

LA REVISTA DE LOS PROFESIONALES COLEGIADOS DE ENFERMERÍA

enfermería

facultativa

Año XXV

Número 361

16 - 31 enero 2022



ASÍ TRABAJAN LAS ENFERMERAS EN LOS GRANDES VACUNÓDROMOS



El CGE aplaude el control
del precio de los test de
antígenos



Información y apoyo
enfermero para afrontar
el diagnóstico de cáncer

2021

Oferta formativa

REFERENTES EN FORMACIÓN DE POSGRADO

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

Información:

INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN SANITARIA

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

 www.isfos.com



Constantes vitales



Florentino Pérez Raya

Presidente del Consejo General de Enfermería

Hastío y test de antígenos

Han pasado las Fiestas Navideñas y la pandemia sigue monopolizando las conversaciones y la vida social en España. No hay día que los ciudadanos no reciban un mensaje de un familiar o amigo que ha dado positivo en un test de antígenos. Es evidente que el impacto del virus en su nueva variante dominante —la ómicron— no es el mismo en la salud de las personas, afortunadamente, pero sigue habiendo muchos ingresos en UCI y vidas perdidas a causa de las complicaciones de la infección. Sin embargo, como enfermeras, la percepción de la situación es distinta, el ángulo de visión es otro. Puede que la mayor levedad de los síntomas, la existencia de elementos de protección, la capacidad de detectar el virus de forma rápida y el conocimiento acumulado hagan objetivamente muy distinto el momento actual de las olas precedentes. Pero siendo así, hay que contar con un elemento fundamental, el paso del tiempo.

Dos años al límite han hecho mella en todos los profesionales sanitarios. No es una sensación, aunque basta con escuchar a cualquier compañera o compañero, sino que existe evidencia científica sobre el “machaque” físico y psicológico de los trabajadores sanitarios. Exigidos por la emergencia sanitaria quizá no somos plenamente conscientes del auténtico drama que supone que haya enfermeras replanteándose su vocación, antes inquebrantable, o experimentando el síndrome del “burn out” o estar quemado en el trabajo. El colmo es cuando la saturación y las carencias -esto viene de mucho antes de la pandemia- de la Atención Primaria se traduce en ciudadanos indignados y agobiados por la espera y la incertidumbre que han llegado a increpar a las enfermeras para desahogarse. No cabe mayor injusticia.

Pero no todo son malas noticias, entre todo este maremoto, el Gobierno ha dado muestras de sentido común y ha regulado el precio de los test de antígenos después del abuso que se había producido en las Navidades, cobrando en las farmacias cantidades astronómicas a una población que estaba desesperada por conocer su condición de infectados o no infectados para poder cenar con la familia en sentido extenso. Lo denunciemos el pasado 21 de diciembre y por fin se ha impuesto la cordura para frenar una especulación y escalada de precios inaceptable para un elemento clave en materia de salud pública como son los test.

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

unir
LA UNIVERSIDAD
EN INTERNET

PROMOVIDO POR LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA



Instituto Superior de
Formación Sanitaria
Consejo General de Enfermería



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA



Sumario

Número 361

15-31 Enero 2022

6

Portada

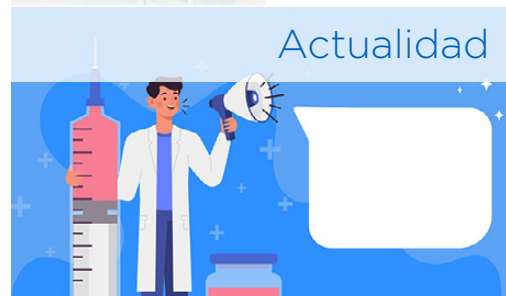
Así funcionan los vacunódromos masivos contra el COVID-19

12

Noticias

El CGE aplaude el control del precio de los test, pero cree que sigue siendo alto

Actualidad



Formación

Perito enfermero, una figura escasa y cada vez más necesaria

26

Entrevista

“Trabajar en UVI móvil exige un marco teórico y experiencia”

28

Un rincón para la reflexión ética

Rafael Lletget: “Hacia un nuevo humanismo enfermero (IV)”

30

Ocio y cultura



36

38

41

Viajes

Camí de Cavalls, un camino que bordea Menorca

Motor

Volkswagen Taigo, para los que huyen de la estética todoterreno

Cine

Harry Potter 20 aniversario, un regalo para quien creció con Harry

45

Estudio descriptivo observacional transversal sobre cultura de seguridad del paciente en urgencias de un hospital

54

Normas de publicación de artículos científicos

Enfermería Científica



Staff

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

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

ENFERMERÍA FACULTATIVA no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones de terceros emitidas a través de esta revista



UN AÑO VACUNACIÓN

**ASÍ FUNCIONAN LOS
VACUNÓDROMOS
MASIVOS CONTRA
EL COVID-19**



ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Vacunar, vacunar y vacunar. Este es el principal objetivo de todas las enfermeras que han celebrado hace dos semanas el primer aniversario de la mayor campaña de vacunación de la historia reciente. Miles de profesionales sanitarios que, a lo largo y ancho de todo el país, hacen posible que España sea uno de los lugares con mayor tasa de inmunización del mundo. Profesionales que se han volcado desde aquel 27 de diciembre de 2020 para lograr frenar el avance del virus y que ahora, con la sexta ola de la pandemia en plena crecida, han demostrado que la vacunación funciona. Con los contagios disparados, los indicadores de pacientes hospitalizados y en unidades de cuidados intensivos, todavía no han alcanzado los peores niveles de la crisis, unos datos muy optimistas, pero todavía lejos de ser la so-

lución definitiva. Más del 90% de los mayores de 12 años ya tienen la pauta completa y un tercio de los niños y niñas de entre 5 y 11 años ya han recibido la primera dosis.

El Wizink Center lleva funcionando desde abril de 2021

Inmunidad de grupo

Unas cifras altísimas, pero todavía insuficientes para llegar a la ansiada inmunidad de grupo. Desde el Consejo General de Enfermería recuerdan que las vacunas están funcionando, que gran parte de los ingresados por COVID-19

son personas que no estaban vacunadas o no tenían la pauta completa y, sobre todo, subrayan que son eficaces contra las nuevas variantes. “Somos un ejemplo de país y nuestras enfermeras y enfermeros también lo son en el resto del mundo. Hemos demostrado unión cuando ha hecho falta y en ningún momento las administraciones han tenido que obligarnos a vacunarnos. Debemos seguir adelante, el 10% de la población que todavía no ha querido acudir a los centros de vacunación debe hacerlo porque de esta crisis sólo saldremos juntos como sociedad”, apunta Florentino Pérez Raya, presidente del CGE.

Hospitales, centros de salud y centros sociosanitarios pusieron su mecanismo en marcha desde el minuto uno, pero fueron muchas las comunidades que habilitaron también gran-

des pabellones como estadios, salas de conciertos o polideportivos para agilizar la vacunación. El Wizink Center, de Madrid, fue uno de los primeros en montarse a partir de abril y todavía continúa sin descanso. Equipos de 40/45 profesionales del SUMMA 112 se encargan cada día de administrar unas 4.000 vacunas (entre primeras, segundas y dosis de refuerzo), incluso en las fiestas navideñas han estado abiertos. El virus no entiende de festivos y las enfermeras han estado y estarán al frente de esta campaña.

También en Navidad

Un gorrito de Papá Noel o unas orejas de reno ayudaban a ubicarse en el antiguo Palacio de los Deportes durante estas fechas tan señaladas. No hacían falta villancicos para saber que las enfermeras que gestionan el centro, las que preparan las vacunas, las que

las administran y las que dan consejos a los ciudadanos, así como el resto de profesionales, imprescindibles en esta cadena, están haciendo histo-

“Podemos estar muy orgullosos del trabajo que realizamos”

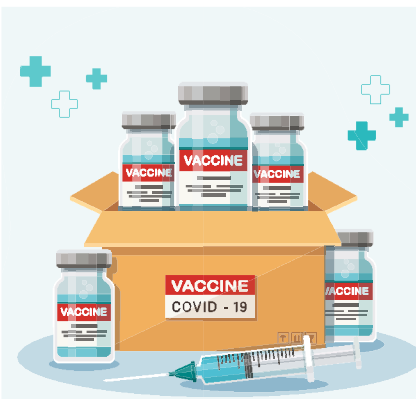
ria. Ellos y ellas, además de todos los que siguen trabajando en centros de salud, sociosanitarios y hospitales para que la atención COVID y no COVID pueda continuar, son el verdadero ejemplo de superación.

“El montaje de este centro ha sido una labor muy importante para la enfermería. El SUMMA 112 se ha reinventado porque somos personal de emergencias y no era el



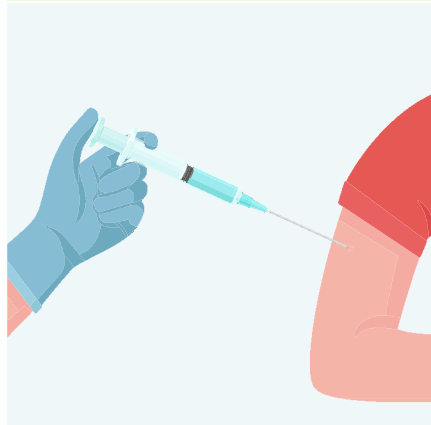
91.150.412

DOSIS ENTREGADAS



86.659.109

DOSIS ADMINISTRADAS



38.144.506

Nº PERSONAS PAUTA COMPLETA



90,4 %

% DE POBLACIÓN MAYOR DE 12 AÑOS CON PAUTA COMPLETA



trabajo al que estábamos acostumbrados. Creo que por parte de todos los profesionales ha habido una gran respuesta, vacunamos mucho, a diario, de día de noche, y podemos estar muy orgullosos del trabajo”, destaca Clara Sarraís, enfermera del SUMMA 112 y coordinadora del punto de vacunación del Wizink Center, de Madrid.

Rezagados

Dosis de refuerzo para los mayores de 40 años, pero también primeras y segundas dosis para los rezagados son la población diana que acude al Wizink en estas semanas. “Esto es un problema a nivel global, no sirve de nada que nos vacunemos algunos si no lo hace el resto. Todavía falta mucha gente por ponerse esas primeras dosis y tienen que venir. Ahora, como piden el pasaporte para viajar, están viniendo. Vemos que la gente que se vacuna ahora no lo hace por una problemática de salud, sino social, porque quieren salir al extranjero y no pueden. También hay otros que han tardado porque tenían miedo y querían ver cómo funcionaban las vacunas”, afirma Fátima Alba, enfermera del SUMMA 112, que lleva desde mayo en uno de los equipos formados para el Wizink.

En este sentido, Carmen Migueles, subdirectora de Enfermería de Urgencias SUMMA 112, pide un poquito de sensatez y hace un llamamiento a todos aquellos que todavía no han acudido a vacunarse. “Yo entiendo el miedo y la incertidumbre de una vacuna nueva, se oyen muchos bulos, pero en esto hay muchos científicos trabajando y se ha demostrado la eficacia de la vacuna. En la Comunidad de



Madrid han disminuido los ingresos y los pacientes en UCI y estamos viendo que muchos de los que necesitan cuidados intensivos son pacientes no vacunados”, apunta Migueles.

Sin parar

Unas 4.000 vacunas preparan las enfermeras en una mesa al final del pasillo donde más de 20 puestos formados por un técnico y una enfermera administran las dosis sin parar. En estos momentos, las vacunas disponibles en el Wizink son Pfizer o Moderna, sin op-

“Nuestras enfermeras son un ejemplo en el mundo”

ción a elegir. La que toca ese día es la que se administra a la población diana. “Aquí en esta mesa reconstituimos las vacunas que se van a administrar; las sacamos de la nevera, donde han estado descongelándose previamente. Una vez que están reconstituídas, cargamos cada dosis de forma individual en su jeringa”, explica Cristina, una de las en-

fermeras que se encarga de preparar las vacunas.

Reacción

Además de los puestos de vacunación, el Wizink cuenta con una sala para posibles emergencias y otra donde, bajo llave, se guardan las neveras con la vacuna. “Tenemos una sala preparada por si existe algún tipo de reacción. Tenemos carro de parada, monitor, medicación, todo preparado para atender urgencias. En este año, hemos atendido mareos, la mayoría provocados por el miedo a las vacunas y no como consecuencia de ellas, también pequeñas reacciones alérgicas y alguna que otra caída en el circuito y en la calle, pero nada grave”, explica Sarraís.

Por otra parte, en la habitación de las neveras se hace un seguimiento constante de temperatura para comprobar que se mantienen correctamente y sólo se van descongelando a medida que se van necesitando.

Centros como este consiguen que la vacunación masiva sea posible y las enfermeras, una vez más, son la pieza clave en estos grandes vacunódromos, imprescindibles para lograr la ansiada inmunidad de grupo.

El CGE aplaude el control del precio de los test, pero cree que sigue siendo alto

RAQUEL GONZÁLEZ. Madrid

En el transcurso de una entrevista al presidente del Gobierno en la Cadena SER el pasado 10 de enero, Pedro Sánchez anunciaba que se regularía el precio de los test de antígenos de autodiagnóstico que se venden en farmacias. Tres días más tarde, se fijaba ese precio máximo: 2,94 euros.

