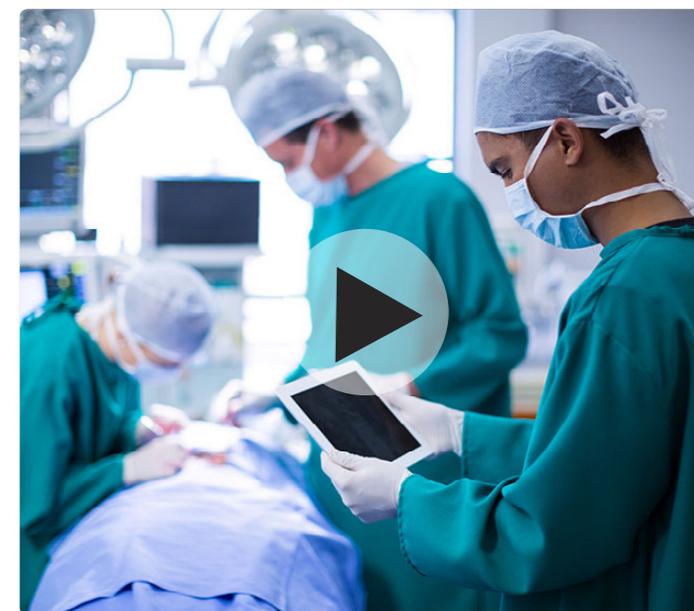
# El Congreso pide desarrollar la especialidad de Médico-Quirúrgica

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Un centenar de enfermeras se reunió en Madrid para celebrar las sextas jornadas de Enfermería Quirúrgica de la Comunidad. Unas jornadas en las que se vuelve a la presencialidad tras un año de parón y en las que han compartido sus experiencias durante la pandemia. Entre otros temas, se buscó debatir y analizar los retos y objetivos del futuro en cuanto a la especialidad.

Y es en este aspecto donde la vicepresidenta del Consejo General de Enfermería, Pilar Fernández, comentó durante la inauguración un nuevo avance coincidiendo con la inauguración: “La Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados ha dado su visto bueno a una proposición que pide el **reconocimiento y desarrollo de la especialidad de Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos**. Así, se ha pedido que se convoque a la Comisión Nacional de esta especialidad en el plazo de un mes para que presente como máximo en 3 meses el programa formativo de esta especialidad”, destacó. Asimismo, pidió ser cautos “porque llevamos muchos años esperando, pero deseamos que así sea y por fin se ponga en valor esta especialidad, que lleva mucho tiempo siendo tratada de manera muy injusta”.

Una noticia que aplaudieron todos los asistentes y también Amparo Rubio, presidenta de la Asociación Es-



pañola de Enfermería Quirúrgica, quiso expresar su alegría, pero con prudencia. “La pandemia ha demostrado lo que somos las enfermeras quirúrgicas. Todos nuestros

giga tiene muchas funciones y nuestro objetivo principal es el cuidado de nuestro paciente y su seguridad es lo que queremos salvaguardar con la especialidad”, puntualizó.

Piden prudencia porque llevan muchos años esperando

quirófanos se han transformado en UCI COVID y ahí hemos estado las enfermeras quirúrgicas. Hemos sabido transformarnos y cuidar a esos pacientes, adaptándonos a la situación. En estos momentos, la enfermera quirúr-

## Ponencias de nivel

Durante todo el día se realizaron ponencias de gran nivel en las que se ha debatido sobre el enfoque y despliegue e la seguridad en el paciente quirúrgico. Además, enfermeras y enfermeros madrileños explicaron sus experiencias como la aeroevacuación en el Ejército del Aire a propósito de un caso de politraumatizado en Irak o los cuidados de enfermería en el intraoperatorio de la cirugía de reasignación de género.

# Una guía para luchar contra el infradiagnóstico de la EPOC

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

Más de 2,9 millones de personas en España padecen Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), una enfermedad respiratoria crónica producida por la inhalación de una sustancia tóxica, generalmente el tabaco, en un plazo menor de diez años, producirá en el mundo a 4,5 millones de muertes, equivalente a la población de países como Croacia o Irlanda. La prevención, la detección temprana o la adherencia al tratamiento son algunos de los retos que rodean a esta enfermedad respiratoria con una elevada carga social, impacto en la calidad de vida y costes para el sistema sanitario. Con el objetivo de mejorar el abordaje de la patología, el Consejo General de Enfermería —a través de su Instituto de Investigación y con el patrocinio de la compañía Chiesi— edita y distribuye de forma gratuita entre las 325.000 enfermeras y enfermeros una **guía de recomendaciones** prácticas, elaborada por profesionales expertos.

## Preocupación

Algunas investigaciones, como el estudio EPISCAN II, revelan que la tasa de infradiagnóstico alcanza el 74,7 por ciento, algo que preocupa a la Enfermería y al colectivo sanitario en su conjunto. El documento repasa todos los tratamientos disponibles, los rasgos de la EPOC durante

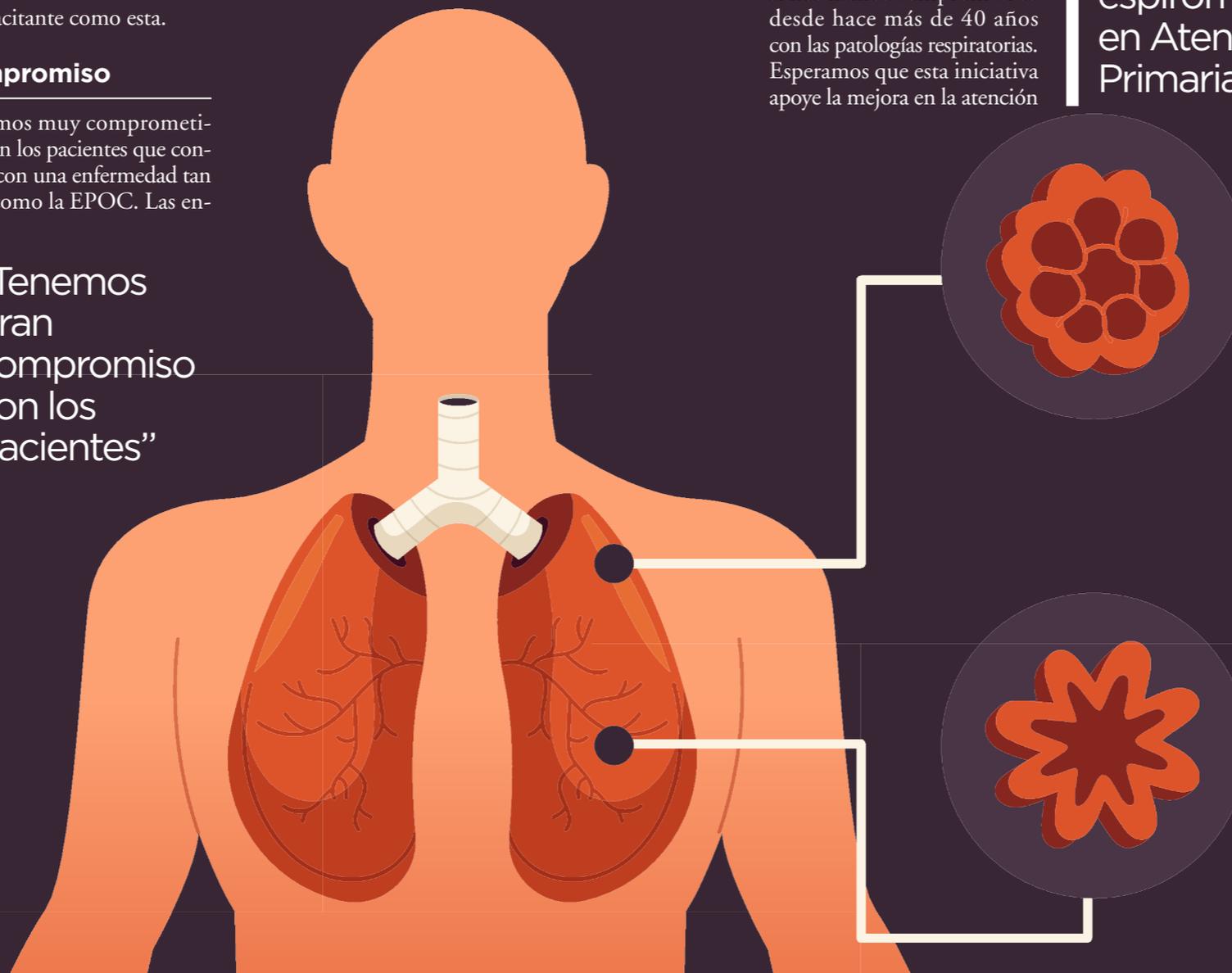
su evolución, las estrategias de atención al paciente en distintos escenarios y profundiza en la necesidad de trabajar la educación para la salud de cara a prevenir la propia aparición de la enfermedad, pero también para introducir los cambios conductuales necesarios en el paciente para enfrentarse a una dolencia tan incapacitante como esta.

## Compromiso

“Estamos muy comprometidos con los pacientes que conviven con una enfermedad tan dura como la EPOC. Las en-

“Tenemos gran compromiso con los pacientes”

fermeras y enfermeros pueden hacer un gran trabajo para mejorar factores como la prevención, la adherencia al tratamiento e incluso la atención al final de la vida. Por eso estamos contentos de enriquecer nuestra colección de guías y manuales para enfermeras con esta nueva dedicada a esta



fermedad, que ya está puesta a disposición de los profesionales. No debemos olvidar que, por ejemplo, la EPOC está detrás de entre el 35 y el 40 por ciento de todos los ingresos en un Servicio de Neumología”, asegura Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería.

Por su parte, Dolors Querol, directora de Medical Affairs de Chiesi España, añade “quiero dar mi más sincera enhorabuena y agradecimiento a todos los autores que han participado en la elaboración de esta guía y que han sabido transmitir las recomendaciones y conocimientos para atender al paciente con EPOC. En Chiesi nos hemos comprometido desde hace más de 40 años con las patologías respiratorias. Esperamos que esta iniciativa apoye la mejora en la atención

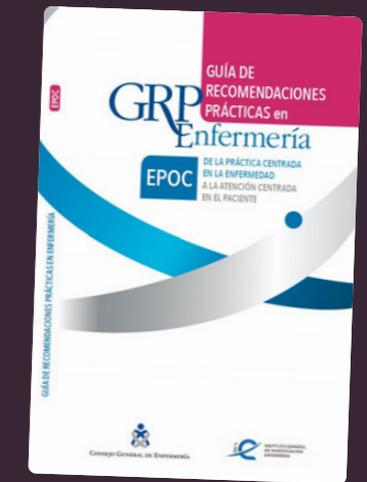
sanitaria y pueda aportar un mayor conocimiento a todo el personal sanitario, a los propios pacientes que conviven con esta enfermedad y a sus cuidadores y familiares. Desde Chiesi, seguiremos trabajando en este tipo de acciones que, alineados bajo nuestro valor compartido, consigamos mejorar la calidad de los pacientes, a la vez que cuidamos del planeta”.

El papel de las enfermeras en el abordaje de la EPOC re-

Hay que realizar más espirometrías en Atención Primaria

sulta crucial en distintas fases de la enfermedad. Por una parte, la propia estrategia de EPOC del Sistema Nacional de Salud asegura que se debe fomentar el papel de la Enfermería de Atención Primaria en la promoción de hábitos de vida saludable. Una reciente revisión de estudios concluyó que existe una moderada evidencia de que la intervención enfermera logra incrementar el abandono del tabaco durante un mínimo de seis meses. Con la formación adecuada, una enfermera debe desempeñar un papel determinante en la consulta de tabaquismo.

La realización de más espirometrías en Atención Primaria es otra de las recomendaciones de la nueva guía, pero además resalta la necesidad de mejorar las precarias cifras de adhesión al tratamiento, que ponen de manifiesto una tasa de uso adecuado de dispositivos de inhalación inferiores al 50%. Las autoras del documento consideran fundamental el seguimiento y la continuidad asistencial basada en elementos como el desarrollo de modelos de enfermería de práctica avanzada o nuevos modelos de atención domiciliaria.



# Desarrollan un nuevo modelo enfermero para una atención domiciliaria y sociosanitaria

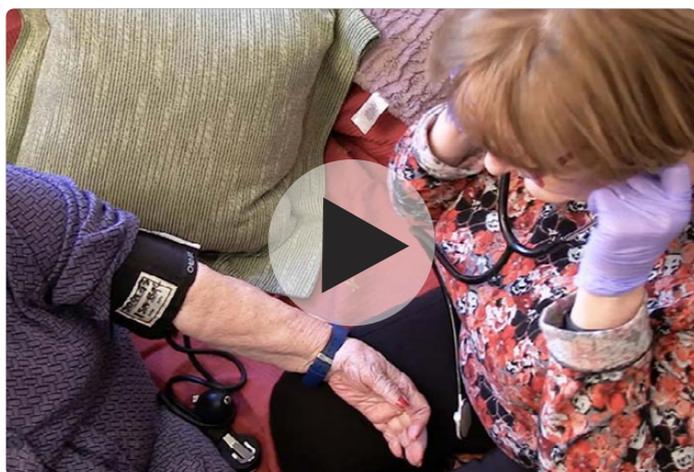
RAQUEL GONZÁLEZ . Madrid

La atención domiciliaria en España es un “desastre”, así lo afirman el presidente de la Sociedad de Enfermería Comunitaria (SEC), José Ramón Martínez Riera, y el presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), Juan José Tirado Darder. Y este desastre se extiende, aseguran, a la atención en centros sociosanitarios. La precariedad en ambos casos se ha hecho aún más evidente durante la pandemia, de un lado, la atención domiciliaria se suspendió casi en su totalidad, convirtiéndose en algo residual, de otro, las carencias y problemas estructurales de los cen-

tros sociosanitarios, en un 75% privados, acusan tanto los bajos salarios como la falta de incentivos y de profesio-

## Poner el foco en el paciente y su entorno

Ante este escenario, ambos profesionales han desarrollado un nuevo modelo que pretende sentar las bases de una atención domiciliaria más eficaz y mejorar la asistencia en los centros sociosanitarios.



