

LA REVISTA DE LOS PROFESIONALES COLEGIADOS DE ENFERMERÍA

enfermería

facultativa

Año XXIV

Número 350

16 - 31 julio 2021

EL DUELO EN TIEMPOS DE COVID



El CGE potencia los cuidados enfermeros de los pacientes crónicos



Recomiendan a las mujeres embarazadas que se vacunen frente al COVID-19

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

Un tiempo sin ceremonias de despedida

La pandemia es el mar de dolor que ha inundado la vida de las personas que han perdido a un ser querido. En España han fallecido más de 80.000 personas y en el mundo más de cuatro millones, equivalente a la población de países como Croacia o Panamá. Eso teniendo en cuenta que las estadísticas oficiales pueden ser inexactas en muchos casos, es decir, que seguramente el virus se ha cobrado muchas más vidas. De la emergencia sanitaria que vivimos no se ha podido escribir más, ni en prensa ni en revistas científicas, ha monopolizado las conversaciones en todos los ámbitos de la vida, pero la verdad es que la gran reflexión sobre el tema, pensar con calma en lo que vivimos ha sido complicado, porque los acontecimientos se suceden a velocidad vertiginosa, tanto para los ciudadanos como para los profesionales sanitarios. A nivel informativo no importa tanto, a nivel profesional algo más, pero a nivel humano y sentimental es donde los expertos creen que nos espera un mazazo emocional y moral en cuanto salgamos de esta situación indeseable. Porque van a emerger mayores dosis de frustración y dolor, que están enmascaradas por el día a día de un hospital o centro de salud. Luego están las personas que han perdido una madre, una hermana, un tío o un sobrino. La gestión del duelo en los tiempos del COVID-19 se ha hecho lo mejor que se podía, se ha hecho como se podía, pero eso dista mucho de ser la mejor forma de asimilar la muerte de alguien cercano.

No ha habido ceremonias de despedida, ni una mano agarrada hasta el último momento, ni las palabras de perdón tras una discusión que generó un distanciamiento, ni un te quiero, ni un consuelo de ningún tipo. Todas esas carencias emocionales están aflorando y causando mucho sufrimiento. Hay una parte importante de la población que necesita y necesitará ayuda profesional. Y luego están todas las enfermeras que fueron testigos directos de esas despedidas en soledad y que hicieron lo posible por aportar consuelo al que nos dejaba y a los que dejaba en este mundo rotos de dolor. Eso sin contar con las propias pérdidas que ellas pudieron sufrir. Ha habido mucho silencio y muchos sentimientos encerrados, porque no había tiempo de hacerlos aflorar. Debemos seguir unidos y aplacar el sufrimiento de la mejor manera posible y aprendamos la mejor manera de afrontar la muerte en tiempos complicados, porque —ojalá no— quizá tengamos que vivir una experiencia similar en el futuro.

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 350

16 - 31 Julio 2021

Actualidad

6

Portada

El duelo en tiempos de COVID

14

Noticias

- El CGE potencia los cuidados enfermeros de los pacientes crónicos
- Recomiendan a las mujeres embarazadas que se vacunen frente al COVID-19

Legislación

Intrusismo profesional y falsedad en documento público

34

Opinión

¿Dónde están los expertos en los que se apoya Sanidad?

36

Agenda

Agenda y convocatorias

38

Servicios profesionales



42

Publicaciones

Un libro de relatos escritos e ilustrados por sanitarios

44

Cine

Cine al aire libre para el verano

48

Lo + Viral

Influencia de las intervenciones de la asistencia al embarazo y parto en la hiperbilirrubinemia del recién nacido

50

Normas de publicación de artículos científicos

58

Enfermería Científica



Staff

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



EL DUELO EN TIEMPOS DE COVID



CUIDADOS ENFERMEROS EN EL ÚLTIMO ADIÓS

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

La pérdida de un ser querido siempre supone un dolor inmenso para aquellos que tienen que superar su fallecimiento. En estos momentos, en los que el COVID-19, además, ha instaurado la soledad en la vida y muerte de todo el mundo, el proceso de duelo se hace mucho más complicado. Si ya era duro antes, no poder acompañar

o despedirse de familiares, amigos o conocidos lo hace todavía más difícil.