El anuncio inicial fue aplaudido por el Consejo General de Enfermería ya que este organismo venía reivindicando la intervención del precio desde el mes de diciembre, sin embargo, ha lamentado que el

precio máximo sea superior al de otros países de nuestro entorno con un mayor poder adquisitivo.

“El precio es superior al de otros países vecinos”

La reivindicación del Consejo a mediados de diciembre respondía al desmedido incremento del precio de los test en

las farmacias, un incremento con el que algunos sectores pretendían sacar beneficio económico del aumento de la demanda ante la cercanía de las fiestas navideñas. La diferencia de precios del mismo test entre unas farmacias y otras llegó a ser en algunos casos de casi el 200%.

A esto el Consejo General de Enfermería respondió advirtiendo de la necesidad de controlar este mercado y criticando duramente la especulación que estaba teniendo lugar en la antesala de la Navidad.

21 de diciembre de 2021

El Consejo General de Enfermería **DENUNCIA** la diferencia de precios en los test de antígenos en vísperas de Navidad y **PIDE LIMITAR** su coste pa

Ahora, veinte días más tarde y tras el anuncio hecho por el presidente del gobierno, el Consejo se congratula de que este haya por fin decidido intervenir, aunque reconoce que la bajada de precios es insuficiente.

Para el presidente del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya, “no tiene ningún sentido que, en la situación en la que nos encontramos en cuanto a incidencia de casos de coronavirus, los test de antígenos sean utilizados con fines meramente lucrativos. Cabe recordar que desde el principio defendimos que estas pruebas debían realizarse preferentemente los profesionales sanitarios, pero es cierto que tras liberalizarse su venta, hace ya más de seis meses, no tiene sentido que haya quien esté especulando con ello. Las desorbitadas subidas de precios registra-

das a mediados de diciembre hicieron que ya entonces advirtiéramos de la situación y pidiéramos al Gobierno su intervención. Sin embargo, creemos que el precio fijado continúa siendo alto si tenemos en cuenta el de otros países de nuestro entorno”.



Florentino Pérez Raya
presidente del CGE

“No puede anteponerse el beneficio económico a la salud”

En ese sentido, el vicepresidente III de esta institución, José Luis Cobos, ha recordado que “si comparamos el poder adquisitivo y los sueldos que hay en España con los que hay en estos otros países, todavía se hace caro ese precio

de 2,94 euros aquí en España y creemos que se sigue dificultando el acceso de determinadas personas a estos test de autodiagnóstico. Recordemos que en Portugal el precio es de 2,01 euros, en Francia de 1,75 euros, en Alemania de 1,95 euros y en el Reino Unido son gratis. Todavía nos encontramos en una franja muy alta comparados con los países de nuestro entorno”.



Entrevista a Pedro Sánchez. / CADENA SER





Encuentro con asociaciones de enfermería

“Es el momento de salir a reivindicar nuestros derechos”

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

La falta de enfermeras en España, su consideración como trabajadores públicos de un nivel inferior, la desidia política para que se concreten las especialidades de Enfermería, la jubilación anticipada, las 35 horas semanales y la precariedad laboral han centrado el encuentro entre el Consejo General de Enfermería y representantes de distintas asociaciones de enfermeras de ámbito nacional y autonómico. Durante más de dos horas, se han analizado los objetivos y estrategias comunes para combatir los agravios hacia la profesión que cuida de las personas las 24 horas, los 365 días del año y que ha sufrido en la primera línea de la mayor emergencia sanitaria en décadas.

Desde el Consejo General de Enfermería se valora el clima de diálogo que preside desde hace algún tiempo las relaciones entre todos los colectivos que conforman la profesión y se apuesta por

Desde el CGE se valora el clima de diálogo

una lucha coordinada para lograr reivindicaciones históricas y justas desde la unidad y el consenso. Las demandas que han trasladado las asociaciones presentes -de forma

virtual y presencial- son en gran medida compartidas por toda la Organización Colegial de Enfermería.

En la reunión han estado presentes los representantes de diferentes asociaciones como Enfermería Digna —Borja Manzanares y Ángel Valbuena—; Enfermería Madrid Unida, representada por Borja Gutiérrez; Francisco Prieto, de la Plataforma Jubilación Anticipada Voluntaria en Instituciones Sanitarias; Raquel Celador, en nombre de Enfermeras Islas Baleares en Lucha y Alba Rodríguez, por Enfermeiras eventuais en loita de Galicia; además de algunos enfermeros a título particular como el influencer Víctor Aparicio. Por parte del Con-

sejo General han participado uno de sus vicepresidentes, José Luis Cobos y el secretario general, Diego Ayuso, quienes han recogido las propuestas y compartido líneas comunes de acción, como la movilización en las calles, algo que fue planteado en la última Asamblea de la Organización Colegial y recabó un gran apoyo por parte de los presidentes de los colegios de enfermería.

El enfermero de Urgencias del Hospital de Mataró (Barcelona), Borja Manzanares, en representación de Enfermería Digna, ha declarado al finalizar el encuentro que “es un momento en el que tenemos que salir a reivindicar todos nuestros derechos. Estamos muy mal en toda España en todos los aspectos y hay que trabajar juntos para luchar por ello, por cuestiones que nos afectan a todos como el A1, las especialidades, el tema de la jubilación anticipada... El tema del A1 es una falta de respeto hacia las enfermeras, que nos corresponde por los años de dedicación, por la formación continuada y por el nivel de responsabilidad que tenemos en nuestros puestos de trabajo. Estamos hartos de homenajes, de estatuas, de aplausos... de eso no se come. La vocación es muy barata y la profesionalidad se tiene que pagar”.

Desde el CGE se apoya la organización de una gran marcha o concentración para reivindicar una serie de cuestiones que son de justicia -aunque los políticos lleven años o décadas sin tomarlas en serio- y que sin duda será respaldada por la sociedad española, por esos ciudadanos que saben el valor de las enfermeras y su incidencia en la salud de todos y en el sosteni-



miento de un sistema sanitario, fuerte, equitativo y de calidad.

Los pacientes

Por su parte, Borja Gutiérrez, enfermero hospitalario del SERMAS y representante de Enfermería Madrid Unida, asegura que “respecto al A1 los requisitos de formación -cuatro años de Grado más dos de especialidad en el caso de muchas compañeras- y de responsabilidad, que nadie

recemos. Por otro lado, una ratio de pacientes adecuada por supuesto facilita nuestro trabajo, pero sobre todo garantiza la seguridad de los pacientes”.

En la reunión estuvo presente asimismo el enfermero Víctor Aparicio, quien afirma que “hay que hacer un verdadero esfuerzo tanto por parte de la enfermería asistencial como por los que se dedican más a la parte administrativa por aunarnos y juntarnos, de ahí la intención de volver a nuestros colegios y al CGE, porque al final son los estamentos que tienen la capacidad y la potestad de cambiar la realidad que estamos viviendo. Tenemos la enfermería mejor formada y más cualificada de Europa y a la vez somos de las peor tratadas. El CGE se ha comprometido a promover una gran concentración nacional para generar una gran presión ante la Administración Pública. Estamos en un momento histórico en el que las enfermeras tenemos más cosas que nos unen de las que nos separan. Hay que mirar al futuro con una vista mucho más constructiva. Tenemos un enemigo común: el maltrato institucional”, concluye Aparicio.

“Vamos a promover una gran concentración”

pone en duda, los cumplimos de sobra. Una concentración masiva es la mejor forma de que se nos vea a las enfermeras, de que los políticos sepan que estábamos muy mal mucho antes de la pandemia. Esta movilización debe ir de la mano de las instituciones y plataformas como las nuestras, además de sindicatos y otras asociaciones. Deben ver que no nos vamos a cansar de pelear por cosas que nos me-



El CGE pide reforzar la salud mental y visibilizar a las especialistas en esté área

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

La pandemia de COVID-19 que atravesamos tiene consecuencias a gran escala y en todos los ámbitos, pero es patente el incremento de trastornos relacionados con la salud mental que emergen de la incertidumbre, el aislamiento social, la soledad o el miedo. Además, antes de esta emergencia sanitaria ya vivíamos en un país donde los trastornos mentales seguían siendo un tema incómodo y escondido al que el sistema sanitario no puede dar la respuesta que merece. En este contexto, las enfermeras de salud mental se hacen más necesarias que nunca, sin embargo, para gran parte de la sociedad y los medios de comunicación, siguen siendo una figura invisible y desconocida. Su labor, por contra, resulta primordial para el bienestar de los pacientes, ya que garantizan el cuidado y tratamiento de los síntomas, el acompañamiento en el proceso de recuperación —que puede extenderse en el tiempo—, así como en la propia aceptación de la enfermedad y la relación con el entorno más cercano.

Las enfermeras de salud mental se hacen más necesarias que nunca

En un momento donde se disparan trastornos como la ansiedad, la depresión, las adicciones o florecen las ideas suicidas, sin olvidar las nada desdeñables cifras de graves dolencias como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, la presencia de enfermeras especialistas es una necesidad urgente que deben considerar los responsables políticos.

Estabilidad

Resulta preocupante, asimismo, el impacto de la pandemia en la estabilidad emocional de los niños y adolescentes, cuyas vidas interrumpidas desde el punto de vista social en pleno desarrollo de su personalidad también parece que se está materializando en un incremento de los trastornos mentales, según apuntan los expertos.

Asimismo, los medios de comunicación no suelen tener en cuenta a las enfermeras especialistas en salud mental en sus informaciones y se les pide que conozcan más esta labor —discreta y eficaz— como profesionales sanitarios especializados que realizar una labor asistencial de primer orden y hoy en día más necesaria que nunca.

Florentino Pérez Raya, presidente del CGE, asegura que “cuando se habla de salud mental en la sociedad los medios no suele hacerse referencia a la gran labor que reali-

La pandemia de COVID-19 tiene consecuencias a gran escala

zan las enfermeras en este campo, algo que conocen bien los pacientes y los familiares, pero sabemos que hay mucho tabú en torno a este tipo de patologías y ha llegado el momento de hablar claramente de ellas y hacer visibles a las enfermeras que las tratan”. Y añade que “es necesario reforzar esta figura y dar visibilidad a través de los medios de comunicación a la labor de estos profesionales”.





En el árbol del caos

“Mi novela que muestra las urgencias hospitalarias desde una mirada enfermera”

ALICIA ALMENDROS. Madrid

Jesús Alijarde, enfermero en Urgencias del Hospital General de Castellón, ha querido dar a conocer las urgencias hospitalarias desde la perspectiva de la enfermería a través de la novela *En el árbol del caos*. Casi todo el texto transcurre en un servicio de urgencias de un hospital ficticio llamado Nuestra Señora de Lidón. Refleja el trabajo diario de unas urgencias desde la perspectiva de los profesionales, en concreto desde la del protagonista, César Valiente,

y sobre todo desde la de Enfermería. Es una visión muy real del trabajo cotidiano que

“Es una visión muy real del trabajo cotidiana de un hospital”

podría darse en cualquier hospital de España, e incluso del mundo.

¿Cómo surge la idea de escribir una novela como esta?

El motivo principal era contar una historia interesante capaz de atrapar al lector, en la que además se describiera con veracidad cómo se trabaja en urgencias (y por extensión en la sanidad pública actual), intentando de alejarme de tópicos y estereotipos poco reales y reflejando todas las bondades de la enfermería moderna, junto con los sinsabores, y obstáculos a los que nos enfrentamos.



Todo desde una perspectiva enfermera

Así es, aunque quiero precisar que *En el árbol del caos* es una novela narrada desde la perspectiva de la enfermería, de hecho los protagonistas son enfermeros, pero se reflejan todas las profesiones que trabajan juntos en un servicio de urgencias de la forma más real posible, médicos, auxiliares, celadores y otras profesiones, que son al fin y al cabo compañeros que comparten un espacio físico en el que todos son imprescindibles, y que deben cooperar para que el resultado de nuestro trabajo sea el más satisfactorio posible.

También he pretendido explicar por qué hacemos muchas cosas, describir procedimientos y protocolos que sirvieran a estudiantes para aprender, y a la población general a entendernos. De hecho, muchas escenas se podrían emplear en aulas de enfermería como casos clínicos. Pero insisto, no sólo es una descripción del trabajo de los sanitarios, hay una trama, con una intriga que atrapa al lector desde los primeros capítulos, y que le harán seguir toda la narración con un interés creciente.

¿Qué van a encontrar los lectores en ella?

La novela es muy vivencial, sobre todo del protagonista, César Valiente, un enfermero de alrededor de treinta años, que lleva un lustro en urgencias. Está basada en la realidad cotidiana de cualquier servicio de Urgencias de España, e incluso del mundo, con las diferencias que pueda haber entre hospitales, y en este ficticio, el Hospital NSL (Nuestra Señora de Lidón), de una ciudad también ficticia de la costa del mediterráneo. Pero no se queda ahí, el personaje es inquieto

y eso le lleva a seguir unos interrogantes que enlazan a profesionales con pacientes, y algunos antepasados con un antiguo hospital y una clínica madrileña. Una trama que arranca hace un siglo y que llega hasta nuestros días. Tiene una buena dosis de suspense e intriga, y me atrevo a decir que *En el árbol del caos* es una novela que deja poso.