En el primer caso, subraya Martínez Riera, “debemos pasar de las visitas domiciliarias para asistir necesidades puntuales como pueda ser la cura de una úlcera a realizar una verdadera atención integral mediante una atención familiar domiciliaria y comunitaria”.

Este proceso, añade, debe ser liderado por las enfermeras desde Atención Primaria pero exige, por una parte, dotar de enfermeras suficientes estos centros y, de otra, un cambio de modelo ya que el actual, critica el presidente de la SEC, “es un modelo totalmente medicalizado, fragmentado y asistencialista”.

Y este nuevo modelo, ¿cómo sería percibido por el paciente?, preguntamos a Martínez Riera. El cambio fundamental, explica a ENFERMERÍA FACULTATIVA, reside en que “se estaría dando atención a la persona y no únicamente asistencia a la úlcera o al problema puntual que tenga. El foco de la atención es la persona y su entorno, tanto la familia en la que se integra como el contexto más cercano que es el domicilio. Hay que hacer un análisis pormenorizado tanto de cuáles son las interacciones que se producen en el seno de la familia como identificar quién es el cuidador o cuidadora principal y qué redes de apoyo tanto individuales, familiares como comunitarias existen. A partir de ahí, se empieza a establecer un plan de cuidados”. Para Martínez Riera, “hacer lo contrario es empezar la casa por el tejado”.

Además, añade, es importante incorporar la escucha activa y la empatía para identificar las necesidades de los pacientes e incorporarles en la toma de decisiones, de otra forma, asegura, “vamos hacia



José Ramón Martínez Riera y Juan José Tirado

un abandono terapéutico que en nuestro país ronda el 80% porque las personas identifican que aquello que se les indica no es lo que esperan porque no han participado en el proceso y esto es fundamental”.

## Atención sociosanitaria

“Esta pandemia ha destapado cuál es realmente la situación de nuestros mayores. Hay una ausencia total de una atención domiciliaria que tenga continuidad de cuidados y el sistema residencial se ha visto que es precario. El personal no está incentivado y hay una carencia de enfermeras en los centros que ha generado esa falta de atención que hemos visto”, explica el presidente del CECOVA.

“Las residencias deben ser el último eslabón”, continúa y es que, añade, “si le preguntamos a cualquier persona mayor

dónde quiere vivir, seguro que nos responde que en su casa”.

En su opinión, la atención domiciliaria desde Atención Primaria debe ser capaz de dar asistencia a nuestros mayores en sus domicilios, siempre que sea posible, y sólo cuando el coste para la Administración resulte excesivo se pasará a las residencias. El problema actual, subraya, es que “se desco-

## Las residencias deben ser la última opción

noce cuál es la carga de trabajo que hay en cada zona y los recursos humanos se distribuyen por número de personas, no por carga asistencial”.

Es ahí, defienden estos profesionales, donde su modelo supone un cambio radical que

repercutiría en beneficio de los pacientes y su entorno.

## Implantación

Detrás de este modelo está también el enfermero e informático José Luis Visconti, quien ha desarrollado un algoritmo capaz de relacionar la valoración holística de los pacientes con los recursos que precisa.

Ahora, su intención es ir un paso más allá y conseguir su implementación real en Atención Primaria. “Queremos trasladar a las administraciones públicas las ventajas de implementar un modelo como este; un modelo que, por otro lado, no es inamovible y, por supuesto, habría que adaptarlo a los diferentes contextos teniendo en cuenta cuestiones como la dispersión de la población, los recursos disponibles o la configuración de las familias, entre otras variables”, concluye Martínez Riera.



## Carmen Funes, presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica (Sedene)

# “La prevalencia de enfermedades neurológicas exige una formación”

ALICIA ALMENDROS. Madrid

La Sociedad Española de Enfermería Neurológica (Sedene) celebró del 24 al 26 de noviembre su XXVIII Congreso Anual y IV Congreso Internacional de Enfermería Neurológica. La revista ENFERMERÍA FACULTATIVA habló con Carmen Funes, presidenta de Sedene, para abordar los temas que preocupan a la enfermería neurológica.

### ¿Sobre qué tema ha girado el congreso este año?

Desde marzo del año pasado han sido momentos duros para todos. Ha cambiado nuestro mundo, nuestra forma de relacionarnos, nuestras priori-

dades. El congreso de este año ha sido un momento de reflexión sobre todo ello. ¿Cómo podemos continuar mejorando nuestro trabajo o nuestros conocimientos? Con I+D... Y ese es el lema que ha tenido este año el Congreso. I+D en enfermería neurológica.

### ¿El evento ha contado con alguna novedad que lo distinga de los congresos celebrados otros años?

Sí, hemos tenido el primer encuentro con Asociaciones y Pacientes. Sentíamos desde hace tiempo la necesidad de tener esta oportunidad para acercar la figura de la enfermera a pacientes y familiares.

Y así trabajar de manera conjunta para mejorar la calidad de los cuidados enfermeros.

### ¿Cuáles han sido los últimos avances en el ámbito de la Neurología?

El campo de los cuidados en neurología avanza de manera imparable debido a la prevalencia de las enfermedades neurológicas, el alto grado de dependencia de estos pacientes, así como las nuevas terapias. Esto exige la formación continuada de las enfermeras que trabajan en este ámbito.

### ¿Qué retos tiene la enfermería neurológica?

La consecución del reconocimiento de las competencias avanzadas en Enfermería Neurológica, área en la que estamos actualmente trabajando dada la alta complejidad de los cuidados neurológicos.

### La pandemia ha dejado en “pausa” el tratamiento de muchas patologías, ¿en neurología también ha sido así?

El impacto ha sido a distintos niveles. Se ha observado un retraso en el tratamiento precoz del ictus, por ejemplo. También se retrasó el seguimiento necesario de los pacientes. Esta circunstancia se mejoró gracias a la e-consulta.



## El congreso anual de Sedene reúne a más de 300 enfermeras neurológicas en Jaén

ALICIA ALMENDROS. Madrid

Bajo el lema “I+D en enfermería neurológica”, la Sociedad Española de Enfermería Neurológica (Sedene) que se ha celebrado el XXVIII Congreso Anual y IV Congreso Internacional de Enfermería Neurológica que en Jaén estos días. Pilar Fernández, vicepresidenta del Consejo General de Enfermería; Carmen Funes presidenta de Sedene, Julio Millán, alcalde de la Ciudad de Jaén, y Antonio Barranco, vicepresidente del Colegio de Enfermería de Jaén, fueron los encargados de llevar a cabo la mesa inaugural. Este año el congreso cuenta con más de 300 inscritos entre los que acudieron de

forma presencial y los que hicieron de forma *online*.

“La pandemia ha cambiado nuestro mundo y la forma de relacionarnos. En el ámbito sanitario también lo ha hecho, por eso este congreso es un

### Poner el foco en el paciente y su entorno

momento de reflexión para ver cómo queremos llevar a cabo los cuidados a los pacientes. Tenemos que plantearnos

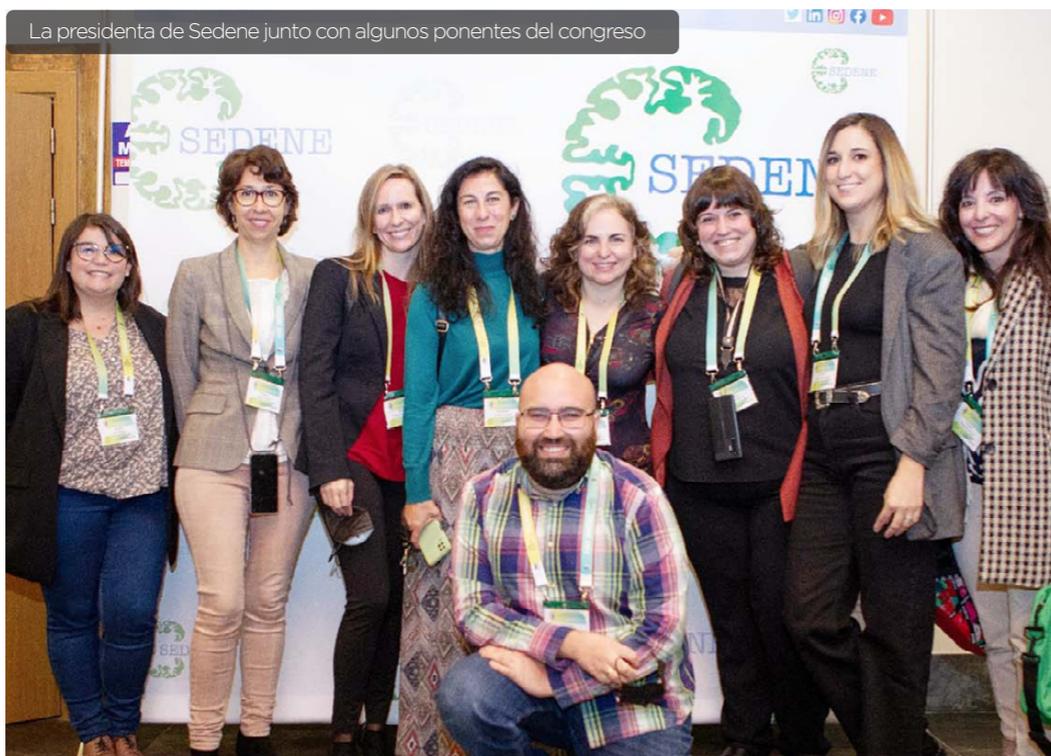
¿cómo podemos continuar mejorando nuestro trabajo o nuestros conocimientos”, expuso Carmen Funes, presidenta de Sedene.

La vicepresidenta del CGE, Pilar Fernández, resaltaba la importante labor que hacen desde Sedene: “ha sido un ejemplo desde su creación, porque a lo largo de toda su historia ha perseguido siempre el desarrollo profesional, reconocimiento y la creación de un campo de competencias específico”. En la actualidad no existe en España una especialidad de enfermera neurológica reconocida de forma oficial “y eso es una injusticia”, sentenciaba Fernández. “Ya en los años 70, ya se puso de manifiesto en nuestro país la complejidad de los procesos y procedimientos que requería el paciente neurológico. Aunque a día de hoy no está vigente dicha especialización, la realidad del trabajo desempeñado por las enfermeras de cuidados neurológicos y su liderazgo en el cuidado de los pacientes no ha hecho más que consolidarse y crecer desde entonces. Lamentablemente, queda mucho camino por recorrer. Tenemos que seguir trabajando para que las enfermeras neurológicas cuenten con un reconocimiento oficial ya sea mediante una especialidad propia o, al menos, un diploma de reconocimiento”, añadió.

Por su parte, el vicepresidente del Colegio de Enfermería de Jaén comentaba que “igual que en el código ictus el tiempo es cerebro, en el paciente la enfermera es vida. Hay que poner en valor el papel que la enfermería neurológica desempeña en la población”.



Carmen Funes



La presidenta de Sedene junto con algunos ponentes del congreso

## La investigación enfermera, protagonista en el congreso de Sedene

ALICIA ALMENDROS. Madrid

Existe un cambio de paradigma en la sanidad mundial que obliga a los profesionales sanitarios a estar en continuo desarrollo y crecimiento. Y, en concreto, el campo de los cuidados en neurología avanza de manera imparable debido a la prevalencia de las enfermedades neurológicas y las nuevas terapias que existen.

“Las enfermeras de práctica avanzada tienen un rol clave en este ámbito. Debemos tener en cuenta que en los últimos años ha habido un cambio de demandas debido a las migraciones, el envejecimiento de la población, las nuevas tecnologías que requieren un

apoyo directo de las enfermeras y, además, los ciudadanos tienen mayores expectativas y piden qué es lo que quieren del sistema”, resalta Ana Gar-

**“Las enfermeras de práctica avanzada son claves”**

cía, supervisora de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y jefa del grupo de investigación en Enfermería del Insti-

tuto de Investigación Clínica del mismo hospital, durante la ponencia.

García ha hablado de investigación centrándose en la enfermera de práctica avanzada, una figura que apareció hace unos años como consecuencia de ese cambio de paradigma en la enfermería. “Ha habido un cambio de competencias, hemos empezado a liderar la promoción y prevención de la salud, hemos asumido la gestión de las patologías crónicas, potenciado la atención domiciliaria, se han empezado a implantar las especialidades... Y todo esto ha hecho que exista la figura de enfer-



mera de práctica avanzada”, argumenta García. “Pero es muy importante que esta figura tenga liderazgo, tiene que ser un referente clínico, colaborar con otros profesionales, ejercer el don de docente, hacer diagnósticos clínicos... pero, sobre todo, promover la práctica clínica basada en la evidencia y para ello es necesaria la investigación, algo para lo que todavía nuestra profesión encuentra barreras”, añade.