Dar la mano, un beso o poder decir adiós a aquellos que están a punto de morir reconforta, ayuda y consuela enormemente. Pero todo esto desapareció de la noche a la mañana hace ahora 16 meses. Casi año y medio en el que el sistema sanitario se

ha transformado de arriba abajo para frenar la expansión del virus, los profesionales sanitarios han tenido que adaptarse a una situación desconocida para ellos y la población general se ha visto obligada a cambiar drásticamente sus rutinas. El objetivo era común y conseguirlo era asunto de todos. En este largo y duro camino, 492.930 personas fallecieron en España en 2020 (aprox. 81.000 por COVID-19), según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística. Muchos de ellos lo hicieron solos y, con las restricciones de aforo durante los meses más duros de pandemia, las familias tuvieron que reducir al máximo las despedidas en los tanatorios y algunas ni pudieron realizarlas. Sin duda, esta situación ha afectado a la recuperación y a la manera de afrontar el

“Lo vivimos en silencio”

Son miles las familias que han vivido el duelo de cerca durante esta pandemia, pero también son miles los profesionales sanitarios que han visto cómo los pacientes morían solos sin que nadie pudiese hacer nada por ellos. Sin duda, todos ellos también han tenido que enfrentarse al duelo en estos momentos. “Muchas veces el duelo de los profesionales no es reconocido, es un duelo desautorizado, ya que al estar cotidianamente rodeadas de sufrimiento se espera que tengamos las herramientas de afrontamiento adecuadas para que no nos afecte. Esto nos lleva a vivirlo en silencio y en la intimidad”, comenta Izaskun Andonegi.

Pilar Lekuona explica cómo se morían sin tener tiempo para reflexionar, incluso sin poder gestionar la situación con los familiares. “Hemos hecho todo lo mejor que pudimos, con los medios que teníamos y, en una situación verdaderamente de crisis, de alarma mundial, situación de guerra y de desestabilización para todos en todos los ámbitos”, concluye.

“Los ojos han sido nuestro sello de identidad”

dolor tal y como se conocía hasta ahora.

Etapas

Negación, ira, negociación, depresión y aceptación son las cinco etapas del duelo, según Elisabeth Kübler-Ross. Tal y como apunta la autora, no necesariamente suceden en el orden descrito ni todas son experimentadas por todos los dolientes. Además, con frecuencia se atraviesan varias como en una montaña rusa, pasando entre dos o más y volviendo a hacerlo una o va-





FOTO: JAVIER RUIZ BIFÓN



rias veces antes de finalizar. Debido a la crisis sanitaria actual, han sufrido cambios importantes. “El proceso de duelo durante el COVID-19 es muy diferente a cualquier otro; las situaciones excepcionales que se han ido viviendo han alterado el proceso y las fases de un duelo normal, así como su duración. De hecho, la fase de negación tiene ahora una duración mucho mayor”, explica Marisa de la Rica, presidenta de la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (Aecpal).

Es más, no sólo ha cambiado el duelo, sino que se ha dificultado el inicio. “Lo más doloroso de estos duelos por COVID-19 es precisamente

no haber podido estar junto a los seres queridos en el final de la vida, que los familiares no hayan podido ser testigos de su partida, que no hayan podido despedirse, decirse las cosas pendientes, verlos, desarrollar los rituales de despedida... Todo ello ha complicado, y

“No sólo hemos visto sufrir, sino que hemos sufrido”

mucho, el inicio de ese proceso”, destaca De la Rica, que resalta que “actos alrededor de la pérdida como disponer del

apoyo social en momentos tan difíciles son muy importantes para que el proceso de duelo sea normal”.

Momentos difíciles

Momentos difícilísimos para todos los que, desde sus domicilios, veían cómo sus seres queridos entraban en el hospital y no volvían a salir de allí. “No despedirte de quien quieres, tengas la edad que tengas, son traumas que se arrastran a lo largo de la vida. Hay que permitir que, especialmente los que han sufrido en esta pandemia, tengan la posibilidad de encauzarlo y poder responderlo. Sería un error el ‘mal de muchos, consuelo de todos’, pero se nace

una vez en la vida y lo mismo ocurre con la muerte, que también deseamos que sea rodeado de los nuestros y con todo el amor del mundo”, destaca Pilar Lekuona, vocal en representación de la Enfermería Geriátrica del pleno del Consejo General de Enfermería y presidenta del Colegio de Enfermería de Guipúzcoa.