“La trama va de hace un siglo hace un siglo hasta nuestros días”

¿Por qué es importante que las enfermeras estén presentes en novelas, series de televisión...?

Porque si se pretende situar una acción en un hospital o en un centro de salud es absurdo que no haya enfermeras o que su papel sea muy secundario, cuando son protagonistas del día a día de cualquier centro sanitario.

Al escribir *En el árbol del caos* he evitado de forma consciente cualquier victimismo profesional. Es evidente que hay conflictos, no reflejaría la realidad si no los hubiera, pero los choques entre profesionales no están relacionados con la categoría o el cargo, sino con la actitud y el compromiso.

¿Crees que falta más visibilidad de la gran labor que hacéis en el cuidado de los pacientes?

Es evidente que le falta visibilidad de la profesión, y eso es uno de los aspectos que se comentan en el libro. La enfermería es indispensable, y voy

más allá, la atención sanitaria es indispensable en la sociedad en la que vivimos y debe ser potenciada. Si no se dota de los recursos necesarios el sistema se rompe.

Para sufragar los gastos has puesto en marcha una campaña de Crowdfunding en una web de micromecenazgo, ¿cómo se puede participar?

El libro va a ser publicado por NPQ editores, y para sufragar los gastos de la primera edición he puesto en marcha un proyecto a través de la web Verkami. El micromecenazgo consiste en desarrollar un proyecto con el apoyo de muchos colaboradores, que dan una pequeña cantidad de dinero a cambio de una recompensa, en este caso la principal es el libro. Es como la compra por adelantado del ejemplar en papel a un precio reducido, que nos permite hacer frente a los costes con más seguridad. Se pueden hacer aportaciones de 14, 18 y 25 euros, siendo las principales recompensas la entrega del libro y figurar como mecenas en los agradecimientos.



MÁS INFORMACIÓN

<https://vkm.is/arboldelcaos>
<https://www.verkami.com/locale/es/projects/32087-en-el-arbol-del-caos>

¿CUÁLES SON LOS PELIGROS DE LAS DIETAS MILAGRO?

ALICIA ALMENDROS. Madrid

Tras el fin de las fiestas navideñas y los estragos en alimentación que se suelen hacer estos días llega el remordimiento. Un remordimiento que acaba en muchos casos en la realización de dietas milagro para reducir peso de una forma rápida. Pero ¿son seguras estas dietas? Marilourdes de Torres, presidenta del Comité Científico de ADENYD (Asociación de Enfermeras de Nutrición y Dietética) y delegada de Nutrición del Consejo General de Enfermería de España ha hablado con Diario Enfermero para poner encima de la mesa cómo estas dietas milagro pueden ser la causa de alteraciones nutricionales y consecuencias de patologías orgánicas.

“Las estadísticas publicadas revelan que, 1 de cada 4 españoles quiere perder peso; y que 3 de cada 10 niños y 2 de cada 10 adultos, padecen exceso de peso. Cada año se gastan unos 2.300 millones de euros en “productos milagro” para adelgazar que carecen de rigor científico. Tampoco hay evidencia científica en más del 67% de la información nutricional que aparece en libros de “dietas de adelgazamiento”, argumenta De Torres. Y es que no existe ninguna fórmula mágica ni milagrosa para tener una imagen con la “delgadez” que ha fijado la sociedad de consumo. “Algunos medios o industrias se apoyan en publi-

dad engañosa para obtener sus objetivos. Las dietas milagro, usan estrategias variadas y argumentos pseudocientíficos para convencer de sus bondades y con frecuencia se acompañan de mensajes con creencias erróneas. Este tema es capital y hay que reconducirlo mediante la educación alimentaria en casa y en las aulas.

“Desconfía de las dietas que prometen perder peso rápido”

Además de las normas para una alimentación variada que sea saludable, segura y sostenible que mantenga al individuo en un estado de peso y salud equilibrados, nos encontramos con algunas fórmulas de moda que indican cómo se puede adelgazar muy rápido, ...y que se difunden por las redes: Son las dietas “milagro” el método más perjudicial para perder peso y/o moldear la figura”, resalta. “Estas dietas se caracterizan por ser muy restrictivas en energía y desequilibradas en algunos nutrientes. Ya sólo por el hecho de excluir de la dieta alimentos con nutrientes necesarios para el or-

ganismo, aumentan el riesgo de padecer graves repercusiones físicas y psíquicas de salud. Pueden acarrear también algunos desórdenes alimenticios que podrían desencadenar graves trastornos de la conducta alimentaria, ya que, además, se suelen publicitar acompañadas de fármacos o productos “saciantes y adelgazantes” que realmente son diuréticos o laxantes que en-

mascan como “depurativos quemagrasas”, añade.

Actualmente, en el mercado existen dietas como la muy baja o leve valor calórico o hipocalóricas; pobres en hidratos de carbono y ricas en grasas y proteínas; Ricas en carbohidratos, pero sólo los que tienen fibra, con



lo que el exceso impide la síntesis de muchos minerales o vitaminas, además de producir diarrea y crear disbiosis en la microbiota; Mono dietas de un solo grupo de alimentos, sólo proteína, sólo frutas; o sólo plátano y leche; sólo líquidos, sólo potitos que publicitan algunas actrices,...; Pintorescas como la del grupo sanguíneo, la detox, la crono-

dieta, la del chocolate... “Hay que desconfiar de las dietas que prometen perder peso rápido y sin esfuerzo, sugieren una ingesta demasiado baja de calorías; prohíben la ingesta de alimentos básicos; no indican el número de comidas a realizar al día; proponen platos complejos sin especificar la receta, etc. La mayor contraindicación para la salud de estas dietas milagro es que no tienen base científica ni han sido elaboradas por profesionales sanitarios cualificados y expertos en nutrición”, comenta De Torres.

Y, ¿qué ocurre cuando acaba esa dieta? “Al abandonarlas se recupera más peso del que se había perdido y con mucha más facilidad, es otro de los fenómenos perjudiciales más comunes que se asocia al seguimiento de las dietas milagro y le denominamos efecto yoyo o efecto acordeón”, responde De Torres. Por tanto, para perder peso “no hay que traspasar los filtros de la educación en hábitos nutricionales saludables. Las dietas milagro, no sólo no consiguen cambiar los malos hábitos, sino que acentúan los errores y no conllevan adherencia al tratamiento dietético, que es uno de los objetivos específicos de los profesionales para con el paciente”, prosigue.

Las enfermeras tienen un papel muy importante en la educación para la salud y, especialmente en el ámbito de la alimentación y la nutrición. “Las intervenciones enfermeras se centran en promover la educación nutricional y difundirla como instrumento de salud, pres-

tando servicio a la población informando de los perjuicios de las dietas desequilibradas y trabajando especialmente en la formación y la educación. Es por ello por lo que las intervenciones deben ser educativas y pedagógicas ya que suelen afectar a la conducta por mecanismos emocionales e inconscientes; aunque puede suceder que racionalmente no se acepte el mensaje emitido lo que conlleva un adiestramiento nutricional más lento y minucioso.

“La educación nutricional debería ser una asignatura”

La formación dietética, es “Cultura Alimentaria” y “debe ejercitarse con técnicas de aprendizaje que resulten efectivas, aunque mi reflexión es que no siempre se informa y/o se educa, con métodos pedagógicos adecuados a la actitud y a la aptitud del paciente”, argumenta De Torres.

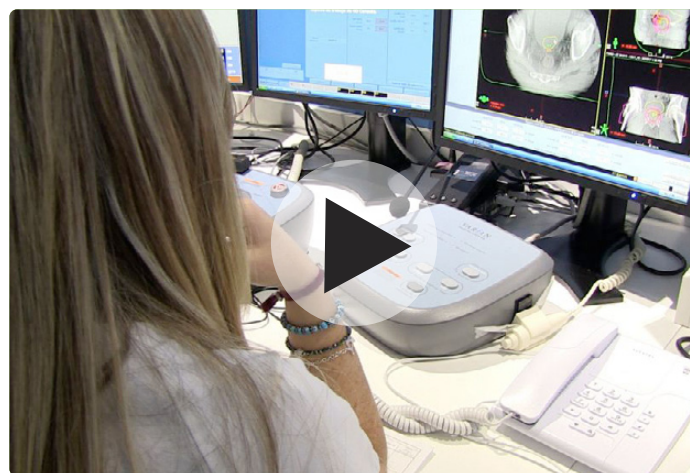
“La educación nutricional en los primeros años escolares debería ser una asignatura curricular no optativa, por lo que se debe promover desde todos los estamentos e instituciones para que se llegue a la edad adulta con el conocimiento suficiente para seguir unos hábitos saludables. Si no se consigue cambiar los malos hábitos, es cuando se acentúan los errores y los planteamientos dietético-nutricionales que, o no tienen soporte científico, o no tienen sentido en personas sanas”, finaliza.



Información y apoyo enfermero para afrontar el diagnóstico de cáncer

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

El diagnóstico de cáncer supone un jarro de agua fría para aquel que lo recibe y para su familia. Con el objetivo de ayudar y apoyar para sobrellevar la situación, las enfermeras tienen un papel fundamental durante todo el proceso de enfermedad. “Tenemos que ayudarlos a entender el proceso por el que va a pasar una vez que le den el diagnóstico. Nosotros en las consultas damos una información más centrada en hechos concretos, en darles consejos puntuales para que puedan manejar las posibles toxicidades en su domicilio”, afirmó Ana Soria, enfermera del Hospital de Día Oncológico del Hospital de Fuenlabrada, durante una jornada de Innovación en Farmacia Oncológica del Hospital de Fuenlabrada.



nocido son dos de los sentimientos a los que se enfrentan desde el primer momento. “Nos preguntan todo, quieren saber qué les va a pasar, si se les va a caer el pelo, qué pueden comer... Dudan sobre cuidados de la piel, ejercicio físico...”, subraya la enfermera.

consecuencias tiene para los pacientes los tratamientos”.

David González, supervisor de Enfermería del Hospital de Día Oncohematológico de Fuenlabrada, subraya lo mismo y es que “la experiencia y la expertía es indispensable para dar un tratamiento de calidad”.

Ayuda

Mención especial deben tener también los familiares o cuidadores, figura esencial en el proceso. “Los pacientes van a necesitar mucha ayuda en muchísimos momentos y nosotros tenemos que dar formación a sus familiares, tanta como a los pacientes o incluso más porque van a ser los que estén con ellos en casa. Hacemos distintos talleres de formación y también a los familiares para que sepan la importancia que tienen”, resalta Ana Soria.

Vuelco en la vida del paciente

Ella reconoce que la primera consulta es difícil. “La vida del paciente da un vuelco y se la ponemos al revés. Nuestra consulta sirve para mitigar esos nervios y para quitarles mucho miedo, darles toda la información que podamos para que no vengan tan asustados cuando les toque enfrentarse a los distintos tratamientos que se les va a administrar”, apunta. Las dudas y el miedo a lo desco-

“Hacemos talleres de formación con ellos y su familia”

Tratamientos

Para ella, contar con enfermeras expertas es imprescindible porque “somos las que podemos responder las preguntas y es necesario que sepamos qué



Un estudio enfermero analiza el manejo de las emergencias en pacientes

ALICIA ALMENDROS. Madrid

Con el título “Manejo de emergencias extrahospitalarias en pacientes con dispositivo de Asistencia Ventricular”, el equipo de enfermería de la unidad de Técnicas de Cardiología de Consultas Externas del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia ha ganado un premio en el Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología.

El estudio analiza la bibliografía relacionada con el manejo de las emergencias en pacientes con dispositivo de asistencia ventricular de larga duración, con el fin de establecer unas recomendaciones sobre la actuación ante una emergencia en pacientes con este dispositivo. “La idea surge de nuestro día a día con estos pacientes. El personal sanitario debe estar instruido para su manejo y en esta nueva tecnología. En nuestro hospital intentamos ofrecer esta formación a todo el personal que, en algún momento, tenga que

ofrecer cuidados a estos pacientes, así como a sus especialistas en medicina de Atención Primaria”, resalta Patricia Conejero, enfermera referente que coordina los Dispositivos de Asistencia Ventricular de larga duración y una de las responsables de la comunicación. “Pensamos en llevar a cabo el trabajo porque obser-

gencias “permitirá una mejora atención a los pacientes fuera del hospital y, sobre todo, evitará demoras y errores en su atención”, argumenta la enfermera.

Los investigadores descubrieron durante el estudio “que, si bien a nivel internacional sí existe un consenso en la actuación ante una emergencia en un paciente con dispositivo de asistencia ventricular, no ocurre de igual manera en España. De hecho, no encontramos mucha evidencia relacionada con el manejo de las emergencias extrahospitalarias en pacientes portadores de estos dispositivos”.

“El papel de Enfermería en el manejo de estos pacientes es muy importante. Ejemplo de ello es que yo misma soy la coordinadora de ‘Dispositivos de Asistencia Ventricular (DAV)’. Esto implica que enfermería está presente en la gestión de casos en estos pacientes”, finaliza Patricia Conejero.