### Avances

Guadalupe Fontán, enfermera coordinadora del Instituto Español de Investigación Enfermera del Consejo General de Enfermería, se ha encargado de abordar cómo debido al avance de la profesión enfermera y la falta de desarrollo de legislación “es necesario regular el marco de actuación en aquellos ámbitos que no están incluidos en las especialidades que ya están desarrolladas e implantadas, como ocurre con el ámbito de los cuidados neurológicos. Como órgano regulador de la ordenación de la práctica, el Consejo General de Enfermería (CGE) promueve la elaboración de perfiles en de referencia a buenas prácticas para garantizar la calidad de la atención en base a

la competencia profesional”. La ordenación profesional es clave para garantizar unos cuidados de calidad a los pacientes y el Consejo General de Enfermería como órgano regulador de la profesión “pone en marcha este proyecto con el objetivo de avanzar y definir el marco de actuación en estos ámbitos mejorando la calidad de atención en los cuidados y los resultados en salud”, prosigue Fontán. “Y esta ordenación profesional es clave para garantizar unos cuidados de calidad a los pacientes, para avanzar en dar seguridad a los profesionales y visibilizar el trabajo que realizan”, puntualiza.

**“Hay que rediseñar muchas cosas tras la pandemia”**

La legislación abre la puerta a las enfermeras para que, más allá de las Especialidades oficiales se pueda avanzar en la especialización mediante la acreditación de Áreas de Capacitación Específica, pero al no estar desarrollada esta última parte, es necesario sentar

las bases de manera a través de la práctica clínica basada en la evidencia, el consenso y apoyo de todos los profesionales del ámbito nacional a través de la Organización Colegial que es lo que persigue este proyecto de resolución del ámbito de los cuidados neurológicos.

“Los colegios profesionales son indispensables para el fomento de los servicios de calidad y para la aplicación de la política comunitaria de calidad de los servicios profesionales, como autores de las llamadas ‘cartas de calidad’ y de los códigos de conducta ética a nivel nacional y a nivel europeo; son calificados como autoridad competente, y únicos interlocutores para informar sobre la existencia o no de expedientes disciplinarios; son indispensables para el funcionamiento del sistema de ventanilla única y son imprescindibles para el fomento de la evaluación independiente de la calidad de los servicios”, resalta Fontán. La pandemia ha dejado en evidencia que hay que rediseñar muchas cosas y “la organización colegial es quien debe impulsar la atención de calidad y el desarrollo profesional de todos los enfermeros a nivel nacional trabajando juntos en proyectos como estos”, finaliza.



Los ponentes de la mesa sobre Investigación Enfermera

De la mano del Instituto de Formación Sanitaria (ISFOS)

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

MARINA VIEIRA. Madrid

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

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

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

“Queremos llegar a las más de 325.000 enfermeras españolas”

### Formación frente al COVID-19

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

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

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

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



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

### Clave durante la pandemia

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

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

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





# Consideración sanitaria de las terapias no convencionales

FRANCISCO CORPAS. Directos de Asesoría Jurídica CGE

Una reciente sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo del 3 de noviembre de este año ha venido a recordar la jurisprudencia sobre la consideración de las denominadas terapias no convencionales en un caso en el que se examinaba si los centros en que se realizan tratamientos de terapia natural, —osteopatía, quiropraxia, quiromasaje y acupuntura—, pueden ser considerados como centros sanitarios sujetos a la obtención de la preceptiva la autorización sanitaria que contempla el RD 1277/2003, de 10 de octubre.

Comienza la Sala definiendo este tipo de establecimientos señalando que:

*“se trata de centros sanitarios, aunque presten servicios que no respondan a los propios de la ortodoxia médica, sino a la denominada medicina alternati-*

*va o no convencional, pero que tienen una indudable finalidad terapéutica, pues aplican remedios para el tratamiento de enfermedades o de dolencias.”*

## Estas terapias tienen relación con la salud

Y añade:

*“La relación de ese tipo de actividades terapéuticas sobre las personas tiene una directa relación con la salud, de manera que a tenor del marco jurídico de aplicación, y su interpretación conforme con la naturaleza de las técnicas empleadas sobre las personas con la finalidad de curar o de proporcionar alivio, determina que resulte precisa la correspondiente autorización administrativa”.*

También recuerda la propia jurisprudencia de la Sala en asuntos precedentes, como el examinado en la Sentencia del 7 de abril de 2011, destacando que las normas básicas del Estado parten de la idea de que las terapias naturales son actividad sanitaria y deben regularse como tales, aunque reconoce que en este punto estamos ante una cuestión “harto controvertida desde el punto de vista de la comunidad científica”, para terminar aclarando que deben ejercerse bajo la vigilancia y el control de personal sanitario y en instalaciones que tengan la consideración de centros sanitarios. Como consecuencia de ello, concluye que ha de aplicarse el Real Decreto 1277/2003 en el Anexo I, cuando clasifica los centros, servicios y establecimientos sanitarios y se refiere en el Anexo II a las diferentes Unidades Asistenciales, en concreto la U.101 como de Terapias no convencionales.

Y citando las sentencias del 6 de julio de 2005 y 7 de marzo de 2006 de la misma Sala advierte que la referida Unidad Asistencia U.101 supone:

*“...la consideración del ejercicio terapéutico por medios no convencionales (acupuntura, homeopatía y similares), atribuyendo a un profesional licenciado en medicina la responsabilidad de la corrección del tratamiento empleado, sin alterar ni suponer titulaciones o capacidades para el ejercicio de esa terapia no convencional, ni trazar pautas para su ejercicio...”*

Por ello concluye que los centros en los que se aplican tratamientos de terapia natural tienen la consideración de centros sanitarios a los efectos de la preceptiva autorización para su entrada en funcionamiento.



Tu enfermera deja huella



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

Nursing now  
España

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

## *Déjense de reversiones y pongan más dinero en la sanidad pública*

La Sanidad privada lleva meses en el punto de mira de la izquierda más radical. Miembros de Unidas Podemos y muchos de sus corifeos reiteran cada vez con mayor intensidad mediática el mantra clásico de que la Sanidad pública se está descapitalizando por culpa de la colaboración público-privada y otras fórmulas indirectas de gestión de los dispositivos sanitarios y, ahora, lo hacen a cuenta de la nueva ley de equidad que prepara el Ministerio de Sanidad. Son los mismos que silencian de forma torticera la falta de financiación que recibirá el sistema en 2022, uno de sus grandes males. Por decisión del Gobierno del que forma parte precisamente la formación morada, España dedicará el próximo año apenas un 6,6% de su gasto total a Sanidad, seis décimas menos que lo destinado en 2021 y un punto por debajo de la partida asignada en 2020, según el plan presupuestario enviado a la Comisión Europea. En otras palabras, la Sanidad española recibirá a partir del 1 de enero alrededor de 12.000 millones menos que hace sólo dos años. Y con esos miembros, malherida por la pandemia y con los profesionales hastiados y exhaustos por el ostracismo en el que están sumidos y la sobrecarga de trabajo que soportan, deberá hacer frente, además, a unas listas de espera disparatadas que obligaban a los enfermos a aguardar 148 días de media a finales de diciembre de 2020 para pasar por el quirófano en el conjunto del país, demora que se elevaba a 286



días en Castilla-La Mancha, territorio curiosamente gobernado por la izquierda. En este caso, por el PSOE. Se trata de un imposible que no hará más que degradar aún más el modelo y deteriorará su calidad, como vienen advirtiendo desde hace mucho tiempo expertos independientes sin ningún tipo de sesgo ideológico. En este contexto, el nuevo ataque que está sufriendo la privada no parece más que una cortina de humo, un fuego de artificio destinado a encubrir una realidad evidente: los

mismos que dicen defender la pública son, en realidad, los que la están destrozando al no utilizar su influencia para inyectarle los fondos necesarios, permitiendo encima que siga gestionándose de manera obsoleta, bajo reglas arcaicas del siglo pasado. Porque son estas, y no la colaboración público-privada, minoritaria en España, las que impiden una gestión eficiente de los recursos públi-

cos, el objetivo primordial que deberían defender los que tanto dicen profesar su amor por el modelo. El régimen estatutario es anacrónico y desfasado. El mejor reflejo de este aserto se aprecia en la primaria, pero también en la especializada. Obstaculiza la progresión de los profesionales, desincentiva el esfuerzo y convierte los centros en fábricas incapaces de hacer frente a la demanda creciente de atención sanitaria. En arreglar este entuerto es en lo que debería poner su empeño Unidas Podemos vez de en pedir reversiones y otras zaran-dajas.

# ENFERMERAS

## esenciales en la pandemia discriminadas por la Administración



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

**enfermerA1.com**

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

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

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



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA



### XXXVI CONGRESO NACIONAL DE COORDINADORES DE TRASPLANTES

**Fecha:** del 14 al 16 de diciembre de 2021

**Lugar:** Bilbao

**Secretaría Técnica:**

Osakidetza Álava, 45  
01006 Vitoria-Gasteiz  
Tel.: 945 00 60 21

**E-mail:**

[coordinacion@osakidetza.eus](mailto:coordinacion@osakidetza.eus)  
<https://www.osakidetza.euskadi.eus/evento/xxxvi-congreso-nacional-de-coordinadores-de-trasplantes/ab84-oskcon/es/>



### I SIMPOSIO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA Y SALUD ESCOLAR & V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA Y SALUD ESCOLAR

**Fecha:** del 23 al 25 de marzo de 2022

**Formato:**

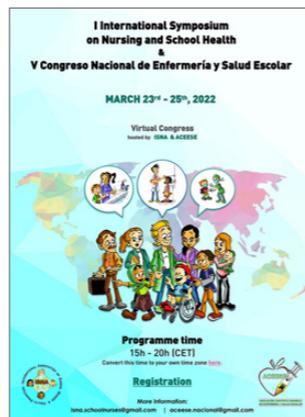
Virtual

**Organizan:**

La Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar (ACEESE) y la Asociación Internacional de Enfermeras Escolares

**Más información:**

[isna.schoolnurses@gmail.com](mailto:isna.schoolnurses@gmail.com) /  
[aceese.nacional@gmail.com](mailto:aceese.nacional@gmail.com)  
<http://acise.cat/wp-content/uploads/2021/08/INTERNATIONAL-SYMPOSIUM-2022-Programa.pdf>



### IX CONGRESO INTERNACIONAL IBEROAMERICANO DE ENFERMERÍA

**Fechas:** del 23 al 30 de marzo de 2022

**Lugar:** Virtual

**Email:** [secretaria@funciden.org](mailto:secretaria@funciden.org)  
<https://www.campusfunciden.com/ix-congreso-internacional-virtual-iberoamericano-de-enfermeria-2022/>



### XXXIX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL (AEESME)

**Organiza:** Asociación Española de Enfermería de Salud Mental

**Fecha:** del 6 al 8 de abril de 2022

**Lugar:** Pamplona

**Más información:**

<https://www.congresoaeesme.com>

### CONGRESO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN EMERGENCIAS

**Fechas:** del 27 al 29 de abril 2022

**Lugar:**

Auditorio AXA (Barcelona)

**Más información:**

93 221 22 42

**Email:** [barcelona@geyseco.es](mailto:barcelona@geyseco.es)  
[www.geyseco.es](http://www.geyseco.es)



### XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS

**Organiza:**

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal)

**Fecha:** del 9 al 11 de junio de 2022

**Lugar:**

Palma de Mallorca

**Más información:**

Pl. Europa, 17-19 1ª planta  
08908 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

**Tel.:** 93 882 38 78

**Email:**

[secpal2022@bcocongresos.com](mailto:secpal2022@bcocongresos.com)  
<https://secpal2022palma.com/>

### I BECA "EN LA PIEL DE LA ENFERMERA"

**Organiza:**

El Consejo General de Enfermería y CeraVe

**Objetivo:** promover iniciativas lideradas por enfermeras que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes a través del cuidado de la piel.

**Dotación:** 6.000 euros

**Plazo de presentación:** 31 de diciembre de 2021

**Más información:**

<https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/en-la-piel-de-la-enfermera>

### XXVII CERTAMEN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA "JOSÉ LÓPEZ BARNEO"

**Organiza:**

Colegio de Enfermería de Jaén

**Objetivo:** fomentar y promocionar la investigación en la Profesión Enfermera

**Dotación:** primer premio 4.000 euros, segundo premio 1.800 euros y accésit de 1.000 euros

**Plazo de presentación:** 31 de enero de 2022

**Más información:**

<https://enfermeriajaen.com/wp-content/uploads/2021/07/Bases.pdf>

### I EDICIÓN PREMIOS ENFERMERINNOVA A LA LABOR ENFERMERA "VISIBILIZACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO"

**Tema:**

Se otorgarán cuatro categorías en las áreas de investigación enfermera, innovación en procedimientos enfermeros, visibilización enfermera y premio de honor

**Dotación:** 500 euros en cada categoría, menos en el premio de honor que se entregará una plaza honorífica.

<https://forms.gle/vK85k2f9DEtfveuu6>



# International Nursing Review

EN ESPAÑOL

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

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



Suscríbete aquí 



# Las Palmas de Gran Canaria: ROMPE CON EL FRÍO

RAQUEL GONZÁLEZ. Las Palmas de Gran Canaria

Aún no ha comenzado el invierno, pero ya sentimos el frío. Noviembre no ha dado tregua y seguramente diciembre tampoco lo haga. De aquí a nuestra primavera, aún nos quedan muchos días de abrigo, gorro y guantes. Para romper con ello, quienes vivimos en la península no lo tenemos demasiado difícil: una escapada a las Islas Canarias. Basta un fin de semana, mejor si es un puente, para coger un avión y cambiar las botas por las chanclas.