De la misma manera opina Izaskun Andonegi, enfermera paliativista y directora y fundadora del Servicio de apoyo al duelo y enfermedad grave avanzada de Guipúzcoa, que profundiza en el asunto y subraya que “enfermar o morir en soledad, en ocasiones, puede llegar a ser una decisión, pero el hecho de impedir el

acompañamiento produce efectos negativos en el paciente, en los familiares y en el personal sanitario implicado, pudiendo llegar a complicar los procesos de enfermedad, final de vida y duelo, cuando realmente podríamos evitarlo”.

Traumas que se arrastran a lo largo de la vida

Y son los profesionales que han tenido que vivir la pandemia en primera línea los que han sentido más de cerca esta desazón y malestar, no sólo de

los familiares, sino de ellos mismos. “No sólo hemos visto sufrir, sino que hemos sufrido. Nos hemos apoyado mutuamente y hemos hecho lo indecible para procurar el apoyo emocional a los pacientes y sus familias, aunque muchas veces el sistema y las medidas cautelares sanitarias aplicadas fueran en contra de nuestros principios más humanos”, apunta Andonegi.

Cambios diarios

A pesar de todos los problemas, los cambios diarios y la presión asistencial, las enfermeras estuvieron, están y estarán junto a los pacientes. Se reestructuraron hospitales completos para afrontar la situación y todos los profesionales tuvieron que adaptarse en tiempo récord. “Hemos logrado transformar las debilidades y amenazas que provocaban la pandemia en fortalezas y oportunidades”, cuenta Marisa de la Rica.

Carmen García, enfermera de UCI en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid), reconoce que se llegó a un punto en el que sólo podían acompañar al paciente. “Es muy triste acompañar a una persona intubada y sedada porque en la UCI este es su estado poco antes de fallecer. Acompañas, pero sin sensación de aliviar; es una sensación difícil de explicar”, asegura.

“Enfermería juega un papel humanizador en el duelo y fundamental en la prevención de duelos complicados. Cuando los pacientes recuerdan los momentos de impacto en la UCI, las circunstancias de la muerte del ser querido, el momento del fatal diagnóstico, las escenas de la ambulancia, la cara y la voz de los profesio-

nales... recuerda especialmente el cómo fue atendido y cómo se cuidó a su ser querido. Pasamos a formar parte de su narrativa de duelo”, explica Andonegi.

Conexión

Y es que, por culpa de esta enorme crisis sanitaria, la única conexión entre las familias y enfermos han sido las enfermeras y el resto de los profesionales. “Ha sido especialmente difícil que nosotros no podíamos identificarnos con ellos por culpa de los equipos de protección, que impedían que nos viésemos. Los ojos han sido nuestro sello de identidad y el dolor de esa distancia”, asevera Lekuona.

Evidentemente, el consuelo es impensable en un momento como este porque la despedida del familiar hace mucho más complicado que se supere la pérdida. “No hay consuelo, pero podemos ofrecer apoyo y reconocimiento de su sufrimiento. Pretender rescatar del dolor y el sufrimiento a las familias que tuvieron esa vivencia tan traumática es no entender nada. El duelo nos desafía los conceptos de control, nos vuelve vulnerables, pero no por ello frágiles, y elegir darle espacio al dolor ajeno y propio es una elección sabia como personas y como profesionales de la salud para una sana elaboración del duelo”, asegura Andonegi.

Tal es el dolor, que la presidenta de Aecpal cuenta que ya se han descrito síntomas de desregulación física y psicológica asociada a la situación traumática de perder un ser querido en estas circunstancias, sin poder cuidarle, acompañarle o despedirle. “Perder a alguien es una expe-

riencia que necesita ser compartida, acompañada, sostenida con el silencio, con el contacto físico...