Intentamos ofrecer esta formación a todo el personal

vamos que cada vez hay más pacientes que viven con este dispositivo. Por tanto, vimos la necesidad de formar a aquellos profesionales que primero responderían y/o acudirían ante una complicación en caso de emergencia”, añade.

Así, la formación del personal de los servicios de emer-



Susana Rosell, enfermera del hospital HM Nou Delfos de Barcelona

“Como profesionales tenemos que conocer muy bien la ley de Eutanasia”

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

La eutanasia es un asunto que genera controversia y posturas viscerales y enfrentadas desde el punto de vista religioso, moral o ético. Susana Rosell, enfermera del hospital HM Nou Delfos de Barcelona ha querido abordarlo desde la óptica enfermera y sin juicios de valor en un libro que lleva por título *Memento mori*, una visión diferente sobre la eutanasia y que se puede conseguir fácilmente en plataformas como Amazon.

¿Qué te lleva a abordar un tema como la eutanasia?

Siempre he tenido mucho interés por la gente que sufre, por los cuidados. Llevo 22 años trabajando de enfermera y siempre he tenido mucha empatía con los mayores. Pienso que nos merecemos que, si tal y como llegamos al mundo recibimos muchos cuidados y se nos trata bien, en nuestra última fase de la vida también debemos recibir esos cuidados de calidad y que

se nos considere como personas hasta el último momento. En su día me impactó mucho el caso mediático de Ramón Sanpedro, ese señor gallego que estuvo encamado durante muchos años y finalmente se “eutanasio” tomando un tratamiento. Desde esa época, la eutanasia ha estado en mi forma de ver la vida y cuando salió la propuesta de Ley pensé que era una buena opción empezar a estudiar un poquito qué había en esta ley, por



qué se había aprobado tan deprisa en el contexto del COVID en el que nos hallábamos, cuando hemos visto que mucha gente ha fallecido y en algunos casos no ha habido tiempo de administrar unos cuidados paliativos en condiciones. Ni siquiera a veces tenemos la formación en paliativos y necesitamos esa formación y, en resumen, creí que era el momento de analizar la ley y en ese contexto empezó a surgir la idea del libro.

¿Es diferente el duelo cuando nos encontramos con un enfermo terminal, por ejemplo, en un proceso oncológico, que cuando se produce un fallecimiento repentino por un infarto o un ictus? ¿Qué diferencia aprecias como enfermera?

Cualquier muerte resulta dolorosa para los familiares, evidentemente cuando hay un enfermo terminal y puedes actuar con la familia desde un tiempo antes de que se produzca el fallecimiento, desde que ingresan y ya tienen también una esperanza de vida estimada y saben que va a morir, en esos casos puedes actuar y trabajar el proceso de duelo para que no sea patológico. Pero cuando se trata de una muerte repentina, no da tiempo a hacer eso y todos lo tienen que asimilar de golpe. Con un paciente terminal podemos actuar más como enfermeras, de cara a la familia y de cara al propio paciente, y prepararle para lo que está por llegar, si necesita ayuda a nivel emocional, si necesita expresar lo que siente, pero con un infarto la familia se queda en shock y nuestra forma de actuar es diferente.

¿Por qué dices que *Memento mori* es una



visión diferente sobre la eutanasia? ¿Se trivializa con este tema, hay posiciones demasiado inamovibles?

Lo basé precisamente en no tener una posición ni a favor ni en contra. Es un proceso que ahora es un derecho al que se puede acoger cualquier ciudadano y creo que es importante que como profesionales conozcamos bien esta ley, en qué se basa, qué supuestos tiene etc. Se puede explicar de forma objetiva lo que es, cómo es el proceso, los tipos de eutanasia...

“Con un paciente terminal es más fácil evitar el duelo patológico”

Una herramienta para las enfermeras... La ley se aprobó en marzo y ya hay casos desde hace algunos meses. Se puede solicitar en un hospital pública, privado o incluso en el domicilio. Es algo que nos vamos a encontrar, a veces no queremos verlo, la sociedad tiene a apartar la muerte, la esconde detrás de las paredes

blancas de un hospital, pero es nuestro día a día y conocerlo es importante. Las enfermeras tienen que ver si el paciente está bien informado, si sabe que se puede acoger a esta opción, pero también de la opción de unos cuidados paliativos que existen en toda España. No tiene por qué acogerse a la eutanasia como muerte “digna”. Que por cierto se utiliza mucho este adjetivo, pero cualquier persona que fallezca estando atendido va a ser una muerte digna, no porque se haga una eutanasia la muerte va a ser más digna que la de una persona que fallezca teniendo unos cuidados paliativos de calidad o una sedación. No es más digna una que la otra. Lo importante es informar y que la persona decida, por sí misma si lo puede hacer de forma consciente, y si no lo que recomiendo es que dejen por escrito sus voluntades para que ni el familiar tenga que pasar por el proceso de decidir si se practica la eutanasia en función de lo que él decía en vida, etc. El proceso desde que se decide es de 45 días hasta que se lleva a cabo, pero lo mejor para cualquier persona es saber qué te van a hacer, que opciones tienes y decidir en función de esa información.

Perito enfermero, una figura escasa y cada vez más necesaria

GEMA ROMERO. Madrid

La atención sanitaria puede provocar disputas jurídicas en distintos ámbitos: compañías de seguros, despachos de abogados, juzgados y tribunales.... Pero ¿qué sucede cuando hay implicado algún enfermero? ¿Quién perita si su actuación se ha ajustado a los procedimientos y técnicas enfermeras? La lógica sostiene que esa función debería desempeñarla un perito enfermero. El problema es que en España es una figura muy escasa. Situación que el nuevo curso de experto universitario sobre “Enfermería Pericial”, organizado por el Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS) y que tendrá lugar del 31 de enero al 15 de julio de 2.022, quiere paliar.

Como explica Fernando Ruiz Piñero, magistrado en la

Audiencia Nacional, “un perito es un experto en alguna materia. Es un asesor para otras personas que desconocen la profesión y que requieren entender lo que ha ocurrido en un caso concreto”. El

“El perito establece el nexo causal de las lesiones”

perito sanitario se encarga de establecer “el nexo causal entre las lesiones que sufre una persona por un accidente de tráfico, un accidente laboral, un evento adverso dentro de un centro sanitario o una mala

praxis y las posibles secuelas”, concreta el también director y profesor de este curso.

“La escasez de peritos enfermeros en España es preocupante, pero cada vez son más necesarios”, sostiene Agustín Vázquez, enfermero y presidente de la Asociación de Peritos Enfermeros y Sanitarios. De la peritación sanitaria “hasta ahora se han encargado otros profesionales que conocen el mundo hospitalario, pero no conocen el mundo de la Enfermería, tomando unas competencias que son nuestras”, subraya.

Para dar respuesta a esta demanda, el Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS), ha organizado un curso de experto universitario en “Enfermería Pericial”, con el que los interesados podrán



aprender los conocimientos necesarios para ser un perito especialista en Enfermería, capaz de analizar y valorar las actuaciones sanitarias realizadas para atender a pacientes enfermos o con dolencias y su adecuación a los protocolos clínicos existentes.

Formación semipresencial

Así, a lo largo de 500 horas de formación *online*, con visitas presenciales guiadas a la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional, los graduados o diplomados en Enfermería podrán “aprender los protocolos de atención en Enfermería; conocer la legislación en la materia pericial sanitaria y los fundamentos del seguro; valorar las lesiones que podrían haberse evitado con una adecuada gestión sanitaria; recoger, almacenar, transportar y custodiar pruebas y documentación; así como elaborar, presentar y defender informes periciales relacionados con la práctica de la Enfermería”, ex-



plica Pilar Fernández, directora de ISFOS.

“Debe haber peritos enfermeros en los juzgados”

Para Agustín Vázquez, docente de este curso acreditado por la UNIR y que da derecho a 20 créditos ECTS, se trata de “un mundo apasionante, que te permite explorar una nueva rama de la Enfer-

mería, en la que te alejas un poco del mundo asistencial y pasas a otro más desconocido como es el de la responsabilidad civil, la responsabilidad penal, los juicios, los informes o la ciencia forense”.

Al final, el objetivo es, como sostiene el magistrado de lo contencioso-administrativo, que “los listados de peritos de Enfermería estén a disposición de todos los Juzgados y Tribunales del país, así como de las compañías aseguradoras, los colegios de abogados y todos aquellos profesionales y administraciones que puedan tener relación o interés en la materia”, concluye Ruiz Piñero.



MÁS INFORMACIÓN

<https://www.isfos.com/oferta-formativa/posgrado/experto-en-enfermeria-pericial/>



Victor Concejal, enfermero

“Trabajar en UVI móvil exige un marco teórico y experiencia”

GEMA ROMERO. Madrid

Victor Concejal trabaja en el SUMMA 112 desde hace casi 9 años. Junto a Antonio Pérez imparte el curso de experto de Urgencias y Emergencias de la Escuela de Ciencias de la Salud, sobre todo en temas de soporte vital.

¿Por qué es importante un curso de experto en Urgencias y Emergencias?

La capacitación para trabajar en una UVI móvil es fundamental, no sólo la parte teórica, que debe ser muy potente, sino también el tener un rodaje hospitalario previo, que sería lo ideal para que cuando luego nos enfrentemos a una situación de estrés, una emergencia de verdad, pues el que está en una UVI móvil tiene poca

ayuda de otros enfermeros, porque es el único que va en la ambulancia, necesita un marco teórico fuerte y experiencia previa con pacientes críticos.

Durante el Grado hay poca formación en este ámbito. Enfermería lleva muchos años reclamando la especialidad de Urgencias y Emergencias. Ya que no existe es importante que se solicite a los profesionales un curso de este tipo con formación teórica y práctica.

¿Cuáles son los puntos fuertes de este experto?

Uno de los hechos diferenciales de este curso es que permite compaginar perfectamente con el trabajo, pues tiene parte *online* y parte presencial. A nivel teórico, en la parte pre-

sencial que es la que yo imparto, intentamos que sea muy amena, con mucho caso clínico y al final del módulo, en la parte práctica se incide mucho en todos los conceptos básicos.

¿Un componente práctico es esencial?

Ambos, teoría y práctica son importantes. El alumno en casa, de forma más distendida, más organizada según su disponibilidad, trabaja la parte *online* y cuando acuden al módulo presencial apretamos para que desarrollen todo lo aprendido en la parte teórica.

¿Por qué deben cursar este experto?

Este curso, como el inicio para conseguir ser expertos en esta materia, para introducirse en este apasionante mundo, es muy bueno. Aquí conocerá los distintos soportes vitales en función de la edad, las patologías emergentes y le hacemos ver la realidad de lo que es trabajar fuera de un hospital, pues no tiene nada que ver con el entorno hospitalario. Aquí te pones el mono, el casco y las botas y te metes debajo de un coche a sacar a una persona en una cuneta de cualquier carretera. Le intentamos transmitir nuestra experiencia y transportarle a ese lugar donde va a encontrar a un paciente crítico, que se van a ver muy condicionado por los nervios en los primeros años de su carrera, y luego por el entorno, que es lo que más nos condiciona a quienes trabajamos en extrahospitalaria.



MÁS INFORMACIÓN

<https://www.escuelacienciassalud.com/cursos/urgencias-y-emergencias/>



Experto universitario

Urgencias y Emergencias

2021-2022

INFÓRMATE



Da el paso y transforma TU FUTURO como enfermera



ESCUELA
DE CIENCIAS
DE LA SALUD



Consejo General de Enfermería



Rafael Lletget Aguilar
Enfermero
Máster en Bioética
lletgetaguilar@gmail.com



Hacia un nuevo humanismo enfermero (IV)

En los últimos meses hemos visto, no sin estupor, como algunas administraciones sanitarias se permitían el lujo de prescindir de miles de profesionales. Justo después de tantos aplausos y en un tiempo de crisis que anunciaba el comienzo de esta sexta ola pandémica. Reducción de recursos humanos en un escenario limitado como lo está la sanidad española en comparación con la media europea. Jornadas de trabajo dobles, suspensión de vacaciones, falta de cobertura de bajas, salarios de escándalo incapaces de compensar ni lo más mínimo los niveles de responsabilidad que asume una enfermera ahora y siempre... y esto me hace evocar unas palabras de Dostoyevski cuando afirmaba lo siguiente: *“La tolerancia llegará a tal nivel que las personas inteligentes tendrán prohibido pensar para no ofender a los imbéciles”*.

Cuando uno va llegando a la madurez profesional se da cuenta de que es mucho mejor ser los padres de nuestro futuro que los descendientes de nuestro pasado. Por ello, de alguna manera, quiero plantear la necesidad de un nuevo humanismo enfermero.

Confieso que me ha costado mucho tiempo llegar a esta conclusión. Ahora afirmo que, muchas de esas cuestiones y actitudes que hemos tildado de humanismo enfermero han constituido la excusa perfecta para abusar de una profesión que, a pesar de todo, nunca renunció ni renunciará a encarnar esos principios y valores que le son propios.