Dentro de las islas, una opción interesante son Las Palmas de Gran Canaria, donde podrás disfrutar de la playa pero también de una interesante oferta cultural y gastronómica.

## Del dorado al negro

Su playa de Las Canteras es, sin duda, la joya de la ciudad. Está considerada una de las mejores playas urbanas del mundo: una barrera natural la protege del oleaje y el snorkel

es uno de sus principales reclamos. Su arena dorada se transforma hasta convertirse en negra allí donde las olas también se transforman para llegar al que es uno de los destinos favoritos para los surfers. Si nunca has probado este deporte, este es quizás uno de los lugares donde te lo pongan más fácil, con varios lugares donde alquilar traje y tabla por horas, así como taquillas para dejar tus cosas. Eso sí, remar vas a remar porque la playa tiene también su exigencia, pero enseguida te contagiarás de la multitud de aficionados que, como tú, prueban por primera vez la sensación de cabalgar sobre las olas.

## Running

Si lo que te gusta es el running, nada mejor que hacerlo disfrutando del paisaje del mar. Pues ojo, porque el paseo de Las Canteras está limitado al running así que, salvo que vayas por la arena, tendrás que ir un poco más lejos si no

quieres que una pareja de policías en bicicleta te llame amablemente la atención. Una buena opción es comenzar a correr cuando termina el paseo de las Canteras y continuar hasta el final de la playa del Confital.

## Cultura, compras y restaurantes

El de Vegueta es, sin duda, uno de esos barrios con encanto por el que dejarse caer para ir a tomar algo, cenar o simplemente pasear. Data del siglo XV, fue el germen de la ciudad que es hoy Las Palmas y actualmente uno de los lugares más visitados. Su oferta gastronómica es muy variada, aquí podemos encontrar desde típicas tabernas de picoteo a deliciosos restaurantes marroquíes o locales, con el pulpo frito y papas entre sus platos más característicos.

Merece la pena perderse por sus calles, deambular de un lado a otro y descubrir así la Catedral de Santa Ana, la plaza de San Antonio Abad o

la Casa de Colón, imprescindible.

Muy cerca de Vegueta está la Calle Triana, reservado para los amantes de las compras estén donde estén. Una calle

cuentres en tu ciudad, pero que bien pueden hacerse hueco en nuestra escapada.

## Las Dunas de Maspalomas

Para los que tengan tiempo y quieran dejar atrás la ciudad siempre pueden escaparse y disfrutar de otros atractivos que ofrece la isla, es el caso de Las Dunas de Maspalomas, un espacio natural protegido de 400 hectáreas que engloba dunas, playa, un bosque de palmeras y una laguna salobre.

## Vegueta, un barrio histórico para perderse

concurrida donde encontrar todas las tiendas de moda que seguramente también en-



Entre sus platos más famosos destaca el pulpo frito

FOTOS: RAQUEL GONZÁLEZ



Playa de las Canteras



XEV YOYO

# CIUDADANO YOYO

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

Hace tiempo que algunos modelos de coches comerciales —no prototipos— podrían haber aparecido sin desentonar demasiado en películas tipo *Blade Runner* (sin volar, eso sí) o *Yo Robot*. El XEV Yoyo es un coche italiano —pero fabricado en China— que recuerda a un Smart y que enarbola la bandera de la movilidad sostenible y urbana bajo un diseño cuidado y futurista. En general, este segmento de los coches muy compactos para moverse en el día a día se va a animar en los próximos años, tanto para tener el coche en propiedad, para flotas o para alquileres públicos a pie de calle. Sólo hay que ver la apuesta de Citroën por el AMI.

Los puntos fuertes del Yoyo son su autonomía de 150 km, suficiente para un día cualquiera, y su diseño y acabados, que le alejan del clásico coche sin extras y casi de “ju-

guete”. Todo lo contrario, tienen una gran pantalla de infoentretenimiento y navegación, frenos ABS, luces LED en los faros, aire acondicionado, barras de seguridad laterales en el chasis, techo panorámico... Y por supuesto muchas opciones de combinación de colores, todas ellas muy atractivas.

El paquete de baterías es extraíble, así que podemos sustituirlas por otras ya cargadas llegado el caso. Además, se puede cargar en apenas cuatro horas con cualquier enchufe doméstico. Pese a sus dimensiones, resulta espacioso el habitáculo tras haber eliminado, por ejemplo, elementos prescindibles como el freno de mano en forma de palanca.

Su precio puede oscilar entre los 10.500 y los 13.000 euros en función de las ayudas gubernamentales u ofertas puntuales.



**Práctica basada en la evidencia****Autores:** Loreto Maciá y Mª Isabel Orts

Cuidados de Salud Avanzados es una colección de monografías dirigidas a profesionales de la salud y estudiantes de grado, máster y doctorado dentro del ámbito de las ciencias de la salud. Por otra parte, se incluye una monografía relacionada con la práctica avanzada en enfermería desde la perspectiva de la prescripción de cuidados evaluables, es decir, con la temporalidad como eje del desarrollo investigador de enfermería desde la base del cuidado. Se incluyen en la colección conocimientos actualizados sobre gestión clínica con un enfoque transversal.

**Editorial:** Elsevier

Una visión única de la enfermería oncológica en el marco actual de los cuadros sanitarios, en el que las enfermeras oncológicas desempeñan un papel cada vez más importante. Escrito por especialistas ofrece, a cualquier enfermera interesada en la oncología, una visión clara y exhaustiva de las competencias e intervenciones específicas que se requieren en esta área. Además, da voz al nuevo papel del paciente como persona capaz de tomar decisiones y de participar plenamente en las diferentes fases de su tratamiento.

**Principios de enfermería en oncología****Autores:** Françoise Charnay-Sonnek y Anne E. Murphy**Editorial:** Elsevier**Análisis de datos en enfermería****Autora:** Molly McNett

Incorpora toda la información sobre la evaluación comparativa y los indicadores notificables, las métricas económicas, la mejora de la calidad, la investigación y la ciencia de la implementación, con correlaciones con la práctica de la enfermería. También se abordan las medidas de seguridad para garantizar la integridad y la privacidad de los datos personales de los pacientes. Un recurso imprescindible para los profesionales de enfermería, pero también para otros profesionales sanitarios.

**Editorial:** Elsevier**El último duelo (Ridley Scott)****El medievalista más realista con trasfondo de “Me Too”**

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

Son tiempos raros para el cine desde que irrumpió la fatídica pandemia y por eso puede resultar algo anómalo que la última obra de un director consagrado como el británico Ridley Scott no haya recibido el respaldo del público en una producción épica, con un buen reparto y se desarrolla en una época atractiva para el gran público como la Edad Media. Además, cuenta con el aliciente de que lo que se narra en *El último duelo* es una historia real y documentada. Los

que la hayan despreciado en las salas podrán verla en plataformas, pero esta producción es para disfrutarla en pantalla grande, butaca cómoda y sonido 5.1 y no en una tele.

*El último duelo* nos traslada a una época dura, cruel e injusta, donde cualquier ciudadano del siglo XXI no duraría ni un día vivo. El primer mérito de Scott es trasladarnos a la Normandía del siglo XIV con un gran realismo que ha sido incluso alabado por los historiadores. Allí tiene lugar el en-

frentamiento entre el caballero Jean de Carrouges (Matt Damon) y el escudero Jacques LeGris (Adam Driver), al acusar el primero al segundo de abusar de su esposa, Marguerite de Carrouges (Jodie Comer). Al elenco de actores fiables se une un no siempre tan fiable Ben Affleck, que participa junto a Damon en el guion y en la película aparece con un terrible rubio platino, que es de lo poco criticable de *El último duelo*.

El otro matiz interesante de la cinta viene de la mano de cómo se aborda el tema de la violación de la esposa de Carrouges y cómo se niega a silenciarla y dar por bueno el abuso, aunque eso le suponga arriesgar su vida y la de su esposo, que defenderá su honor hasta la muerte. Pero, ojo, no lo hace por una cuestión de dignidad de la mujer o delito flagrante, sino porque algo de su “propiedad”, como es su mujer, ha sido “usada” por otro sin permiso.

Por último, cabe destacar la filmación de las escenas de batalla y especialmente el duelo que da nombre a la película. Pero en realidad no sorprende tanto tras ver el trabajo del veterano director en *Gladiator*, por ejemplo, de la que, por cierto, llegará una segunda parte. No obstante, antes de su estreno Scott dará un giro sorprendente y deja la épica para narrar la nada pacífica relación de la familia que dio origen a la firma de moda Gucci. Habrá que verla, porque promete.

**VALORACIÓN**

★★★★☆

“Realismo, coreografía de batallas y el abordaje del abuso a la mujer en un escenario insólito”



Uno de los cuerpos de la exposición

### Body Worlds: El Ritmo de la Vida

## Una experiencia inmersiva en el organismo humano

REDACCIÓN. Madrid

Madrid acoge la exposición *Body Worlds: El Ritmo de la Vida*, la muestra de anatomía, divulgación científica y educación para la salud que ofrece una experiencia inmersiva en el organismo humano y su relación con el modo de vida actual.

Esta iniciativa es la versión más actual y sofisticada del proyecto expositivo conjunto de Gunther von Hagens, creador de la revolucionaria técnica de la plastinación de cuerpos, y Angelina Whalley, diseñadora creativa y conceptual de una muestra que, a lo largo de 1.400 m<sup>2</sup>, sumerge a los visitantes en el organismo humano, la vida y el autocuidado de la salud.

En la exposición se pueden contemplar cerca de 200 especímenes plastinados, que incluyen una veintena de cuerpos humanos completos, además de diversas configuraciones corporales, órganos vitales y secciones o cortes anatómicos traslúcidos, junto a elementos interactivos, pantallas 3D y otras propuestas multimedia visualmente irresistibles.

### Anatomía

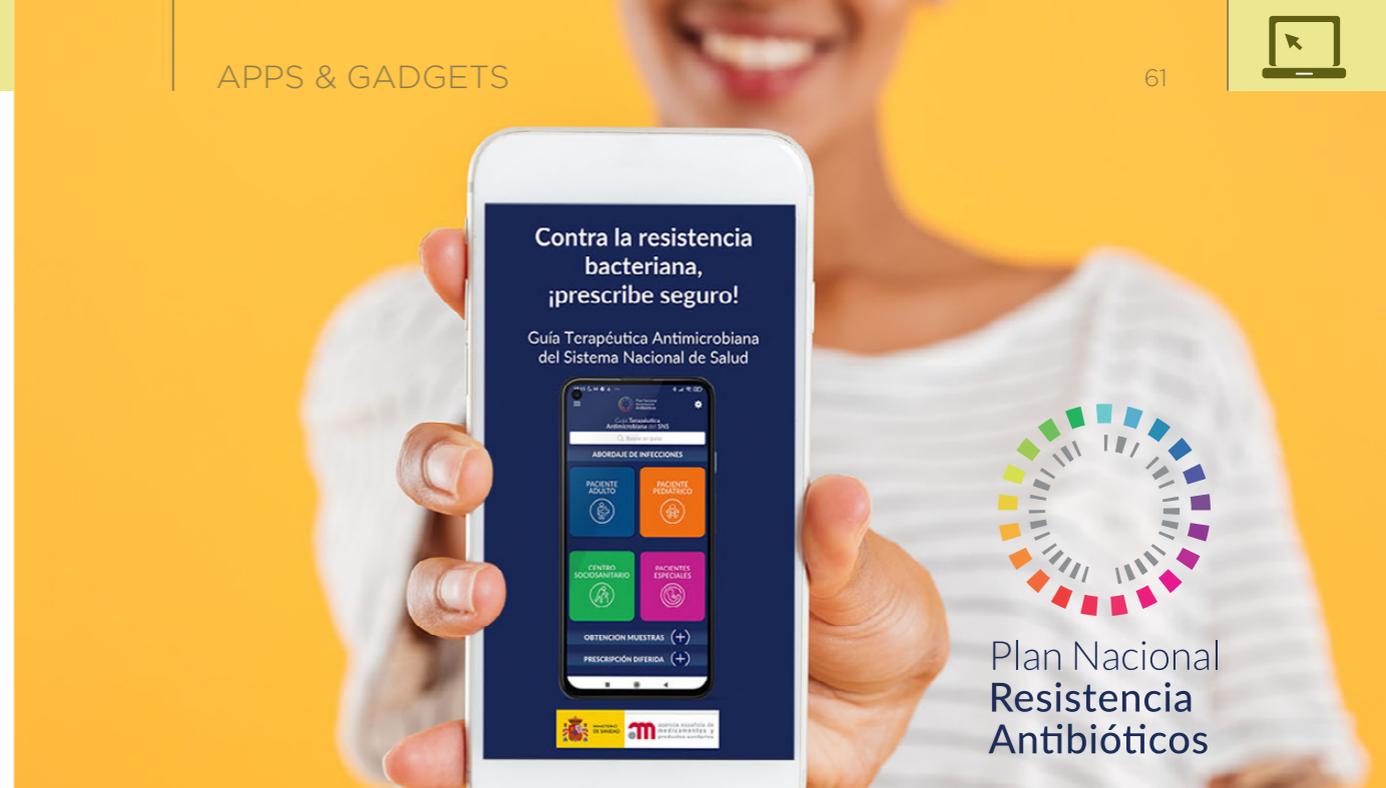
*Body Worlds: El Ritmo de la Vida* consagra la anatomía humana como vehículo para el conocimiento profundo de nuestra propia naturaleza, sirviéndose de los elementos ex-

positivos más innovadores, así como de las técnicas de narración de historias más didácticas para lograr un recorrido tan fascinante como divertido y enriquecedor.