Cuidar

Al final, todos, de alguna manera u otra, han tenido que adaptar sus vidas y su forma de trabajar. “Creo que las enfermeras somos muy conscientes de que cuando no se puede curar, siempre se puede y se debe cuidar. El cuidado enfermero está por encima de

fármacos, tratamientos y diagnósticos. La presencia, el acompañamiento, dar la mano a un paciente que sabes que va a fallecer... son cuidados invisibles, pero esenciales”, puntualiza De la Rica.

‘Esenciales, pero invisibles’. Así han sido los cuidados del día a día durante esta pandemia. En realidad, como antes de la crisis y como seguirán siendo después, fundamentales, pero muchas veces no reconocidos como se merecen. El COVID-19 ha puesto en el lugar que le corresponde el nuevo paradigma de la sanidad; una sanidad en la que, con una población cada vez más envejecida y crónica, se debe pasar del curar al cuidar. Y en lo que a los cuidados se refiere, las enfermeras siempre serán referentes en todas y cada una de las etapas de la vida.

Los familiares no han podido ser testigos de su partida

Protocolos desorganizados

Con la llegada del virus, las visitas y el acompañamiento en hospitales, centros de salud y sociosanitarios quedaron restringidas completamente. Lo que antes era un derecho del que nadie dudaba, quedó reducido a la nada en apenas unos días. Varias sociedades científicas, entre las que se encuentra Aecpal, reseñaron en su momento la importancia de humanizar la asistencia y garantizar el acompañamiento. Algunas comunidades lo implantaron, pero en muchas llegó tarde y de forma muy poco organizada. “Ha quedado patente la soledad en la que han vivido sus últimas horas un buen número de pacientes, a pesar de la existencia de protocolos de acompañamiento y de los esfuerzos de los profesionales que les atendían. No sólo ha pasado con el COVID-19, sino con pacientes oncológicos o con otras enfermedades crónicas”, afirma Marisa de la Rica.

Izaskun Andonegi recuerda que esa falta de visitas se manejó “con creatividad, ingenio, compasión y coraje”. “El impedimento de estar con quienes morían ha añadido mucho dolor al duelo de quienes han sobrevivido”, subraya.





EL CGE POTENCIA LOS CUIDADOS ENFERMEROS DE LOS PACIENTES CRÓNICOS

GEMA ROMERO. Madrid

El Consejo General de Enfermería (CGE) ha aprobado distintas resoluciones para la ordenación del ejercicio profesional para potenciar los cuidados enfermeros de los pacientes crónicos desde distintas perspectivas pues las patologías crónicas afectan a 19 millones de personas en España y suponen el 75% del gasto sanitario.

En estas resoluciones, se incluyen aspectos relacionados con las actividades específicas de las enfermeras que trabajan en estos ámbitos, las competencias necesarias para desempeñar sus funciones, la formación que precisan, así como la investigación científica que avala sus prácticas.

Como explica Diego Ayuso, secretario general del CGE “el objetivo es desarrollar el ámbito competencial de las enfermeras y poder ofrecer a los pacientes con patologías crónicas los mejores cuidados que necesitan en cada momento, favoreciendo la calidad asistencial y la seguridad del paciente”.

Continuidad asistencial

En nuestro sistema sanitario existen dos niveles asistencia-

les interconectados entre sí: la Atención Primaria (AP) y la Atención Hospitalaria (AH) pero hay otros como el socio-sanitario, el ámbito escolar, etc... donde es necesaria esa comunicación para garantizar la continuidad de la atención y, por tanto, la calidad de la misma. Esta interconexión entre niveles asistenciales requiere de una garantía de **continuidad de los cuidados que prestan las enfermeras de enlace**, convirtiéndose así en ele-

“El objetivo es ofrecer a los pacientes los mejores cuidados”

mento clave de calidad en la asistencia sanitaria. Su principal objetivo es garantizar la continuidad de la atención y los cuidados mediante la gestión efectiva de los recursos humanos y materiales disponibles, potenciando la coordinación con el resto de los profesionales.