Y, llegados a este punto, afirmo también: ¡No puede ser excelente un profesional que no se siente comprendido, escuchado, reconocido y, en definitiva “cuidado” por la sociedad! Una enfermera ha de prestar una asistencia sanitaria de la mayor calidad al paciente, pero para hacerlo, no es menos cierto que también tiene que sentirse tratada como persona. Y la enfermería, afirmo tajantemente, no lo está.

Los responsables de nuestra gestión sanitaria, no solo los políticos, también nuestros propios gestores enfermeros, nuestros representantes sindicales y profesionales tienen que ser muy conscientes de esto. Hay a quien se le entrega un móvil, una tablet, un acceso a un par de redes sociales y tiene la posibilidad además de hacerse un par de selfis al día y, con ello, se cree que ha conquistado el mundo y ya lo tiene todo hecho. Y no es

posible ser buen político, ni buen gestor ni buen sindicalista ni buen presidente de colegio profesional, ni buena supervisora ni directora o director de enfermería si no se es consciente de que cualquier planteamiento ético, deontológico, profesional y cualquier tentativa hoy de verdadera humanización de nuestro sistema nacional de salud no puede seguir tolerando cosas como la que leí hace solo unos días en boca de una compañera de Orense que afirmaba haber firmado 599 contratos en once años.

El humanismo enfermero no puede ser la excusa perfecta para seguir tolerando lo intolerable.



Experto universitario Enfermería pericial

31/1/2022 | 15/7/2022

Descubre el apasionante mundo de la enfermería legal y forense



D. FERNANDO RUIZ PIÑEIRO
Director del curso
Magistrado Audiencia Nacional



INFÓRMATE




Sergio Alonso

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


El Gobierno tropieza seis veces con la misma piedra

Más de 20 meses después de su estallido, la gestión de la pandemia de COVID-19 y la comunicación de esta grave crisis de salud pública en España siguen siendo un auténtico desastre. Lejos de aprender de los errores del pasado, las autoridades sanitarias los repiten uno a uno a medida que se suceden las olas sin que se produzcan ceses ni dimisiones, ante la mirada átona de una sociedad que parece narcotizada con las frías estadísticas de infecciones, ingresos hospitalarios y fallecimientos. Los números han terminado por adormecer finalmente la conciencia colectiva. ¿Qué ha pasado para llegar a tal conclusión? Los mismo que en las cinco anteriores embestidas del virus: primero se ha intentado negar la mayor; después, se ha tratado de vender optimismo; luego, se ha empezado a actuar tarde y, en cuarto lugar, cuando la maquinaria ha comenzado a activarse, cada territorio se ha puesto a hacer la guerra por si cuenta ante la falta evidente de liderazgo por parte del Ministerio. No, España no era una isla en medio del océano revuelto por el patógeno en la Unión Europea, ni tenía inmunidad de rebaño por el “éxito” de la campaña de vacunación, ni cuenta con normas suficientes, por increíble que parezca a estas alturas, para combatir de forma eficiente al coronavirus en el conjunto del país, como demuestra la disparidad del pasaporte Covid. Durante semanas, el Gobierno ha redoblado los mensajes en los que difundía la especie de que aquí no pasaba nada porque éramos los mejores. Esta actitud triunfalista es la mis-



ma que se adoptó en la primera ola, cuando en España no iba a haber como mucho “más allá de algún caso diagnosticado” mientras los médicos italianos relataban la llegada de hordas de enfermos con una especie de neumonía muy rara a sus hospitales. En esta ocasión la postura oficial tiene, sin embargo, más delito. Diversos estudios internacionales alertaban ya de la pérdida de eficacia de las vacunas con el paso del tiempo y el propio Ministerio de Sanidad disponía incluso de uno que se ha guardado muy mucho de hacer público por aquello de no chafar el discurso electoralista de Pedro Sánchez. Mientras en casi toda Europa se multiplicaban los contagios, aquí se alardeaba de haber frenado al virus a base de eficacia. Falso de toda solemnidad, como se está empezando a ver. Ha bastado la llegada de los primeros fríos para que se redoblen los contagios. En breves semanas España estará como el resto del continente y con los deberes a medio hacer. Tal ha sido la imprevisión oficial, que las autoridades sanitarias de todo el país ya se planteaban incluso prescindir de los sanitarios contratados de refuerzo y el propio Gobierno —véanse los Presupuestos— proyectaba —y aún lo hace— recortar el gasto sanitario público en 2022. En este maremagnum de estulticia, empezaron a reactivarse las críticas al Hospital de Pandemias Isabel Zendal ante el escaso número de pacientes que había en sus instalaciones. Un desastre de tomo y lomo, en definitiva, por el que, desgraciadamente, tampoco rodarán cabezas.


DIARIOENFERMERO

El mejor portal de noticias de enfermería y salud


diarioenfermero.es

síguenos en:





X CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HERIDAS

Fechas:
del 17 al 19 de febrero de 2022
Lugar:
Madrid
Más información:
Calle Castelló, 128
7 planta Derecha
28006 Madrid (España)
Tel.: 913 836 000
Email: seher2022@pacifico-meetings.com



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 / 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
<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
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
<https://secpal2022palma.com/>

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>

PREMIO DE INVESTIGACIÓN ENFERMERA "DON ÁNGEL ANDÍA LEZA"

Organiza:
Colegio de Enfermería de Zaragoza
Plazo: 13 de abril de 2022
Dotación: Primer Premio al mejor trabajo de Investigación dotado con 2.000 € y segundo premio dotado con 1.500 €.
Más información:
<https://panelenfermeria.websca.es/Archivos/Archivos%20subidos/BASES%20XIV%20PREMIO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%93N%20ON%20C3%81NGEL%20AND%20C3%8DA%20LEZA.pdf>

I PREMIO DE INNOVACIÓN Y CREATIVIDAD EN LA PRÁCTICA ENFERMERA

Organiza: Colegio de Enfermería de Zaragoza
Objetivo: valorar aquellas iniciativas y proyectos en activo y con una trayectoria no inferior a 6 meses que sean lideradas por enfermeras, basadas en el conocimiento y la evidencia científica, propongan soluciones, estrategias innovadoras en la práctica de los cuidados, en la Educación para la Salud, así como la mejora del ámbito profesional enfermero en los siguientes formatos: Blogs, Apps, Canales de vídeos (YouTube, etc), Páginas webs, etc.
Plazo de entrega:
13 de abril de 2022
<https://panelenfermeria.websca.es/Archivos/Archivos%20subidos/I%20PREMIO%20DE%20INNOVACION%20C3%93N%20Y%20CREATIVIDAD%20ENFERMERA.pdf>



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



Menorca

Camí de Cavalls, un camino que bordea Menorca



A. ALMENDROS. Madrid

Menorca es un territorio singular, una especie de iceberg de naturaleza y sosiego e el corazón del Mediterráneo. En apenas 700 kilómetros cuadrados se concentra un peculiar mosaico natural y paisajístico, lleno de matices y contrastes. Sus dos extremos, de este a oeste, están a 53 km de distancia y en el centro se eleva Monte Toro, con 358 metros de altura. Al norte, una costa hipnótica, agreste y salvaje, de escasa vegetación, con playas e islotes de arena rojiza y oscura. Al sur, unos bellos y envolventes barrancos y la estampa más paradisíaca de calas de arena blanca y aguas turquesas rodeadas de bosques.

Y la mejor forma de descubrir la imponente naturaleza de Menorca es a través del Camí de Cavalls, un itinerario de 185 kilómetros que bordea todo el perímetro in-

Un camino recuperado y señalizado para el uso público

sular atravesando todo tipo de paisajes. Recibe este nombre, "Camino de caballos" por la constante circulación de soldados británicos que a caballo vigilaban la costa en tiempos

de dominación inglesa de la isla. Hoy este camino se ha recuperado y señalizado para el uso público. Recorrerlo al completo, pernoctando en las calas -sin acampar porque está prohibido. Puede ser una propuesta alternativa y llena de aventura con la naturaleza.

El kilómetro cero de este circuito circular está situado en el puerto de Mahón, pero las veinte etapas en que se divide el camino, perfectamente señalizadas con pequeños postes de madera, se pueden descubrir al ritmo y con la intensidad que plazca a cada excursionista: como un simple paseo o como un reto deportivo. Sea cual sea el objetivo, bordear la isla es una experien-

El Camí de Cavalls también se puede recorrer en bicicleta o a caballo, aunque es difícil completarlo porque algunos tramos no están adaptados para estas modalidades. Lo más recomendable es elegir etapas concretas teniendo en cuenta estas limitaciones.

Bienestar

Por la belleza y la calidad de su entorno natural, además de por la tranquilidad que se respira, Menorca se ha posicionado como un excelente destino para practicar el turismo de salud y, más concretamente, el turismo de bienestar. La

La isla reúne los mejores elementos para fografiarlos

cia única para apreciar la inmensa riqueza natural y patrimonial que atesora Menorca en un territorio tan limitado.

isla balear se ha convertido en el lugar perfecto para encontrar el deseado equilibrio físico y psíquico.

Cada vez son más frecuentes y más numerosas las ofertas para viajar a la isla y vivir una experiencia a través del yoga aunando los beneficios de cuidar la mente y el cuerpo con el disfrute del entorno.

El Parque Natural de la Albufera des Grau cuenta con varios recorridos interpretativos para descubrir la riqueza natural de este paraje, considerado el núcleo de la Reserva de Biosfera. También es interesante el itinerario por el circuito botánico de las Pedreres de s'Hostal.

Los amantes de la ornitología encuentran en la isla un destino a su medida para poder observar un gran número de especies en su medio natural. Además la luz de Menorca es especial y los artistas encuentran en la isla espacios de sosiego donde inspirarse y crear. Las residencias de arte son una oferta en auge.

Turismo fotográfico

Menorca reúne los mejores elementos para captar preciosas instantáneas de naturaleza. Cada fotógrafo aporta siempre su mirada y su creatividad.





7 cm más bajo que el T-Cross y 6 cm más bajo que el T-Roc. Siguiendo los cánones estéticos actuales, la parte posterior

La línea R-Line tiene más elementos tecnológicos



queda definida por un conjunto de pilotos LED y una luz LED de unión entre los mismos que cierra todo el conjunto y otorga al Taigo un elemento diferencial dentro de la gama SUV. En su lanzamiento para el mercado español, el Taigo ofrece una selección de tres motorizaciones

distintas: un motor 1.0 TSI de 95 CV asociado a un cambio manual de cinco velocidades y otro TSI de 110 CV con caja de cambios automática DSG de siete velocidades; y dos más para el acabado R-Line: con motores TSI de 110 CV o 1.5 de 150 CV, ambos con cambio automático DSG de siete

velocidades. En esta línea, la más deportiva, encontramos elementos muy premium como el acceso sin llave Keyless Access, los faros LED Matrix, luces ambientales interiores, Digital Cockpit Pro de 10,25 pulgadas, cámara trasera, o llantas de aleación Valencia de 17 pulgadas.

Volkswagen Taigo

Para los que huyen de la estética todoterreno

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

Las fronteras entre los distintos segmentos de coches están más difusas que nunca, sobre todo desde el “boom” los populares SUV o crossover, es decir, coches que parecen todoterreno pero realmente van más por asfalto que por campo. En una vuelta de tuerca al diseño empezaron a florecer hace unos años algunas versiones con la zona trasera más achatada y deportiva. Es decir, un híbrido extraño, pero que acaba siendo muy agradable a la vista. Volkswagen acaba de lanzar al mercado el Taigo, su

primer SUV con tintes de coupé, un modelo esbelto, pero a la vez con la sobriedad y la unidad que caracteriza a los

Es algo más bajo que sus “hermanos” T-Roc y T-Cross

modelos de la marca alemana. Además, en estos tiempos de cierre de algunas factorías, es

de valorar el hecho de que este modelo se vaya a fabricar en España. La caída del portón trasero reduce el maletero que se queda en unos nada despreciables 450 litros, pero encontramos unas medidas generosas. El Taigo se sitúa como el SUV compacto más largo de la marca con 4,26 metros. De hecho, es 15 cm más largo que el T-Cross y 3 cm más largo que el T-Roc, pero derivado de su estética coupé, el Taigo es, de entre los tres SUV compactos, el modelo más bajo con 1,75 metros de altura:





El niño y las infecciones

Autoras: Rosa María Bologna, Juan P. Garrahan y María Teresa Rosanova

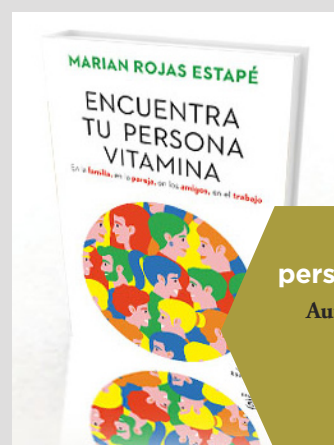


Las consultas pediátricas por temas infectológicos son frecuentes y relevantes durante toda la infancia, desde la etapa neonatal hasta la adolescencia. En este nuevo volumen de las series Garrahan: El niño y las infecciones, se han seleccionado temas específicos, sobre la base de la actualización del conocimiento, los cambios epidemiológicos y de las conductas clínicas ocurridos en los últimos años y la necesidad del manejo adecuado de estas afecciones, ya sea ambulatorio o durante la internación.