De hecho, los datos extraídos de los visitantes de la exposición en otros países indican que la experiencia ayuda a generar hábitos más saludables. Una encuesta realizada en Viena seis meses después de haber visto la exposición, indicó que una parte considerable de los encuestados había modificado sus hábitos con el fin de llevar una vida más saludable. El 33% de los encuestados manifestó haber seguido una dieta más sana desde su visita, el 25% había practicado más deporte, el 68% abandonó la exposición habiendo adquirido unos incentivos valiosos para llevar un estilo de vida más saludable y el 47% de los visitantes declaró que valoraba más su cuerpo después de haber visto la exposición.

### MÁS INFORMACIÓN

Entradas:  
<https://tickets.bodyworlds.es/>



## Una app para optimizar los tratamientos antibióticos

GEMA ROMERO. Madrid

Con motivo de la Semana Mundial de Concienciación para el Uso Prudente de los Antimicrobianos 2021, el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) ha presentado dos aplicaciones con el objetivo de optimizar y homogeneizar la prescripción de los tratamientos antibióticos, una para veterinarios y otra para profesionales sanitarios en general. Su objetivo final es disminuir el riesgo de aparición de microorganismos resistentes.

La guía para sanitarios está dirigida a profesionales de Atención Primaria, Pediatría, Urgencias, Odontología y centros sociosanitarios. Se puede descargar de la [página web del PRAN](#) para Android e iOS, e incluye recomendaciones basadas en la evidencia científica para el abordaje de

los procesos infecciosos más prevalentes en adultos, niños y pacientes asistidos en centros sociosanitarios, teniendo en cuenta también los patrones de resistencia.

### Tiene en cuenta la prevalencia y los patrones de resistencia

También se especifica el uso de antimicrobianos en situaciones especiales, tales como insuficiencia renal, hepática, embarazo, lactancia, sobrepeso y obesidad, así como un Manual de obtención de muestras para el diagnóstico microbiológico, junto a con-

sideraciones sobre la prescripción diferida de antibióticos.

La aplicación para sanidad animal se organiza por especies para facilitar recomendaciones de prescripción que también han sido diseñadas de acuerdo con información epidemiológica permanentemente actualizada.

A estas novedades se suma además la PRANteca, una biblioteca online con recursos sobre antibióticos y resistencia dirigida a profesores y alumnos de facultades biosanitarias. En esta plataforma puede encontrarse documentación y casos prácticos que los docentes podrán utilizar para incorporar esta materia en sus clases. Las facultades que quieran acceder a esta plataforma y aún no formen parte del PRAN pueden solicitar su adhesión en el correo [pram@aemps.es](mailto:pram@aemps.es).

# LO + VIRAL



**Consejo General de Enfermería**  
@CGEEnfermeria

Las enfermeras estaremos siempre frente a la violencia machista. Como profesionales más cercanas a las pacientes tenemos una labor fundamental para detectar, prevenir y educar contra esta lacra que se ha cobrado ya 1.118 vidas desde 2003

#NIUnaMás #NIUnaMenos

**Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer**  
detección, prevención y educación enfermera

#NIUnaMenos

Ministerio de Igualdad y Ministerio de Sanidad

25 nov. 2021 - Twitter Web App



**Población sin vacunar por países**  
En %

La falta de vacunas en África amenaza al mundo

EL PAÍS

el\_pais • Seguir

Los países ricos acaparan las dosis de las vacunas contra la covid, mientras el virus muta en aquellos cuya población está menos protegida. La tasa de inmunización es del 89% en EE UU, del 70% en la UE y del 7% en el continente africano, lo que genera un caldo de cultivo idóneo para la aparición de nuevas mutaciones, como la ómicron, detectada esta semana en Sudáfrica y que ya se expande por Europa. Según el recuento de la Universidad de Oxford, pese a que existen vacunas seguras y eficaces desde hace casi un año, hay regiones en África donde prácticamente nadie ha visto una aguja, como Burundi (0,0025%), República Democrática del Congo (0,0001%) o Chad (0,0001%).

14.163 Me gusta

HACE 2 DÍAS

Inicia sesión para indicar que te gusta o comentar.



**Nightingale&Co**  
Ayer a las 2:31 · G

Seis de cada 10 enfermeras y enfermeros reconocen que la pandemia ha empeorado su salud psicológica. Una encuesta a cerca de 14.000 enfermeras y enfermeros de todo el Estado concluye que un 63 por ciento de estos profesionales considera que la crisis del coronavirus ha empeorado sus condiciones laborales y profesionales, siendo su salud psicológica el aspecto que señalan en un mayor número.

<https://www.ondacero.es/.../seis-cada-10-enfermeras-enfermero...>

ONDACERO.ES

Seis de cada 10 enfermeras y enfermeros reconocen que la pandemia ha empeorado su salud psicológica

49 2 comentarios 39 veces compartida



## ENC 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 12

■ 1-15 DICIEMBRE 2021



### SUMARIO

**Control y manejo de los factores de riesgo cardiovascular (FRVC) en el paciente oncohematológico. Educación para la salud**

64

# Control y manejo de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en el paciente oncohematológico. Educación para la salud

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

<sup>1</sup> Enfermera Supervisora de Área de Cardiovascular del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

<sup>2</sup> Enfermera Cardiología Críticos, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Grupo de investigación de Enfermería Idival.

Como citar este artículo: Fernández Redondo C. Pérez Loza I. Control y manejo de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en el paciente oncohematológico. Educación para la salud. Enfermería en Cardiología. 2020; Año XXVII (80) 88-97  
mconcepcion.fernandez2@gmail.com.

## RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares suponen la segunda causa de muerte en los pacientes supervivientes de cáncer. La identificación precoz y el control de los factores de riesgo cardiovascular evita la aparición de complicaciones cardiovasculares y/o minimiza su impacto una vez han aparecido. Las intervenciones de la enfermera deben orientarse a mantener la salud cardiovascular y a reducir los factores de riesgo y controlar las comorbilidades que aumentan la probabilidad de cardiotoxicidad, para conseguir una mejor calidad de vida, una mejor respuesta al tratamiento y una menor tasa de complicaciones cardiovasculares, lo que repercute positivamente en resultados de salud y optimiza los costes.

Estrategias consensuadas y de colaboración multidisciplinar en prevención y tratamiento de la cardiotoxicidad son necesarias para un tratamiento óptimo del cáncer, proteger la salud cardiovascular y mejorar los resultados cardiológicos y oncológicos. Todos los profesionales debemos ser capaces de aportar un consejo estructurado que fomente la adherencia a medidas de salud cardiovascular.

**Palabras clave:** cáncer, agentes antineoplásicos, cardiotoxicidad, factores de riesgo, enfermera, educación en salud, prevención de enfermedades, estilo de vida saludable, calidad de vida

## INTRODUCCIÓN

Cáncer y corazón están estrechamente relacionados<sup>1</sup> y se recomienda estratificar el riesgo cardiovascular (RCV) antes de iniciar el tratamiento antitumoral con las tablas SCORE<sup>2</sup> y realizar un seguimiento estructurado incluso en la fase de la supervivencia al cáncer. Algunos pacientes tienen ya una enfermedad cardiovascular establecida o factores de riesgo cardiovascular (FRCV) antes de ser diagnosticados de cáncer y los pacientes con cáncer tienen una mayor prevalencia de factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares como consecuencia de la potencial cardiotoxicidad del tratamiento antitumoral, que pueden agravar su pronóstico y empeorar su calidad de vida.

En todos los pacientes independientemente del tratamiento previsto, además del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedad, las medidas con mayor impacto en la mejora de la supervivencia y calidad de vida de los pacientes son la promoción de un estilo de vida saludable (alimentación saludable, mantenimiento de un peso normal, realización de ejercicio físico regular<sup>3</sup> y el control de los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, tabaquismo, dislipidemia, obesidad central, síndrome metabólico y diabetes) y deben contemplarse en los diferentes niveles asistenciales por los que pasa el paciente durante y después del tratamiento antitumoral. El control de los FRCV disminuye el riesgo de eventos cardiovasculares durante el tratamiento antitumoral, reduce las suspensiones precoces del tratamiento, optimiza los resultados en salud y reduce costes<sup>4</sup>.

Las enfermeras tienen un rol muy específico en la prevención y promoción de la salud, que incide en la modificación de conductas no saludables por conductas promotoras de salud, disminuyendo el número de eventos cardiovasculares y/o recidiva de la Enfermedad Coronaria (EC), el número de ingresos hospitalarios, favorece el empoderamiento y el autocuidado, influye en la mejora de la calidad de vida del paciente a largo plazo, la recuperación de la salud y permite la pronta reinserción laboral y social del paciente. Es necesario contemplar los factores personales (biológicos, psicológicos y socio-culturales) ya que son predictivos de conductas saludables y no saludables<sup>5</sup>, dado que configuran las capacidades para manejar las situaciones, poner en marcha los comportamientos adecuados, tomar las decisiones y conseguir las metas planteadas.

La educación para la salud enfocada al asesoramiento sobre los factores y comportamientos de riesgo y uso del sistema de asistencia sanitaria (abandono del hábito tabáquico, estilos de vida saludables como una dieta sana, realizar ejercicio físico diario, etc.)<sup>7</sup> favorece el autocuidado, la autonomía y la participación activa del paciente, y ofrece los recursos que le permitan desarrollar habilidades de afrontamiento efectivas, tomar conciencia real para favorecer la toma de decisiones, el manejo del estrés y emociones y trabajar en la prevención y manejo de las conductas de riesgo para el cáncer<sup>8</sup>.

Todas las acciones de promoción y prevención de la salud deben contar con el respaldo de la evidencia científica (NIC 5510 Educación para la salud)<sup>9</sup>. La mayoría de los casos de cáncer<sup>7</sup> y los principales FRCV<sup>2</sup> podrían mejorar con medidas sencillas: evitar el consumo de tabaco y de alcohol, evitar la

## FIGURA 1

### Modificaciones terapéuticas del estilo de vida y reducción de FRCV y control de comorbilidades<sup>6</sup>

Modificaciones terapéuticas del estilo de vida	Reducción de FRCV y control de comorbilidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta cardiosaludable</li> <li>Ejercicio físico</li> <li>Mantenimiento del peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control de la TA</li> <li>Control de la disglucemia</li> <li>Control de la dislipemia</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Suspensión del consumo de tabaco</li> <li>Moderación del consumo de alcohol</li> <li>Apoyo psicológico / manejo del estrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control de otros factores metabólicos</li> <li>Control de la anemia</li> <li>Control de la función renal</li> </ul>

obesidad y el sedentarismo y realizar una alimentación equilibrada (NIC 5614 Enseñanza: dieta prescrita, 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito, 4490 Ayuda para dejar de fumar y 1260 Manejo del peso).

Facilitar la adherencia terapéutica resolvería múltiples problemas de salud en la población y disminuiría importantes repercusiones en el plano médico, personal, familiar, social y

económico<sup>2,10</sup>, lo que aumenta la exigencia a los profesionales de la salud de ofrecer un asesoramiento claro y atención continua<sup>2</sup>. La complejidad del tratamiento<sup>2</sup> y efectos secundarios (fatiga, náuseas, vómito, alopecia, de la piel, del apetito, del olfato, estreñimiento o diarreas<sup>10</sup>), son barreras para una adecuada adherencia terapéutica. Comunicación, interrelación y colaboración, entre el paciente, la familia y el equipo médico,

## FIGURA 2

### Objetivos para factores de riesgo cardiovascular importantes y valores objetivo<sup>2</sup>

Tabaquismo	Sin exposición al tabaco en cualquiera de sus formas
Dieta	Baja en grasas saturadas y centrada en productos integrales, verduras, frutas y pescado
Actividad física	Al menos 150 min/semana de AF aeróbica moderada (30 min 5 días/semana) o 75 min/semana de AF aeróbica intensa (15 min 5 días/semana) o una combinación de ambas
Peso	IMC 20-25. Perímetro de cintura < 94 cm (varones) o < 80 cm (mujeres)
Presión arterial	< 140/90 mmHg
Lípidos	
LDL es el objetivo principal	Riesgo muy alto: < 1,8 mmol/l (< 70 mg/dl) o una reducción de al menos un 50% si el valor basal está entre 1,8 y 3,5 mmol/l (70-135 mg/dl) Riesgo alto: < 2,6 mmol/l (< 100 mg/dl) o una reducción de al menos un 50% si el valor basal está entre 2,6 y 5,1 mmol/l (100-200 mg/dl principal) Riesgo bajo-moderado: < 3,0 mmol/l (< 115 mg/dl)
cHDL	No hay cifra objetivo, pero > 1,0 mmol/l (> 40 mg/dl) para varones y > 1,2 mmol/l (> 45 mg/dl) para mujeres indican un riesgo más bajo
Triglicéridos	No hay valor objetivo, pero < 1,7 mmol/l (< 150 mg/dl) indica un riesgo más bajo, y concentraciones más altas indican la necesidad de buscar otros factores de riesgo
DM	HbA1c < 7% (< 53 mmol/mol)

información clara, intervenciones conductuales y seguimiento estructurado favorecerán una mejor adherencia a los tratamientos médicos requeridos<sup>2-10</sup> (NIC 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito y 2380 Manejo de la medicación).