“El aumento de las necesidades de cuidados, asociado

al aumento de procesos crónicos y el envejecimiento, la necesidad de comunicación entre sistemas (social y sanitario), los interniveles asistenciales e interprofesionales, el incremento del gasto sanitario así como la mejora de la atención y seguridad del paciente, justifican de por sí la necesidad de mejorar esta continuidad asistencial, que es lo que ha motivado la elaboración de esta resolución con las competencias que deben desarrollar las enfermeras encargadas de la misma”, explica Florentino Pérez Raya, presidente del CGE.

El objetivo final no es otro que mejorar la atención que se presta a los pacientes, logrando asimismo una mejor eficacia y eficiencia del sistema sanitario.

Gestión de casos

El desarrollo de la **gestión de casos como práctica avanzada de cuidados** ha constituido una estrategia básica en la atención a la cronicidad con complejidad en nuestro país, pero para convertirse en un modelo de atención que garantice una atención multiprofesional, coordinada y ba-

sada en la mejor evidencia, es imprescindible ordenar la práctica de los enfermeros gestores de casos, como un primer paso para alcanzar el desarrollo de un área de capacitación específica o como diploma de acreditación avanzada. Ello se debe, a que esta actividad profesional específica no está contemplada en ningún campo normativo regulador en España.

Por ello, esta resolución define a la gestora de casos como “una enfermera con competencias avanzadas que valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y re-

curso disponibles para promover resultados de calidad y coste efectivos”.

La gestión de casos, primer paso para la práctica avanzada

Además, se establece el marco de actuación de estas enfermeras en la parte asistencial, en la gestión y liderazgo clínico y profesional, en la docencia y en la investigación, así como en la comunicación y relaciones interprofesionales.

Teniendo en cuenta el campo normativo regulador de la profesión, se considera que “**Enfermera Gestora** es aquella enfermera líder que ha desarrollado competencias que le habilitan como administradora de la atención de la salud aportando unos conocimientos, habilidades y capacidades acreditadas objetivamente acreditables de su experiencia profesional y formación, con un compromiso de mejora e innovación continua, estableciendo relaciones y alianzas con individuos o grupos”.

Enfermeras gestoras

“La gestión en enfermería debe ser entendida como un proceso, como un conjunto de principios y funciones claves. Es el ejercicio de la función directiva, la coordinación de los recursos, el proceso de toma de decisiones, la gestión en enfermería y en general del cuidado de la salud que requiere un conocimiento organizado, acumulativo”, subraya el presidente de las enfermeras españolas.

Por ello, el ejercicio de la gestión en cuidados de salud se lleva a cabo en los diferentes ámbitos de la estructura sanitaria.



Consejos que debes dar para combatir los riesgos del calor extremo

GEMA ROMERO. Madrid

Con la llegada del sol y el verano aparecen nuevos elementos que pueden provocar problemas de salud derivados de las altas temperaturas. Ante esta situación la Organización Colegial de Enfermería, siguiendo con su campaña de educación para la salud a los ciudadanos, ha elaborado una infografía y un vídeo animado con las principales recomendaciones a seguir para prevenir posibles problemas de salud, pero también para saber cómo reconocer y cómo actuar en caso de sufrir un golpe de calor o un agotamiento por calor.

“Lo primero que tenemos que tener claro es que para evitar problemas como consecuencia de las temperaturas extremas también debemos

tomar medidas de precaución. En verano debemos actuar igual y utilizar ropa ligera, cómoda y transpirable, así como calzado ligero, usar sombrero o gorra y gafas de

Sin atención urgente el golpe de calor puede ser fatal

sol, además de protección solar, y en casa bajar las persianas y cerrar las ventanas al calor”, destaca Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería.

Otras de las medidas recomendadas son evitar la exposi-

ción al sol en las horas centrales del día —de las 12 a las 17 horas—, reducir la actividad física y el deporte en el exterior, permanecer el mayor tiempo posible en lugares frescos o a la sombra, evitando siestas al sol. También resulta fundamental beber frecuentemente, si no existe una restricción hídrica por otros motivos, incluso sin sed, evitando las bebidas con cafeína, alcohol o azucaradas que favorecen la pérdida de líquido corporal.