Editorial: Médica Panamericana

Estamos diseñados para vivir en familia y en sociedad, relacionarnos y querernos. Nuestra felicidad va a depender en gran medida de la capacidad que tengamos para mantener buenas relaciones con aquellos que nos rodean. Muchos, hoy en día, arrastramos heridas emocionales que nos impiden conectar de forma sana con el entorno. Encuentra tu persona vitamina te ayudará a comprender el vínculo con tus padres, tus hijos, tu pareja, tus amigos y tus compañeros de trabajo a la vez que entiendes tu historia emocional. Porque cuando uno se comprende, se siente aliviado.

Editorial: Espasa



Encuentra tu persona vitamina

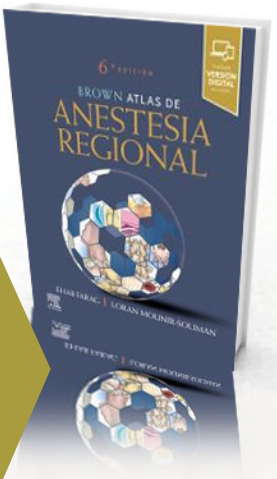
Autora: Marian Rojas

Un prestigioso recurso que describe cada técnica de un modo fácil de seguir, por lo que ofrece una orientación inigualable para la realización de una amplia gama de técnicas de bloqueo nervioso en las distintas regiones corporales. Abarca todos los aspectos de la anestesia regional, como la anatomía, la farmacología de los anestésicos locales, los bloqueos tradicionales y los eco guiados, la anestesia regional pediátrica y los procedimientos para el dolor crónico. Contiene una sección totalmente nueva sobre anestesia regional obstétrica.

Editorial: Elsevier

Anestesia regional

Autores: Ehab Farag, Loran Mounir-Soliman y David L. BROWN



Harry Potter 20 aniversario

Un regalo para quien creció con Harry

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

No existe ni existirá un fenómeno fan como el de Harry Potter en la historia. Y el que diga lo contrario, miente. Ni *Star Wars* ni los propios Beatles. Hace ya 20 años desde que vio la luz la primera película de la saga basada en los libros de J.K. Rowling. Veinte años desde que el joven mago y sus amigos, Ron y Hermione, empezaron a luchar para acabar con el malvado Voldemort. La historia se la sabe todo el mundo, pero esos fans de los que se hablaba al principio siempre quieren más. Y sus deseos son órdenes de la mano de HBO Max, que ha querido “reunir” a varios actores en *Harry Potter 20 aniversario: regreso a Hogwarts*. Hora y media de regalo para todos aquellos niños y niñas que fueron creciendo a la vez que

Harry y sus compañeros y que su mayor deseo en aquella época era que les llegase la carta de invitación al colegio de magia. Esas cartas nunca llegaron, pero ahora, esos niños, que ya han cumplido 30 o más años han vuelto al gran castillo de la mano de los protagonistas de la historia. Ellos y, en muchos casos, sus hijos, sobrinos o hermanos y hermanas pequeñas que cayeron en el fenómeno años más tarde.

Emoción

La vuelta a Hogwarts emociona y sobrecoge. Todo sigue prácticamente igual (los decorados son uno de los grandes atractivos turísticos para los fans en Londres), pero todo es diferente. La vida de los actores y también de aquellos que iban

entusiasmados al cine para ver el estreno más esperado del año no es la misma, ambos han crecido y, por eso, este regreso es tan especial. Un regreso en el que duele saber que los tres actores principales no tuvieron ni un día para juntarse de verdad y la unión tuvo que hacerse finalmente por ordenador, pero que es igual de gratificante. “Nos cambió la vida y durante años fuimos una familia”, dice Emma Watson. De hecho, ella es la que más se emociona durante la hora y media del especial. Ver también a la familia Weasley (a excepción de la madre, que está en tratamiento contra el cáncer), a los Malfoy, Hagrid, Voldemort, Severus Snape o a la carismática Bellatrix Lestrange sin maquillaje pasear por el Gran Comedor, el banco de Gringotts o el despacho de Dumbledore es el regalo que pedían —pedíamos— y que se ha cumplido. ¿Se hace corto? Mucho. ¿Queremos otro especial con los 25 años? También.

VALORACIÓN

★★★★★

“Hora y media que se queda corta”



Una exposición para entender el presente a través de los videojuegos

A. ALMENDROS. Madrid

El juego es una actividad esencial en nuestra vida. Nos acompaña en los primeros aprendizajes y define nuestra manera de relacionarnos. Todos somos, de un modo u otro, jugadores y jugadoras y el juego es actualmente un espacio de socialización masivo en gran parte del planeta. De la interconexión de los diferentes sistemas de juego y los aparatos digitales que forman parte de nuestro día a día nace la exposición “*Homo Ludens. Videojuegos para entender el presente*”, una muestra que recoge más de 40 piezas en un entorno interactivo que convierte la propia exposición

en una experiencia de juego en la que los visitantes son los protagonistas.

La exposición, ubicada en CaixaForum Barcelona, parte de una visión antropológica del juego y entiende los videojuegos como su expresión contemporánea más extendida. Pone de relieve cómo los videojuegos trascienden el ámbito estricto del acto de jugar, ya que son una industria, un medio cultural y una propuesta creativa a través de la cual podemos comprender mejor nuestro presente. Youtubers, MMORPG, Demo, AFK, NooB, Grinding... son términos que a golpe de like o

retuit se imponen en un vocabulario común que naturalizamos e interiorizamos creando así un imaginario tecnosocial que se expande cada día.

Diferentes partes

Dividida en seis salas, esta exposición dedica cada una de ellas a un ámbito en el que el ser humano —conscientemente o no— puede relacionarse con el videojuego. Las obras que la componen destacan por su papel central como fenómeno cultural, estético y artístico. El recorrido por las salas empieza mostrando cómo ciertas mecánicas de juego universales perviven en los videojuegos. A partir de esta idea, la muestra pone de relieve los mecanismos subyacentes a la industria y muestra el videojuego como un producto que influye en nuestra forma de trabajar, consumir y amar. Destaca también la aproximación al videojuego como material de creación artística y como lenguaje de creación que desborda los géneros y formatos tradicionales.

MÁS INFORMACIÓN

CaixaForum Barcelona
Av. de Francesc Ferrer
i Guàrdia, 6-8. 08038 Barcelona
De lunes a domingo y festivos,
de 10 a 20 h
<https://caixaforum.org/es/barcelona>



¿Un portátil?, ¿un monitor?, ¿un ebook?, ¿una Tablet?... el híbrido más versátil

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

¿Un portátil?, ¿un monitor?, ¿un ebook?, ¿una Tablet?... el híbrido más versátil David Ruipérez La Feria de tecnología CES de Las Vegas es la primera gran cita del año del mundo de la tecnología y los videojuegos y ASUS no ha querido desaprovecharla. La marca taiwanesa ya cuenta con algún portátil con una pantalla auxiliar muy útil en la zona del teclado, como el Zenbook PRO Duo, una apuesta arriesgada pero que multiplica las posibilidades de trabajo y ocio. Sin embargo, siempre se puede ir más allá y la última presentación ha alumbrado un dispositivo muy singular. Tenemos una especie de pantalla que se dobla sobre sí misma como un

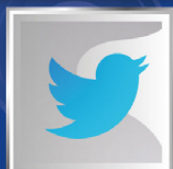
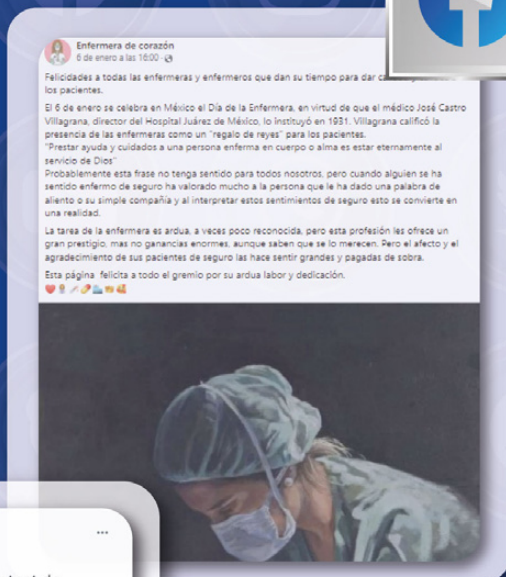
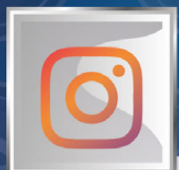
libro. Recuerda a los nuevos teléfonos Galaxy Fold de Samsung pero en grande y con unas especificaciones de primer nivel. Se puede abrir como un portátil y usar un teclado virtual o expandir co-

Es muy potente y cuenta con resolución 2K

mo un monitor digno de 17 pulgadas —OLED con calidad 2K— con una calidad y nitidez de colores espectacular. Su “cerebro” es un procesador Intel de última generación de la familia i7, así que

la potencia está asegurada, además tiene 1 Tb de almacenamiento y 16 gigas de memoria RAM. Cuenta con un sistema de sonido Dolby ATMOS, cámara de 5 megapíxeles para las videoconferencias, un teclado externo que promete una experiencia sin igual a la hora de escribir y un diseño elegante. Un detalle curioso es su cámara de infrarrojos que bloquea el ordenador cuando el usuario se levanta de la mesa —a por un vaso de agua por ejemplo— y se reactiva automáticamente cuando nos volvemos a poner frente a él. Se desconoce todavía el precio, pero obviamente no va a ser contenido por las novedades que incorpora.

LO + VIRAL



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 15

16-31 ENERO 2022



SUMARIO

Estudio descriptivo
observacional
transversal sobre
cultura de seguridad
del paciente en
urgencias de un
hospital

46

Estudio descriptivo observacional transversal sobre cultura de seguridad del paciente en urgencias de un hospital

María Isabel Calvo-Cuello¹, Patricia González-Bañares², Delia M González-de la Cuesta³

¹ Enfermera. MHS. Diplomado Salud Pública. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. orcid.org/0000-0001-9715-3019

² Enfermera. Diplomado Salud Pública. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. orcid.org/0000-0002-3004-9556

³ Enfermera. MHS. Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. orcid.org/0000-0003-4021-1171

Autor para correspondencia:
maribelcalvo@outlook.com

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción sobre cultura de seguridad del paciente de los profesionales sanitarios de un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel, compararlo con otros hospitales nacionales y describir sus fortalezas/ debilidades.

Métodos: Estudio descriptivo observacional transversal para conocer el nivel de cultura de seguridad de los profesionales sanitarios, utilizando la encuesta "Hospital Survey on Patient Safety Culture versión 2.0 de la Agency for Healthcare Research and Quality". El análisis de los datos se realizó con el programa JAMOV 1.1.9.0 y con la herramienta ofrecida por el Ministerio de Sanidad.

Resultados: La tasa de respuesta fue del 59%: personal de enfermería (74,3%) y médicos adjuntos (25,7%). Todos ellos llevaban más de tres meses en el servicio de urgencias y en contacto directo con los pacientes. La media de edad fue de 41±9.86 años. El 72,3% eran mujeres y el 27,7% hombres. Un 26,7% manifiesta que ha recibido formación específica en seguridad del paciente. De las doce dimensiones estudiadas, se valoraron como potenciales de mejora: "dotación de personal" (71%), "trabajamos bajo presión" (86%) y "apoyo de la gerencia" (54%), y como área fuerte fue "trabajo en equipo en la unidad" (64%).

Conclusión: La percepción global sobre cultura de seguridad es "aceptable". Los médicos y el personal de enfermería coinciden en los potenciales de mejora (presión asistencial, falta de personal y poca implicación de la Dirección en la seguridad del paciente). Como fortaleza destaca el trabajo en equipo.

Palabras clave: Urgencias, Seguridad del paciente, AHRQ, Cultura de seguridad, efectos adversos.

INTRODUCCIÓN

Toda actividad humana comporta un margen de error, y la asistencia sanitaria no es una excepción. Los eventos adversos (EA) en este ámbito no son sólo fruto de los fallos humanos, sino que también, como acertadamente explica Reason (1), se producen por una interacción de sistemas complejos y fallos latentes en el sistema (2).

Por este motivo, es fundamental fomentar una adecuada cultura de seguridad del paciente (SP), entendida como una suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el compromiso de la gestión de la seguridad en la atención y en el cuidado del paciente (3).

Su medición va a permitir identificar cuáles son las debilidades del sistema, de manera que se pueda implementar estrategias de mejora y contribuir así a optimizar la calidad asistencial y reducir los eventos adversos y los costes asociados (2).

En el estudio EVADUR realizado en 2010 (4), se determinó que el 12% de los pacientes que en España acuden a un servicio de urgencias sufren algún tipo de EA. Esto está condicionado, entre otros, por factores como el estrés, la fatiga, la falta

de experiencia de los profesionales, la complejidad de los pacientes y la sobrecarga asistencial (5). En este sentido, en el año 2019, el Servicio de Urgencias General del hospital a estudio, fueron atendidas un total de 139.561 urgencias distribuidas en los siguientes niveles de gravedad: nivel I: 303, nivel II: 22.948, nivel III: 64.660, nivel IV: 46.209 y nivel V: 5.441, según datos cedidos por la unidad.