### Modificaciones de la conducta

Identificar conductas, hábitos y estilos de vida del paciente va a permitir incentivar al paciente a modificar su conducta previa, adquiriendo nuevos hábitos saludables. Los factores individuales y ambientales impiden adoptar un estilo de vida saludable; todos los profesionales sanitarios deben considerar la prevención y la promoción de estilos de vida saludables<sup>11</sup> como una responsabilidad profesional con los pacientes y deben apoyar las políticas que promuevan un estilo de vida más saludable<sup>2</sup>. Comportamientos como dejar de fumar, realizar regularmente alguna actividad física y seguir un régimen alimentario saludable promueven la salud, mejoran la sensación de bienestar y suelen ser menos costosos para el sistema de salud que los tratamientos farmacológicos, que además pueden tener efectos adversos. Por otra parte, mientras que los efectos de la farmacoterapia cesan poco después de interrumpir el tratamiento, la repercusión de la modificación del modo de vida, si se mantiene, perdura<sup>12</sup>.

La ocurrencia epidémica de las ECV está estrechamente asociada con hábitos de vida y factores de riesgo modificables. La prevención es eficaz: si se practicara correctamente, la eliminación de conductas de riesgo podría evitar hasta 80% de ECV y 40% de los cánceres. Las intervenciones en el estilo de vida (NIC 5510 Educación para la salud) actúan sobre diversos factores de riesgo CV y deben aplicarse antes de los tratamientos farmacológicos o con ellos<sup>2</sup>.

Las medidas de prevención cardiovascular deben comenzar por cambios en el estilo de vida, imprescindibles para con-

seguir el control del riesgo cardiovascular (HTA, DMII, dislipemia, tabaquismo, obesidad...) y han de mantenerse junto con la terapia farmacológica<sup>13</sup>. El asesoramiento individualizado sobre hábitos de vida cardiosaludables (NIC 4360 Modificación de la conducta), la toma de decisiones compartida por el profesional y el paciente (incluyendo al cónyuge y la familia del paciente) y una comunicación eficaz facilitan el tratamiento y la prevención de la ECV y aumentan la motivación y el autocuidado.

1. Asesoramiento nutricional. Los hábitos alimentarios influyen en el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) (efecto nocivo en el colesterol, la PA, el peso corporal y la DM, o mediante otros efectos) y otras enfermedades crónicas, como el cáncer<sup>2</sup>.

La ingesta energética debe limitarse a la cantidad de energía necesaria para mantener o conseguir un peso saludable, es decir, un IMC > 20,0 pero < 25,0.

Más de la mitad de los pacientes oncológicos tienen una afectación nutricional muy relevante en el momento del diagnóstico, problema que puede agravarse más como consecuencia de los efectos adversos del tratamiento antitumoral (anorexia, náusea, vómito, diarrea, esofagitis, úlceras orofaríngeas, problemas dentales y de encías...). Mientras mejor se mantenga el estado nutricional del paciente, mejor será la respuesta al tratamiento y mayor la posibilidad de recuperación; la pérdida exagerada de peso se asocia, en general, con peor pronóstico. Revertir las deficiencias nutricionales existentes y/o prevenir las derivadas del tratamiento, manteniendo o alcanzando las variables antropométricas adecuadas (el índice de masa corporal y la circunferencia de cintura) y disminuyendo los efectos adversos gastrointestinales derivados del tratamiento, van a contribuir al éxito del tratamiento y al mantenimiento de la calidad de vida<sup>6</sup>.

Un régimen alimentario cardioprotector debe constar de alimentos variados y ha de tener cuatro metas principales: un régimen alimentario general saludable, un peso corporal saludable, un perfil lipídico recomendable y una presión arterial aconsejable<sup>12,14</sup>. El asesoramiento debe orientarse (NIC 5614 Enseñanza: dieta prescrita) a sustituir unos alimentos por otros más que a recomendar el aumento o la disminución en el consumo de nutrientes específicos<sup>11</sup>. Si el paciente oncológico tiene, además, los factores de riesgo cardiovasculares tan prevalentes en la sociedad moderna (hipertensión arterial sistémica, diabetes, síndrome metabólico, dislipidemia, etc.), el consejo dietético debe tener en cuenta estos problemas ajustando el plan de alimentación al contenido de sodio, de carbohidratos simples y complejos, de calorías y de colesterol y grasa saturada, que cada uno de ellos requiera<sup>6,15</sup>.

La dieta mediterránea se asocia a una reducción del 10% en los eventos o la mortalidad CV16.

2. Peso corporal.

El sobrepeso y la obesidad se asocian a un riesgo de aumento de mortalidad por ECV y responsables del 20% del total de casos de cáncer a nivel mundial<sup>7</sup>. Alcanzar y mantener un peso saludable y reducir el índice de masa corporal y la circunferencia abdominal, sin comprometer la buena nutrición general, tiene un efecto beneficioso en los factores de riesgo metabólicos (PA, lípidos circulantes, tolerancia a la glucosa), mejora la respuesta al tratamiento y el pronóstico y reduce el riesgo CV2,6.

La dieta, el ejercicio y las modificaciones de la conducta son los pilares del tratamiento del sobrepeso y la obesidad<sup>14,15</sup>. Hay que promover los cambios que conlleven la ingesta de menor valor calórico, aumenten el grado de actividad física y favorezcan el control del peso<sup>11</sup> (NIC 1260 Manejo del peso, 5614 Enseñanza: dieta prescrita y 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito).

Los umbrales propuestos por la OMS para el perímetro de la cintura son:

- Perímetro de la cintura  $\geq 94$  cm en varones y  $\geq 80$  cm en mujeres es el valor umbral a partir del cual no se debe ganar más peso.
- Perímetro de la cintura  $\geq 102$  cm en varones y  $\geq 88$  cm en mujeres es el valor umbral a partir del cual se debe aconsejar una reducción del peso.

3. Ejercicio físico.

Más de la mitad de las personas a quienes se les diagnostica cáncer experimenta fatiga relacionada con el

cáncer (FRC), con un agotamiento excesivo y persistente que interfiere con la actividad diaria y el funcionamiento de la persona, y en algunos casos fatiga mental y cambios en el estado de ánimo, con repercusión negativa en la calidad de vida y la autoestima<sup>8</sup>.

Las enfermeras deben proporcionar consejo sanitario acerca de la práctica de ejercicio físico de tiempo libre y/o el aumento de los niveles de actividad de la vida cotidiana, advertir sobre los riesgos de la inactividad, establecer objetivos personales y ayudar a implementar la AF de manera regular en la vida diaria (NIC 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito)<sup>2,8,14</sup>. Existe suficiente evidencia para recomendar la práctica de ejercicio dinámico (caminata, trote, natación, gimnasia aeróbica, ciclismo, golf, etc.) a los pacientes durante y después del tratamiento antitumoral, influyendo en el alcance y mantenimiento de una buena calidad de vida<sup>2-6</sup>, al tener un efecto positivo en muchos FRCV (hipertensión arterial, diabetes, obesidad, síndrome metabólico y dislipidemia)<sup>2,11,17</sup>.

Hay estudios que han informado de que las sobrevivientes de cáncer de mama que participaron en actividades físicas agradables sintieron menor fatiga y dolor, y fueron capaces de ocuparse de las actividades de la vida diaria<sup>18</sup>.

4. Tabaco.

El tabaco es el factor exógeno modificable más importante en el desarrollo del cáncer siendo responsable del 30% de la mortalidad por neoplasias. El riesgo del fumador para desarrollar la enfermedad es 10-20 veces superior al no fumador, relacionado con el grado de exposición: número de paquetes consumidos, la duración y el tipo de inhalación<sup>7,11</sup>; El riesgo de ECV mortal a 10 años es aproximadamente el doble en los fumadores<sup>2</sup>. El consumo de tabaco, debería desalentarse vigorosamente en los pacientes con cáncer, durante y después del tratamiento. Si aparte de la enfermedad maligna, el paciente tiene problemas cardiovasculares, particularmente cardiopatía isquémica, dejar de fumar es todavía más obligado<sup>7</sup>. El tabaquismo pasivo aumenta el riesgo de EC13, el cónyuge de un fumador o la persona que se expone al tabaco en el lugar de trabajo tiene un riesgo de ECV un 30% mayor.

Todo profesional sanitario debe promover y ayudar al paciente en el cese del consumo, informándole de los aspectos nocivos y realizando una mínima intervención en cada consulta que incluya un análisis motivacional de los motivos de consumo, el deseo de abandonar el hábito y la

**TABLA 1**

### Recomendaciones sobre cómo facilitar los cambios conductuales

Recomendación	Clase <sup>a</sup>	Nivel <sup>b</sup>	Ref <sup>c</sup>
Se recomiendan las estrategias cognitivo-conductuales establecidas (p. ej., entrevista motivacional) para facilitar los cambios en el estilo de vida	I	A	231
Se recomienda la participación de profesionales sanitarios multidisciplinares (p. ej., enfermeras, nutricionistas, psicólogos)	I	A	232,233
Para personas con riesgo de ECV muy alto, se recomiendan las intervenciones multimodales que integren los recursos médicos con la educación sobre el estilo de vida, la actividad física, el control del estrés y el asesoramiento sobre factores de riesgo psicosociales	I	A	233,234

**TABLA 2**

### Recomendación sobre nutrición<sup>2</sup>

Recomendación	Clase <sup>a</sup>	Nivel <sup>b</sup>	Ref <sup>c</sup>
Se recomienda a todas las personas una dieta saludable como la piedra angular de la prevención de la ECV	I	B	311

**TABLA 3**

### Recomendaciones sobre peso corporal<sup>2</sup>

Recomendación	Clase <sup>a</sup>	Nivel <sup>b</sup>	Ref <sup>c</sup>
Se recomienda que las personas con un peso saludable mantengan su peso. Se recomienda que las personas con sobrepeso y obesas alcancen un peso saludable (o aspiren a una reducción de peso) para disminuir la PA, la dislipemia y el riesgo de DM2 y, de esta forma, mejorar su perfil de riesgo CV	I	A	338,339

**TABLA 4**

**Recomendaciones sobre actividad física<sup>2</sup>**

Recomendación	Clase <sup>a</sup>	Nivel <sup>b</sup>	Ref <sup>c</sup>
Para adultos sanos de todas las edades, se recomienda realizar al menos 150 min/semana de AF aeróbica de intensidad moderada o 75 min/semana de AF aeróbica intensa o una combinación equivalente	I	A	258-261
Para que los adultos sanos consigan beneficios adicionales, se recomienda un aumento gradual hasta 300 min/semana de AF aeróbica de intensidad moderada o hasta 150 min/semana de AF aeróbica intensa o una combinación equivalente	I	A	259,260
Se recomienda evaluaciones regulares y asesoramiento de la AF para promover la participación y, cuando sea necesario, apoyar un aumento de la AF con el paso del tiempo <sup>d</sup>	I	B	262-264
Se recomienda la AF para sujetos con bajo riesgo sin asesoramiento adicional	I	C	265,266
Se debe considerar las sesiones de AF múltiples, cada una de duración ≥ 10 min y repartidas durante la semana, es decir, en 4-5 días por semana y preferiblemente todos los días	Ila	B	267,268
Se debe considerar la evaluación clínica, incluida una prueba de esfuerzo, de las personas sedentarias con factores de riesgo CV que pretendan iniciar una AF intensa o deportes	Ila	C	265

confección de un plan de abandono (NIC 4490 Ayuda para dejar de fumar)<sup>16,32,34</sup>. El esperable aumento de peso (una media de 5 kg) y los beneficios para la salud de abandonar el tabaco compensan sobradamente el riesgo de aumentar de peso<sup>2</sup>.

Las estrategias que pueden ayudar a alcanzar a abandonar el hábito tabáquico se resumen en el algoritmo «de las 5 Aes».

5. Alcohol.

El consumo de alcohol se asocia a múltiples riesgos para la salud que contrarrestan significativamente cualquier potencial efecto beneficioso, algunas neoplasias se relacionan con el consumo de alcohol (se estima como la causa del 10% de los tumores en varones y un 3% en mujeres) y su reducción supone una reducción en la mortalidad por cáncer de hasta un 10% y una prevención del 20% de los casos, lo que supera el supuesto escaso beneficio descrito con consumos bajos en la prevención de

enfermedades cardiovasculares<sup>7</sup>. La PAS y la PAD aumentan a medida que el consumo de alcohol aumenta a > 3 unidades/día, al igual que el riesgo de arritmias cardíacas, miocardiopatía, muerte súbita y accidentes cerebrovasculares hemorrágicos<sup>2,12</sup>.