El alcanzar una cultura sobre seguridad adecuada, se menciona como la primera de las "30 prácticas seguras" por "National Quality Forum" de Estados Unidos, que además establece su medición como una recomendación capital. Por otra parte, la publicación del documento "La seguridad del paciente en siete pasos" por "National Health Service" (NHS) (6) establece como primer paso el construir una cultura de seguridad (CS). Ello es así ya que una buena cultura sobre seguridad del paciente es clave para evitar en lo posible la aparición de EA, fomentar la notificación y aprendizaje de los errores e implantar las estrategias para evitar su repetición (7).

Desde la publicación del informe "To err is human", los sistemas sanitarios se esfuerzan por llevar a cabo acciones que promuevan la seguridad del paciente (7). En nuestro país y dentro del área "Promover la excelencia clínica" del plan de ca-

lidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) se establece como uno de los objetivos de la estrategia la "Mejora de la seguridad del paciente" promover y desarrollar una CS del paciente entre los profesionales y, como proyecto de acción, estudiar la percepción de los profesionales hacia la SP (8).

Hoy en día, el empleo de cuestionarios como herramienta para medir el clima de seguridad en el ámbito sanitario ha demostrado su utilidad para hacer que los sistemas sanitarios sean más seguros. Una organización con una actitud proactiva hacia una CS positiva resulta eficaz para mejorar la SP (2).

Hoy en día, el empleo de cuestionarios como herramienta para medir el clima de seguridad en el ámbito sanitario ha demostrado su utilidad para hacer que los sistemas sanitarios sean más seguros. Una organización con una actitud proactiva hacia una CS positiva resulta eficaz para mejorar la SP (2).

De entre todas las encuestas existentes, la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la "Agency for Healthcare Research and Quality" (AHRQ) se ha utilizado con este fin en diversos estudios y ha sido adaptada al castellano por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) en colaboración con la Universidad de Murcia (9).

El presente estudio tiene como objetivo general conocer la percepción en cuanto a cultura de seguridad de los profesionales sanitarios (Médico Adjunto, Enfermeras y Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería-TCAE) de un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. Los objetivos específicos son: 1) Determinar el grado de cultura de seguridad que tienen los profesionales sanitarios según las categorías profesionales del servicio de Urgencias; 2) Comprobar la influencia de las diferentes variables sociodemográficas a estudio en la cultura de seguridad; 3) Describir el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades; y 4) Comparar la situación de este servicio de Urgencias con la media Nacional.

Con los resultados obtenidos, se determinarán las fortalezas y debilidades, y oportunidades de mejora del servicio de urgencias.

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional transversal realizado mediante cuestionario autoadministrado, validado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en colaboración con la Universidad de Murcia (Adaptación del cuestionario "Hospital survey on patient safety culture" versión: 2.0) entre el 1 de junio al 20 de julio del 2020, dirigido a profesionales del servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel del SNS.

Este cuestionario consta de 43 ítems agrupados en 12 dimensiones. Las respuestas son tipo Likert con valores de 1 a 5, según el grado de acuerdo o desacuerdo en cada ítem (Tabla 1).

Los datos se agruparon en tres categorías siguiendo la metodología desarrollada en la herramienta del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (respuesta positiva, neutral y negativa) (9).

Se recogieron datos sociodemográficos como: edad (en años), sexo, tiempo de trabajo en el servicio de urgencias, categoría profesional, tipo de contrato y formación específica en seguridad del paciente.

La población a estudio fueron los profesionales: médicos adjuntos, enfermeras y TCAE del servicio de urgencias. Se trataba de un total de 287 profesionales, divididos en las categorías: médicos adjuntos (50), enfermeras (145) y TCAE (92).

Los criterios de inclusión fueron: profesionales médicos adjuntos y de enfermería (englobamos aquí a enfermeras y TCAE) en ejercicio activo y participación voluntaria.

Los criterios de exclusión fueron: tiempo trabajado en urgencias menor de 3 meses en el último año y estudiantes o personal profesional en formación (MIR, EIR).

Las encuestas se distribuyeron del 1 de junio de 2020 al 20 de julio de 2020. Se dejó un margen de tiempo amplio debido a la situación excepcional marcada por la COVID-19, y la carga asistencial que esto supone en un servicio de urgencias.

El análisis de los datos se llevó a cabo con el programa JAMOV 1.1.9.0 para la descripción de las variables sociodemográficas. Las variables cuantitativas se presentarán con medias

TABLA 1

Dimensiones de la encuesta HSOPS/AHRQ. Elaboración propia

Dimensión 1	Percepciones globales de seguridad
Dimensión 2	Frecuencia de notificación de incidentes
Dimensión 3	Expectativas y acciones de los jefes inmediatos para promover la seguridad
Dimensión 4	Aprendizaje organizacional-mejora continua
Dimensión 5	Trabajo en equipo en la unidad/servicio
Dimensión 6	Comunicación franca
Dimensión 7	Comunicación y feedback sobre errores
Dimensión 8	Respuesta no punitiva frente al error
Dimensión 9	Dotación de personal
Dimensión 10	Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
Dimensión 11	Colaboración entre unidades y servicios del hospital
Dimensión 12	Transmisión de información durante traslados y cambios de turno

y desviación estándar, y las de tipo cualitativo con frecuencias y porcentajes. Los resultados de la encuesta se analizarán según la herramienta ofrecida por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en su página web en abierto.

Este estudio se presentó al Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón (CEICA), con código PI20/172 obteniendo un informe favorable.

Se aseguró a los participantes la confidencialidad en el tratamiento de sus datos. Las encuestas se codificaron con una combinación de números y letras en su parte superior para asegurar el anonimato. Se recogieron los resultados en formato Excel con dichos códigos de forma que en el análisis no pudiera ser identificado ninguno de los participantes.

Dichas encuestas fueron depositadas en sobres que se localizaron en el cuarto de firmas del personal de enfermería y en el despacho médico ubicado en la zona de Vitales del servicio de Urgencias. Las encuestas pudieron ser depositadas en cualquiera de dichos sitios indistintamente a la categoría profesional.

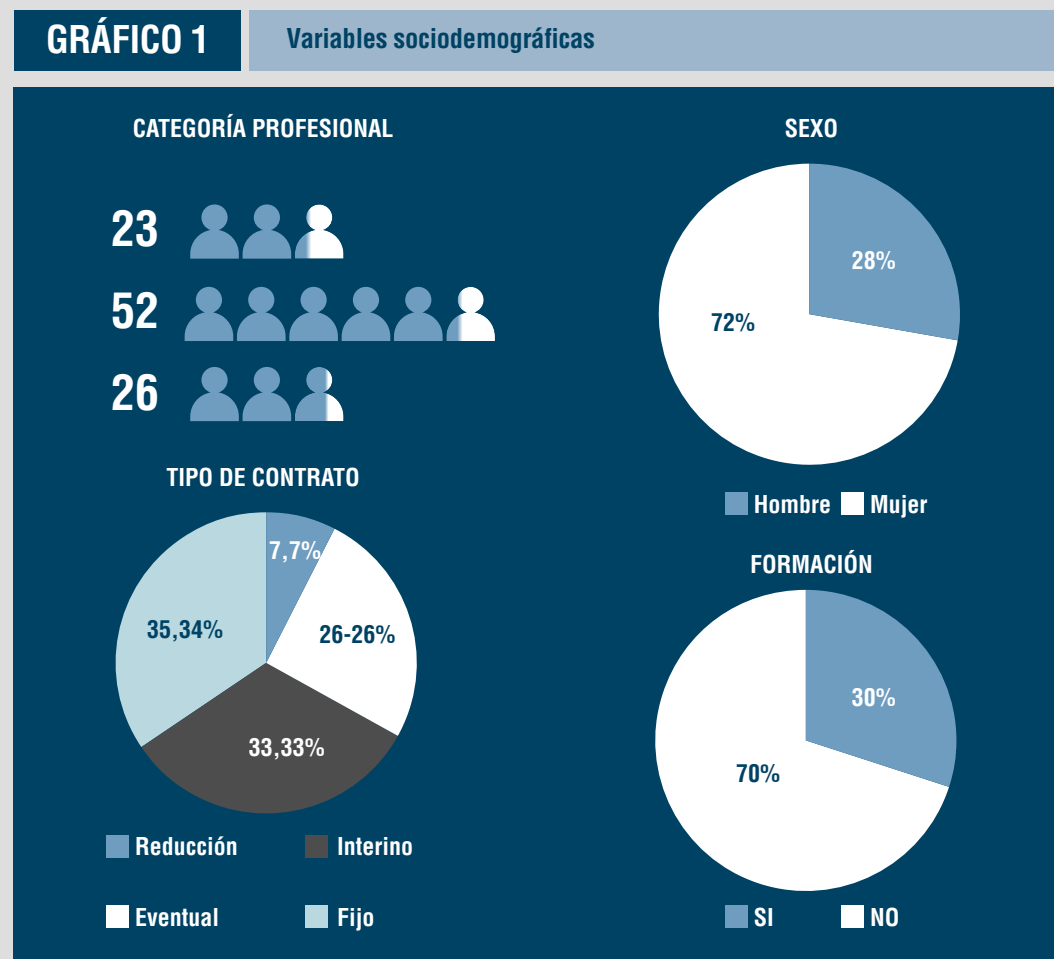
RESULTADOS

La tasa de respuesta fue del 59%. Se cumplimentaron 115 encuestas. Se excluyeron 10 encuestas que estaban mal cumplimentadas (marcadas más de una respuesta en la misma pregunta o con tres o más ítems sin contestar) y 4 encuestas que no cumplían los criterios de inclusión, puesto que, en ellas, esos profesionales tenían menos de tres meses de experiencia en el servicio de urgencias, quedando al final 101 encuestas válidas.

El 100% de los profesionales encuestados manifestaron estar en interacción directa o en contacto con los pacientes.

El estamento que más contestó fue el personal de enfermería (Enfermeras y TCAE) con una tasa de respuesta del 74,3% (51,5% y 22,8% respectivamente) y el 25,7% restante corresponde al personal médico adjunto. La media de edad fue de 41±9.86 años, el Rango de 23-63 años por lo que se puede decir que la muestra es bastante homogénea en un grupo de edad comprendido entre 30 y 50 años. El 72,3% eran mujeres y el 27,7% hombres. Según el tipo de contrato, se divide el personal en 25,7% eventual, 32,7% interino, 34,7% fijo y 6,9% con reducción de jornada. Un 26,7% manifiesta que ha recibido formación específica en seguridad del paciente, frente al 73,3% que no la ha recibido.

Los datos referentes a las variables y dimensiones se expresan en porcentajes en los informes de la AHRQ por lo que seguiremos esta metodología a la hora de valorarlas en este trabajo (Gráfico 1).



Clasificando los resultados según las dimensiones de la encuesta encontramos que en percepciones globales de seguridad (dimensión 1), el 49% de los encuestados creen que la seguridad del paciente se compromete por hacer más trabajo y el 52% piensa que "sólo por casualidad no ocurren más errores en la unidad".

En cuanto a la frecuencia en la notificación de sucesos que pudieran dañar / afectar al paciente (dimensión 2) entre el 43-51% responde que "a veces" es notificado.

En la dimensión 3: "Acciones y medidas preventivas de los jefes inmediatos para promover la seguridad del paciente" el 57% considera que cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior/jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad del paciente" y un 63% que "mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez".

En la dimensión 4 "Aprendizaje organizacional-mejora continua"; se cree que no hay actividades para mejorar la seguridad del paciente (43%), si hay un fallo sí se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir (41%) pero se desconoce la efectividad de esas medidas (50%).

Según la dimensión 5 "Trabajo en equipo en la unidad/servicio" el 64% considera que "el personal sanitario se apoya mutuamente" y un 59% que "cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros."

En la dimensión 6 "Comunicación franca y abierta en la unidad", el 53% dice que puede comentar libremente incidentes y que no tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no está bien (55%).

En "comunicación y feedback sobre errores" (dimensión 7) la percepción es que no se sabe si hay información sobre los cambios realizados (52%), y no hay información sobre los

errores cometidos (42%). Y en la dimensión 8 "Respuesta no punitiva al error", no hay percepción sobre ello.

En la variable "Dotación de personal" (dimensión 9), el 71% considera no tener suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, el 53% cree que hay "más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente" y el 86% considera que "frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente".

En cuanto al "Apoyo de la Gerencia del hospital en la seguridad del paciente" (dimensión 10), un 54% considera que la "Dirección sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre el suceso".

Respecto a la dimensión 11: "Colaboración entre las unidades y servicios en los centros" un 54% del personal sanitario opina que "los servicios y unidades del hospital no se coordinan bien entre ellos".

Por último, en la dimensión 12 "Transmisión de información durante traslados y cambio de turno" el 57% considera que "la información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro". (Tabla 2).

Cabe destacar como Área Fuerte en el personal Médico Adjunto con una respuesta positiva del 76% que "el personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad".