El consumo de alcohol se asocia a una amplia gama de problemas médicos y sociales, por lo que no tiene ningún sentido promover el consumo de alcohol como estrategia preventiva (NIC 4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas)<sup>12</sup> y la mayoría de recomendaciones internacionales, entre ellas el Código Europeo contra el Cáncer y las guías de la Sociedad Americana del Cáncer, contemplan que lo mejor en prevención del cáncer es evitar las bebidas alcohólicas<sup>9</sup>.

6. Factores de riesgo psicosociales.

El diagnóstico de cáncer está asociado a una amenaza para la salud con repercusiones en todas las esferas de la vida de la persona enferma y de sus familiares: a nivel

**TABLA 5**

**Recomendaciones sobre las estrategias de intervención contra el consumo de tabaco<sup>2</sup>**

Recomendación	Clase <sup>a</sup>	Nivel <sup>b</sup>	Ref <sup>c</sup>
Se recomienda identificar a los fumadores y proporcionarles asesoramiento repetido sobre la necesidad de dejar de fumar, con ofrecimientos de ayuda mediante seguimiento de apoyo, terapias de sustitución de nicotina, vareniclina y bupropión por separado o en combinación	I	A	283-286
Se recomienda el abandono de todas las formas de consumo de tabaco o productos a base de hierbas, ya que es una causa importante e independiente de ECV	I	B	287-291
Se recomienda evitar el tabaquismo pasivo	I	B	292,293

**FIGURA 3**

**Las estrategias que pueden ayudar a alcanzar a abandonar el hábito tabáquico se resumen en el algoritmo “de las 5 Aes”**

Las «cinco aes» de la estrategia para dejar de fumar en la práctica habitual <sup>18</sup> .	
A: preguntar (ask)	Interrogar sistemáticamente sobre el consumo de tabaco en cada oportunidad
A: aconsejar (advise)	Instar inequívocamente a todos los fumadores a dejar de fumar
A: evaluar (assess)	Determinar el grado de adicción personal y la disposición para dejar de fumar
A: asistir (assist)	Acordar una estrategia para dejar de fumar, incluida una fecha en la que se va a dejar de fumar, asesoramiento conductual y apoyo farmacológico
A: organizar (arrange)	Organizar un programa de seguimiento

social, laboral, económico y familiar; entre el 25-50% de la población oncológica presenta alteraciones psicológicas derivadas del proceso de enfermedad<sup>10,18</sup>.

Los factores de riesgo psicosociales (estrés, aislamiento social y emociones negativas) pueden actuar como obstáculos al afrontamiento de la enfermedad, al grado de tolerancia a los efectos secundarios, al cambio conductual y a la adhesión al tratamiento<sup>8</sup>.

El apoyo social y emocional (NIC 5270 Apoyo emocional) puede contrarrestar el estrés psicosocial<sup>20</sup>, la depresión y la ansiedad y los síntomas relacionados con la enfermedad y el tratamiento, facilitar el cambio conductual y mejorar la adherencia al tratamiento, la calidad de vida y el pronóstico<sup>10</sup>. Métodos como entrenamiento en relajación, meditación, o manejo del estrés, orientación o terapia de conversación, sesiones de educación sobre el cáncer y/o apoyo social en un entorno de grupo pueden ayudar a las pacientes a aprender a sobrellevar el estrés psicológico<sup>8,20,21</sup>.

Las intervenciones realizadas por enfermeras (NIC 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad, 5230 Mejorar el afrontamiento y 5820 Disminución de la ansiedad) mejo-

ran la satisfacción del paciente y su estado emocional; los programas de seguimiento mediante entrevistas telefónicas han demostrado su eficacia para proporcionar el apoyo psicosocial y educacional que necesitan los pacientes oncológicos y para ayudarlos en el manejo de los síntomas<sup>8</sup>.

**Control FRCV y comorbilidades**

La identificación y control estricto de los factores de RCV (FRCV) antes, durante y después del tratamiento es la principal estrategia para prevenir la cardiotoxicidad<sup>20</sup>, disminuye la incidencia de la enfermedad y/o la progresión de la enfermedad cardiovascular, incluso desde los estadios iniciales asintomáticos y prolonga y mejora la calidad de vida de los individuos con patología cardiovascular<sup>7,11</sup>.

Las enfermeras desempeñan una función importante en la adherencia al tratamiento<sup>22</sup> (NIC 2380 Manejo de la medicación) y deben proporcionar consejos claros sobre los beneficios y los posibles efectos adversos de la medicación, el momento de tomar la dosis, considerar los hábitos y las preferencias de los pacientes (NIC 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos).

**TABLA 6**

**Recomendaciones sobre factores psicosociales<sup>2</sup>**

Recomendación	Clase <sup>a</sup>	Nivel <sup>b</sup>	Ref <sup>c</sup>
Para pacientes con ECV establecida y síntomas psicosociales, se recomiendan las intervenciones conductuales multimodales que integren la educación sobre la salud, el ejercicio físico y la psicoterapia para manejar los factores de riesgo psicosociales y hacer frente a la enfermedad, con el fin de mejorar la salud psicosocial	I	A	242
Se debe considerar la derivación a psicoterapia, medicación o atención grupal en caso de síntomas clínicos de depresión, ansiedad u hostilidad significativos	Ila	A	243,244
Se debe considerar el tratamiento de los factores de riesgo psicosociales con el objetivo de prevenir la EC cuando el factor de riesgo por sí solo sea un trastorno diagnosticable (p. ej., depresión) o pueda empeorar los factores de riesgo clásicos		Ila	B 245,246

**HTA**

La HTA es la comorbilidad más frecuente en pacientes con cáncer, dado que las terapias onco-hematológicas causan HTA por diferentes mecanismos, fundamentalmente por los fármacos. Su incidencia y la gravedad dependen del tumor, el fármaco y la coexistencia de otros FRCV y su control evita complicaciones cardiovasculares (como miocardiopatía dilatada e insuficiencia cardíaca en el paciente tratado con antraciclina)<sup>4</sup> y la interrupción del tratamiento. Se recomienda realizar una valoración inicial y una monitorización estrecha de la presión arterial (TA) (NIC 6680 Monitorización signos vitales) durante el tratamiento siguiendo las recomendaciones farmacológicas y dietéticas de la población general.

Se deben recomendar siempre los cambios adecuados en el estilo de vida (la **restricción del consumo de sal**<sup>2</sup>, control del peso, aumento de la actividad física, moderación y/o cesación en el consumo de alcohol, y aumento del consumo de frutas, verduras y productos lácteos) para todos los pacientes con hipertensión o con PA normalmente alta<sup>14</sup>, que además facilitan el control de los otros factores de riesgo que puedan coexistir, como obesidad, dislipemia o diabetes<sup>2,11</sup> (NIC 1260 Manejo del peso, 5614 Enseñanza: dieta prescrita y 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito). La eficacia de la ingesta reducida de sodio en la disminución de la presión arterial está comprobada, una reducción media de la ingesta alimentaria de sodio

de 77 mmol/d reduce la presión arterial sistólica<sup>1,9</sup> mmHg y la presión arterial diastólica 1,1 mmHg<sup>12</sup>.

El inicio del tratamiento médico dependerá de los valores de presión arterial (PA), de la valoración del riesgo cardiovascular total y de la presencia o ausencia de lesiones de órganos diana<sup>11</sup>; pacientes con enfermedad renal crónica, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y/o enfermedad vascular periférica deberán ser siempre tratados.

El tratamiento farmacológico (diuréticos, betabloqueantes, inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina -IECA- antagonistas del calcio y antagonistas de los receptores de la angiotensina II<sup>2</sup>) debe iniciarse gradualmente y alcanzar de forma progresiva la presión arterial deseada, a lo largo de varias semanas<sup>23</sup>.

En general, el tratamiento antihipertensivo solamente se interrumpe si se consigue un control eficaz de la PA a largo tiempo, con cambios saludables en el estilo de vida, pero de manera gradual y con un seguimiento estructurado, debido al riesgo de que reaparezca la hipertensión<sup>2</sup>.

**DISLIPEMIA**

La hipercolesterolemia, especialmente el exceso de c-LDL, es un factor de riesgo cardiovascular de primer orden<sup>2,11</sup>, por su relación directa e independiente con la aparición de las complicaciones isquémicas de la arteriosclerosis. La tríada lipídica

**FIGURA 4**

**Definición y clasificación de los niveles de presión arterial**

Categoría	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión de grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión de grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
Hipertensión solo sistólica	≥ 140	y	< 90

**CLASIFICACIÓN DE LA PA POR JNC7, Y LAS GUÍAS DE HIPERTENSIÓN DE ACC/AHA 2017**

PA sistólica y diastólica (mmHg)	JNC7	ACC/AHA 2017
<120 y <80	Presión arterial normal	Presión arterial normal
120 - 129 y <80	Prehipertensión	Elevación de la PA
130 - 139, u 80 - 89	Prehipertensión	Hipertensión en etapa 1
140 - 159, o 90 - 99	Hipertensión en etapa 1	Hipertensión en etapa 2
≥160 o ≥100	Hipertensión en etapa 2	Hipertensión en etapa 3

**FIGURA 5**

**Recomendaciones sobre el control lipídico<sup>2</sup>**

Recomendación	Clasea	Nivelb	Refc
Para pacientes con ECV establecida y síntomas psicosociales, se recomiendan las intervenciones conductuales multimodales que integren la educación sobre la salud, el ejercicio físico y la psicoterapia para manejar los factores de riesgo psicosociales y hacer frente a la enfermedad, con el fin de mejorar la salud psicosocial	I	A	242
Se debe considerar la derivación a psicoterapia, medicación o atención grupal en caso de síntomas clínicos de depresión, ansiedad u hostilidad significativos	Ila	A	243,244
Se debe considerar el tratamiento de los factores de riesgo psicosociales con el objetivo de prevenir la EC cuando el factor de riesgo por sí solo sea un trastorno diagnosticable (p. ej., depresión) o pueda empeorar los factores de riesgo clásicos		Ila	B 245,246

o dislipidemia aterogénica (hipercolesterolemia LDL, hipertrigliceridemia e hipoalfalipoproteinemia) es sumamente frecuente en la población con obesidad abdominal y síndrome metabólico y requiere una intervención temprana decisiva para la prevención primaria y secundaria de la cardiopatía isquémica y de otros síndromes ateroscleróticos<sup>6</sup>.

Los objetivos de los niveles de lípidos, deben individualizarse de acuerdo al RCV; alcanzar el nivel óptimo es difícil y a veces es mejor la mejora simultánea de varios factores de riesgo que solamente la reducción del colesterol<sup>14</sup>.

Las modificaciones del estilo de vida relativas a dieta<sup>14</sup>, ejercicio, suspensión del uso del tabaco, etc. (NIC 4360 Manejo de conducta, NIC 1260 Manejo del peso, 5614 Enseñanza: dieta prescrita, 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito y 4490 Ayuda para dejar de fumar) son imperativas en la prevención primaria y secundaria de la aterosclerosis. Los pacientes que reciben tratamiento antitumoral, particularmente los que han sido radiados, tienen un riesgo incrementado de sufrir síndromes coronarios, razón por la cual en forma preventiva se deben combinar las modificaciones terapéuticas con el estilo de vida comentado y el tratamiento farmacológico específico, desde el principio de la terapia<sup>6</sup>.

Los fármacos utilizados en el control de la dislipidemia son las estatinas para la hipercolesterolemia LDL, los fibratos para la hipertrigliceridemia y la niacina para la hipoalfalipoproteinemia y la tríada lipídica<sup>6,12</sup>. Los beneficios del tratamiento de reducción del colesterol dependen del riesgo basal: cuanto mayor sea el riesgo, mayor es el beneficio en reducción absoluta del riesgo<sup>24,25</sup>.

**CONTROL DE LA GLUCEMIA**

Durante la fase del tratamiento antitumoral no es infrecuente el descontrol de las cifras de glucemia o la aparición clínica de la diabetes. Debe lograrse rápidamente el control de la disglucemia, alcanzando los objetivos de una glucemia de ayuno infe-

rior a 110 mg/dL (e idealmente por debajo de 100) y una hemoglobina glicosilada, que refleja el control glucémico en los últimos 120 días, menor a 6,5% (e idealmente menor de seis)<sup>11</sup>. El control intensivo de la hiperglucemia reduce el riesgo de complicaciones microvasculares y, en menor medida, el riesgo de ECV2. Dado el especial riesgo conferido por la diabetes, se asume que los objetivos de control del resto de los factores de riesgo vascular deben ser más exigentes en estos pacientes<sup>11</sup>.

El primer método de control de la glucemia debe ser el régimen alimentario; si no fuera suficiente, se administrarán hipoglucemiantes orales, y más tarde insulina si fuera preciso<sup>12</sup>.

Cambios en el estilo de vida como dejar de fumar, dieta baja en grasa, dieta alta en fibra, actividad física aeróbica y entrenamiento de fuerza son los pilares iniciales del tratamiento de la diabetes de ambos tipos (NIC Enseñanza: dieta prescrita (5614) Enseñanza: ejercicio prescrito (5612) Ayuda para dejar de fumar (4490) Manejo del peso (1260)<sup>2,6,11,26</sup>. La pérdida de peso y el ejercicio mejoran la sensibilidad a la insulina, la tolerancia a la glucosa en sujetos diabéticos y no diabéticos<sup>2,6,11,26</sup> y pueden retrasar la aparición de la diabetes mellitus en pacientes con intolerancia a la glucosa<sup>11</sup>. El control metabólico previene las complicaciones microvasculares en pacientes diabéticos y puede contribuir a prevenir episodios cardiovasculares<sup>2</sup>.

Las enfermeras deben establecer metas apropiadas y consensuadas con el paciente (NIC 56 Enseñanza individual) y realizar un control glucémico adecuado (NIC 2120 Manejo de la Hiperglucemia y 2130 Manejo de la Hipoglucemia), que pueda retrasar la aparición y progresión de la microangiopatía y de la macroangiopatía.

**SÍNDROME METABÓLICO**

El estilo de vida tiene una influencia muy importante en todos los componentes del síndrome metabólico (obesidad abdomi-

**FIGURA 6**

**Los objetivos de control en el paciente con DM2 y cardiopatía recomendados por las guías de práctica clínica de diferentes sociedades científicas<sup>26</sup>**

	Objetivos de tratamiento
Tabaquismo	Cese absoluto
Presión arterial	< 140/85 mmHg*
c-LDL	< 70 mg/dL
HbA1C	< 7% individualizar según las características clínicas del paciente
Ejercicio físico	Intensidad moderada 30 min/d, 5 días por semana
Peso corporal	IMC = 25 kg/m <sup>2</sup> Perímetro abdominal en hombres < 102 cm y en mujeres < 88 cm

nal, hiperglucemia/resistencia a la insulina, aumento de triglicéridos/reducción de colesterol HDL (cHDL) y elevación de la presión arterial), por lo que las recomendaciones dietéticas, el ejercicio físico y la pérdida ponderal son un componente esencial de su abordaje terapéutico (NIC 5164 Enseñanza: dieta prescrita, 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito, 4490 Ayuda para dejar de fumar y 1260 Manejo del peso)<sup>11</sup>.

## DISCUSIÓN

Cáncer y corazón comparten múltiples factores de riesgo, por lo que se recomienda estratificar el RCV antes de iniciar el tratamiento antitumoral con las tablas SCORE (figura 1) y evaluar la presencia de factores que aumentan el riesgo de eventos cardiovasculares durante el tratamiento antitumoral<sup>4</sup>.

Múltiples estudios demuestran que determinados cambios en el estilo de vida son eficaces para mejorar la salud de las personas y disminuir la carga de enfermedad. Se estima que el 80% de las enfermedades cardiovasculares, el 90% de las diabetes mellitus tipo 2 y el 30% de los cánceres se podrían prevenir siguiendo una dieta saludable, un adecuado nivel de actividad física y el abandono del tabaco<sup>27</sup>.

Estudios poblacionales demuestran la importancia de la promoción de la salud, la prevención primordial (prevenir la adopción de factores de riesgo) y la prevención primaria (modificar los factores de riesgo con el objetivo de prevenir el evento cardiovascular inicial). La mejor estrategia es la prevenir la aparición de los factores de riesgo promoviendo estilos de vida que se asocian con buen control de la presión arterial, bajas concentraciones de colesterol, peso corporal ideal, práctica de ejercicio físico y abstención de tabaco<sup>28</sup>.

Las intervenciones no farmacológicas y la reducción de los factores de riesgo cardiovasculares, mediante la combinación de estas medidas y tratamientos farmacológicos específicos, ayudan al mantenimiento de la salud del aparato cardiovascular, hecho que tiene múltiples influencias en el alcance de una buena calidad de vida, de mejor respuesta al tratamiento y menor tasa de complicaciones cardiovasculares<sup>6</sup>. Para personas

con riesgo de ECV muy alto, se recomiendan las intervenciones multimodales que integren los recursos médicos con la educación sobre el estilo de vida, la actividad física, el control del estrés y el asesoramiento sobre factores de riesgo psicosociales<sup>2</sup>.

La obesidad se relaciona muy directamente con la respuesta al tratamiento y el pronóstico, por lo que es necesario tratar de reducir el índice de masa corporal y la circunferencia abdominal lo más que se pueda, sin comprometer la buena nutrición general y por otro lado, el paciente oncológico puede presentar un desgaste progresivo y una serie de síntomas atribuibles a la enfermedad y a la terapia que dificultan la alimentación y la conservación o ganancia de peso<sup>6</sup>; la enfermera debe detectar a los pacientes de riesgo aplicando el test de cribado nutricional, conocer la ingesta del paciente y su tolerancia y controlar la evolución ponderal, durante todo el proceso de la enfermedad.

La práctica regular de ejercicio físico atenúa la clínica del paciente oncológico (dolor, náuseas/vómitos, fatiga/astenia y mejora el estado de ánimo, función sexual y distrés psicosocial), mejora la función inmunológica, el perímetro abdominal, el perfil lipídico, la composición/densidad mineral ósea y la masa muscular y puede modificar simultáneamente varios de los parámetros que integran las escalas de riesgo cardiovascular, con un impacto favorable en la prevención/reducción del daño miocárdico inducido por terapias antitumorales, favoreciendo la reintegración social, recuperación funcional y reincorporación laboral<sup>29</sup>.

Actualmente las intervenciones de enfermería que se llevan a cabo en las instituciones de salud relacionadas con la modificación de los FRCV y de los hábitos y estilos de vida poco saludables se realizan a través de educación para la salud, con técnicas participativas que tratan de empoderar al individuo para que tome conciencia y que de forma autónoma analice y cambie sus comportamientos y actitudes<sup>30</sup>. El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender basa el cuidado que proporciona la enfermera en lograr una modificación de las conductas de riesgo y promocionar aquellas que benefician a las personas, siendo capaces de identificar FRCV y/o la enfermedad cardiovascular<sup>17</sup>.

## CONCLUSIONES

El mantenimiento y la mejora de la calidad de vida del paciente oncológico es tan importante como la supervivencia o la respuesta al tratamiento. Las intervenciones de la enfermera orientadas a las medidas no farmacológicas y al control y disminución de los factores de riesgo cardiovasculares disminuyen las complicaciones cardiovasculares, mejoran la calidad de vida y en definitiva protegen y fomentan la salud cardiovascular.

La enfermera debe realizar una valoración integral que le permita identificar el riesgo cardiovascular del paciente e implementar estrategias de prevención y control de los FRCV. Identificar la conducta previa del paciente, sus creencias y los factores ambientales, socioculturales y psicológicos que pueden afectar en la toma de decisiones, facilitará desarrollar las intervenciones educativas necesarias para la adopción de estilos de vida saludables, cambios de comportamiento, y hábitos de actividad física.

Las intervenciones de enfermería, siempre basadas en la evidencia, y protocolos de actuación deben ser estandarizados para facilitar el seguimiento en los distintos ámbitos de salud por los que pasa el paciente oncológico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Koene RJ, Prizment AE, Blaes A, Konety SH. Shared Risk Factors in Cardiovascular Disease and Cancer. *Circulation*. 2016;133:1104–1114.
- Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69(10):939.e1–e87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2016.09.004>
- Berkman A, Lakoski SG. The potential of aerobic exercise training in mitigating cardiovascular side effects of cancer therapy. *Future Cardiol* 2015; 11: 407–411.
- T. López-Fernández et al. Cardio-Onco-Hematología en la práctica clínica. Documento de consenso y recomendaciones. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70(6):474–486.
- Cadena Estrada J. C; González Ortega Y. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender. *Investig Enferm. Imagen Desarr*. 2017;19(1): 107–121. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-1.ecep>
- Alejandra Meaney et al. Un corazón sano durante la quimioterapia. *GAMO Vol. 8 Supl. 3* 2009. Artículo de revisión.
- Manual Seom de Prevención y Diagnóstico Precoz del Cáncer. 2017. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) ISBN 978-84-697-4630-1.
- Reñones Gregoa, M.C. et al. Estrategias para la mejora del cuidado del paciente oncológico: Resultados del proyecto SHARE (Sesiones interHospitalarias de Análisis y Revisión en Enfermería). *Enferm Clin*. 2016;26(5):312–320. Disponible en: [dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.04.005](http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.04.005)
- Promoción de la Salud Glosario - World Health Organization. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/han->

[dle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2016.09.004)

- Alvarado-Aguilar, S. et al. Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: (Perspectiva del Oncólogo). *GAMO Vol. 10 Núm. 3*, mayo – junio 2011.
- 1.ª CONFERENCIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD en la Práctica Clínica en España Prevención Cardiovascular. 2007, Ministerio de Sanidad y Consumo. ISBN: 978-84-96761-50-6
- Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. World Health Organization 2007.
- Mazón-Ramos, P. Riesgo cardiovascular en el siglo XXI. Cómo detectarlo en prevención primaria. Cómo controlarlo en prevención secundaria. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(Supl. 2):3–9 - Vol. 65 Núm. Supl.2 DOI: 10.1016/j.recresp.2012.07.004
- Guzmán Fernández MA, Lleras Muñoz S. Valoración y Tratamiento del Riesgo Cardiovascular. Guía clínica basada en la evidencia (edición resumida); 2008.
- OMS. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. ISBN: 978 92 4 554724 2. Ginebra 2008
- Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2010;92:1189–96.
- L.F. Nhola, H.R. Villarraga. Fundamentos de las unidades de cardio-oncología. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70(7):583–589. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2017.01.025>
- Manrique F., Puerto H. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas en tratamiento oncológico. Investigación y Educación en Enfermería [revista en Internet] 2008 [acceso 05 de agosto del 2018], 23(5). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105212447003.pdf>
- Belén Fernández Sánchez et al. Primer Impacto: Programa de Detección de Distrés y Atención Psicosocial para Paciente Recién Diagnosticado y sus Familiares. *PSICOONCOLOGÍA*. Vol. 9, Núm. 2-3, 2012, pp. 317–334. ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev\_PSIC.2013.v9.n2-3.40900
- Capllonch Teba V. Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia. *INQUIETUDES* n° 49 • enero—diciembre 2015 • p. 35–43.
- El estrés psicológico y el cáncer. Instituto Nacional del Cáncer. EEUU: 2011 \*actualizado 10 de diciembre de 2012; acceso 31 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/hoja-informativa-estres>
- Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2004. Consulta: 28 de marzo 2012. Disponible en: [www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf)

23. Morales Yera RA, et al. Cardiotoxicidad inducida por quimioterapia. *CorSalud* 2018 Ene-Mar;10(1):68-77.
24. EU Marcela Díaz F.ET AL. Enfermería Oncológica: Estándares de Seguridad en el manejo del paciente oncológico [REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(4) 694-704].
25. García Cruzate M. V. Validación de una guía de cuidados para el manejo y control de los efectos secundarios post quimioterapia según la opinión de enfermeros Servicio de Especialidades Médicas y Quimioterapia Hospital Alberto Sabogal Sologuren- Essalud. [Trabajo de Fin de Grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana. 2014.
26. Castro Conde, A. et al. Actualización del tratamiento anti-diabético en el paciente con enfermedad cardiovascular. 2016. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. ISBN: 978-84-16269-23-5
27. Rodrigo Córdoba, Francisco Camarelles, Elena Muñoz, Juana Gómez, Damián Díaz, José Ignacio Ramírez, Asensio López y Carmen Cabezas Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*. 2014;46(Supl 4):16-23.
28. Castellano, J M.; Narula J.; Castillo, J.; Fuster,V. Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Revista Española de Cardiología*. Volumen 67, Issue 9, September 2014, Pages 724-730.
29. D'Ascenzi F, Anselmi F, Fiorentini C, Mannucci R, Bonifazi M, Mondillo S. The benefits of exercise in cancer patients and the criteria for exercise prescription in cardio-oncology *Eur J Prev Cardiol*. 2019 doi: 10.1177/2047487319874900. [Epub ahead of print].
30. Ho AY, Berggren I, Dahlborg-Lyckhage E. Diabetes empowerment related to Pender's Health Promotion Model: a meta-synthesis. *Nurs Health Sci*. [Internet] 2010 Jun [Consultado en oct 23 de 2014]; 12(2): 259-67. Disponible en: <http://doi10.1111/j.1442-2018.2010.00517>



Dale un nuevo recorrido a tus artículos científicos

# Publica en Enfermería Científica, nueva sección de ENFERMERÍA FACULTATIVA

**Máximo 6 autores**  
**Hasta 3.000 palabras**  
**Se admiten artículos ya publicados**

**Envía tu artículo a : [instituto@consejogeneralenfermeria.org](mailto:instituto@consejogeneralenfermeria.org)**

Consulta las normas de publicación aquí.



# NORMAS DE PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

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

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

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

## INSTRUCCIONES GENERALES



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

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

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

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

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

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

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

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

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

autoría, si hayan facilitado la realización del trabajo.

## TIPOS DE ARTÍCULOS



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## REQUISITOS ÉTICOS Y LEGALES



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ENVÍO DE DOCUMENTOS



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

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

## PROCESO EDITORIAL



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

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

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



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

◀ @cgenfermeria ▶

Síguenos también en