Se realizó el análisis estadístico utilizando el programa JAMOV 1.1.9.0 para la descripción de las variables sociodemográficas y se planteó, dada la herramienta empleada para el análisis de la encuesta, ver si la categoría profesional enfermera con la categoría profesional médico tenían una percepción igual o diferente en relación a cultura de seguridad.

De los resultados de la encuesta por categoría profesional, se agruparon las respuestas en las secciones A, B, C, D, F y G.

TABLA 2		Porcentaje de respuestas contestadas por el personal de Enfermería y Médicos Adjuntos de una manera negativa para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. Potenciales de mejora
Variables contestadas por Personal de Enfermería		%
Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente		87
Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo		71
La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro		65
Los servicios y unidades del hospital no se coordinan bien entre ellos		63
Solo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad		61
La Dirección del hospital solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso		53
En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes		52
La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo		51
Variables contestadas por Médico Adjuntos		%
Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente		87
Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo		71
La Dirección del hospital solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso		55
La Dirección del hospital promueve un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente		53
Las acciones de la Dirección del hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria		50

Para realizar el análisis estadístico, primero se tuvo que realizar prueba de normalidad, para aplicar una prueba paramétrica o no paramétrica.

En las respuestas de las secciones A, B, D y G, se utilizó el test de Kruskal-Wallis, ya que no se asumía normalidad en ellas y se compara una variable cuantitativa con una variable cualitativa de dos categorías (médico/enfermera). Para las respuestas de las secciones C y F, aplicamos la T-Student, ya que se asume normalidad, comparando la variable cuantitativa con una cualitativa de dos categorías (médico/enfermera).

Se vio diferencia estadísticamente significativa en el caso de la sección A (área/unidad de trabajo), B (sobre su jefe/supervisor) y C (comunicación).

Como valoración general sobre seguridad del paciente el personal sanitario consideró "Aceptable" el grado de seguridad del paciente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio proporciona información descriptiva acerca del clima de seguridad del paciente en la organización e identificación de los problemas, puntos fuertes y debilidades en seguridad. Como se pone de manifiesto en los estudios de Tomas S et al (12), hay una gran preocupación porque la cultura de seguridad del paciente se asiente en los servicios de urgencias con diferentes iniciativas, uno de ellos fue la iniciativa SEMES Seguridad Paciente (13,14), donde a través de un trabajo en red, con responsables de referencia de seguridad se trataba de impulsar estas medidas en beneficio siempre del paciente.

En este caso se ha empleado para medir la cultura de seguridad, la versión española del cuestionario HSOPS/AHRQ (15), el cual tiene un riguroso desarrollo psicométrico en cuanto a su construcción y validación. Aunque presenta algunos incon-

venientes; como su extensión, que es autoadministrado, que su cumplimentación conlleva bastante tiempo, lo que puede contribuir a una baja tasa de respuesta, incrementado también por las circunstancias en las que nos encontrábamos durante la entrega de encuestas debido a la pandemia mundial ocasionada por la Covid19 y ante la situación de incertidumbre en la que se encontraban los profesionales sanitarios del servicio de urgencias, por lo que es posible que los resultados que se obtuvieron se encuentren sesgados dada la alta sensibilización de los profesionales sanitarios.

La percepción global sobre la cultura de seguridad del paciente en un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel, con una elevada carga asistencial, es "aceptable". Esta valoración coincide con otros estudios llevados a cabo en servicios de urgencias hospitalarias (6,7,10).

En esta ocasión, los médicos adjuntos y el personal de enfermería coinciden en sus apreciaciones en cuanto a la presión asistencial, la falta de personal y la poca implicación de la Dirección/Gerencia en la seguridad del paciente; siendo los médicos más críticos en cuanto a la intervención de los equipos de Dirección y las enfermeras aprecian una mayor falta de seguridad directamente relacionada con el cuidado del paciente (falta de coordinación entre unidades y pérdida de información en los cambios de turno).

Se identificaron dimensiones que son bien valoradas por ambos como que el personal sanitario se apoya mutuamente y trabaja en equipo, siendo un área fuerte en el personal médico (Gráfico 2).

Clasificando los resultados según las dimensiones de la encuesta y comparándolos con la media nacional realizada en 2012, en la que participaron 9 Hospitales españoles (14); podemos decir que el hospital a estudio tiene una percepción bastante más negativa en la mayoría de las dimensiones, aunque está de acuerdo en los principales potenciales de mejora. Si comparamos con otros servicios de urgencias, como en el estudio "Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español", (Emergencias 2011), el resultado sigue la misma tendencia tanto en los puntos fuertes como en los potenciales de mejora (Gráfico 3).

Se puede decir que la situación es similar a las reflejadas en otros estudios (17,18), durante el tiempo transcurrido entre ellos, por lo que no ha cambiado esta percepción, lo que muestra la escasa implicación en cultura de seguridad del paciente existente por parte de la Dirección de los hospitales y/o profesionales sanitarios.

Un aspecto importante que se debería tener en cuenta en este proceso es la medición y posterior información periódica a

GRAFICO 2

Gráfico radial compartivo de las dimensiones de seguridad del paciente entre los resultados de la encuesta AHRQ 2012 y los de la encuesta del hospital estudio 2020

Dimensiones: 1. Percepciones globales de seguridad. 2. Frecuencia de notificación de incidentes. 3. Expectativas y acciones de jefes inmediatos para promover SP. 4. Aprendizaje organizacional- mejora continua. 5. Trabajo en equipo en la unidad. 6. Comunicación franca. 7. Comunicación y feedback sobre errores. 8. Respuesta no punitiva frente al error. 9. Dotación de personal. 10. Apoyo de la gerencia del hospital en SP. 11. Colaboración entre unidades. 12. Transmisión de información durante traslados y cambios de turno.

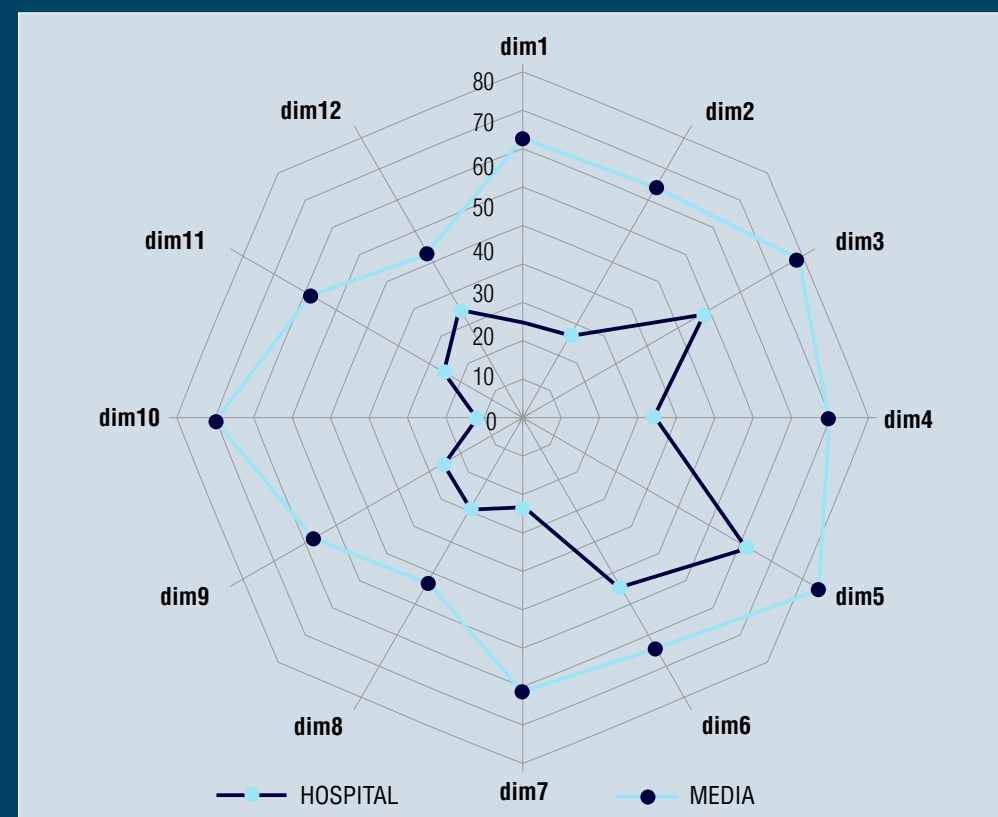


GRAFICO 3

Puntuación de la Percepción de Enfermeras y médicos en cada dimensión de seguridad. Fuente: Elaboración propia



los profesionales de los resultados alcanzados y acciones de mejora para lograr su implicación máxima en un tema tan importante como es la de mejorar la CS del servicio, beneficioso no tan sólo para el paciente sino para los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320:768-70.
2. Mella Laborde M. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. 2018. [Internet] consultado febrero 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10004>
3. Mir-Abellán R, Falcó-Pegueroles M, De la Puente-Martorell ML. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. 2017 [INTERNET] Consultado febrero 2020. Disponible en: <http://101016/j.gaceta.2016.07.019>
4. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005 Informe febrero 2006. Ministerio de Sanidad y consumo. [Internet] Consultado noviembre 2020. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
5. Estudio sobre seguridad de los pacientes en atención primaria de salud APEAS. Ministerio de Sanidad y consumo. [internet]. Consultado noviembre 2020 Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
6. Tomas S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo. T. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias 2010; 22: 415-28.
7. Jaraba Becerril C, Sartolo Romeo MT, Villaverde Royo V, Espuís Albas L, Rivas Jiménez M. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. An.Sist.Sanit.Navar. 2013;36 septiembre-diciembre (3).
8. National Patient Safety Agency. Siete pasos para la seguridad del paciente. [internet] informe. Consultado febrero 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete_pasos_seguridad_paciente.pdf.
9. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington D.C.: National Academy Press; 1999.
10. Roqueta E, Tomás S, Chanovas M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Emergencias 2011;23: 356-64
11. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española adaptada de Hospital Survey on Patient Safety. [Internet] Consultado febrero 2020. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/percepcion-opinion/2005/7>.
12. Tomas S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. Emergencias 2012; 24: 225-33.
13. Tomas S, Gimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 (Supl. 1): 131-48.
14. Requena Puche J, Aranaz Andes JM, Gea Velázquez de Castro MT, Miralles Bueno JJ, Limón Ramirez R, Rey Talens M et al. Efectos adversos asociados a asistencia sanitaria en los servicios de urgencias hospitalarios. Mapfre Medicina. 2007; 18 (supl2): 89-97.
15. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo 2005. (Consultado 12 abril 2021). Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
16. Fidsp. Una década del estudio EVADUR. [internet] consultado enero 2020. Disponible en: <https://fidisp.org/una-decada-del-estudio-evadur/>
17. Da Silva Gama ZA, de Souza Oliveira AC, Saturno Hernández PJ. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Rev Cad Saúde Pública. 2013. Rio de Janeiro;29(2):283-93.
18. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boormeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care. 2008; 17:216-23.



E C ENFERMERÍA CIENTÍFICA

Dale un nuevo recorrido a tus artículos científicos

Publica en Enfermería Científica,
nueva sección de ENFERMERÍA FACULTATIVA

Máximo 6 autores
Hasta 3.000 palabras
Se admiten artículos ya publicados

Envía tu artículo a : instituto@consejogeneralenfermeria.org

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.

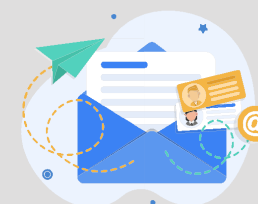
El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todas las personas autoras en la que declaren que son ciertas las afirmaciones que se indican en el siguiente listado:

- 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. 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.

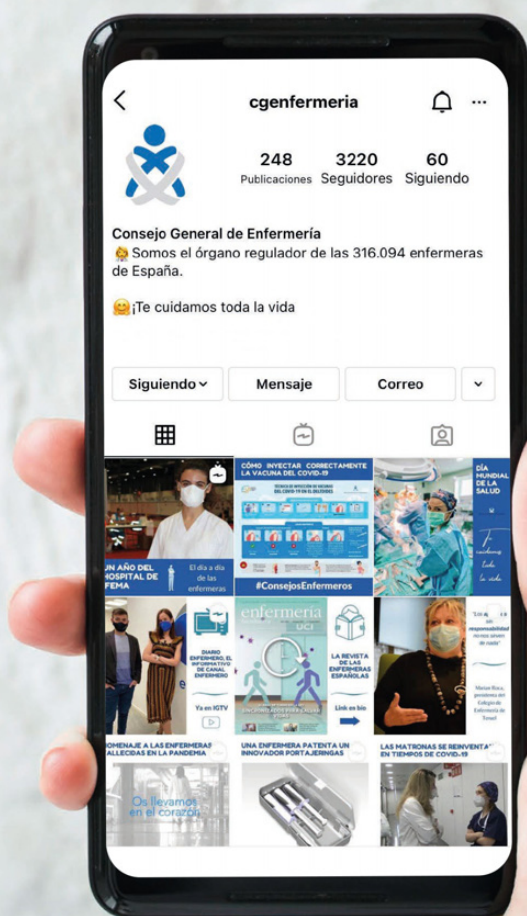
PROCESO EDITORIAL



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