“Entre las cosas que hay que evitar estaría, sobre todo, permanecer dentro de un vehículo estacionado y cerrado al sol, pues la temperatura interior asciende rápidamente, así como el utilizar aparatos que produzcan calor, como el horno, que hacen que aumente la temperatura ambiental”, subraya Florentino Pérez Raya presidente de las 325.000 enfermeras españolas.

Además, tal y como señala Guadalupe Fontán, enfermera del Instituto de Investigación del Consejo General de Enfermería, “el calor no afecta a todas las personas por igual. Debemos tener especial vigilancia de las personas mayores, sobre todo si viven solas o son dependientes, las personas enfermas o medica-

das, aquellas que tienen sus facultades mentales disminuidas o con sobrepeso, así como los menores de 4 años y los trabajadores al aire libre”.

Problemas

Las altas temperaturas pueden provocar tanto el golpe de calor, que se produce por el aumento de la temperatura corporal por una exposición prolongada al sol o por realizar actividad física en ambientes calurosos; como el agotamiento por calor, que sucede cuando tras varios días de calor, con la sudoración excesiva, se reducen los fluidos corporales y las sales minerales.

“En el golpe de calor debemos estar atentos a los síntomas, pues en caso de producirse, sin ayuda sanitaria urgente, puede ser fatal. En caso de notar sequedad, piel roja, pulso rápido, dolor intenso de cabeza, mareos, confusión, debilidad muscular o calambres, náuseas, vómitos y pérdida de conciencia hay que avisar a los servicios de ur-

gencias lo antes posible”, destaca Fontán. Así, “mientras se espera la ayuda habría que enfriar el cuerpo, quitarle la ropa, ponerle en una habitación oscura con paños de agua fría sobre el cuerpo o que se dé un baño o ducha fría, abanicarlo y que beba agua fresca poco a poco si está consciente”, subraya.

En el agotamiento por calor los síntomas serían debilidad, fatiga, mareos, náuseas o desmayo. “En este caso lo mejor es descansar en un lugar

fresco, en una habitación oscura e hidratarse con zumos y bebidas diluidas en agua. Sin embargo, si los síntomas empeoran o perduran en el tiempo es conveniente consultar con nuestro profesional sanitario de referencia”, concluye Fontán.





Calor extremo

Consejos



Evita la exposición al sol de 12 a 17h
Usa ropa cómoda, holgada y transpirable de color claro y calzado ligero
Usa sombrero o gorra y gafas de sol
Utiliza protección solar

Bebe frecuentemente, incluso sin sed, hasta 1,5 ó 2 l al día entre agua, zumos, bebidas isotónicas
No abuses de bebidas con cafeína, alcohol o azucaradas
Haz comidas frías



1,5-2 l.



En casa:

Baja las persianas y cierra las ventanas
Evita el uso de aparatos que produzcan calor: horno, secador...
El ventilador a partir de los 35° C sólo mueve el aire

Reduce la actividad física y evita el deporte en el exterior en las horas de más calor
Permanece el mayor tiempo posible en lugares frescos o a la sombra
Evita exposiciones prolongadas y siestas al sol



12-17 h.

ATENCIÓN:

Evita permanecer dentro de un vehículo estacionado y cerrado al sol



Posibles complicaciones

Golpe de calor

Es el aumento de la temperatura del cuerpo tras exposición prolongada al sol o por actividad física. Puede ser en el momento o tras varios días de altas temperaturas



Síntomas: calor, sequedad, piel roja, pulso rápido, dolor intenso de cabeza, mareos, confusión, debilidad muscular o calambres, náuseas, vómitos y pérdida de conciencia



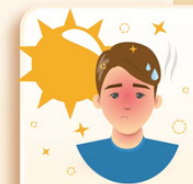
Cómo actuar:

Un golpe de calor puede ser fatal; llama a urgencias
Mientras se espera: enfriar el cuerpo, quitar la ropa, estar en una habitación oscura con paños de agua fría sobre el cuerpo o darse un baño o ducha fría
Abanicar y beber agua fresca poco a poco



Agotamiento por calor

Ocurre tras varios días de calor, la sudoración excesiva reduce los fluidos corporales y la restauración de las sales



Síntomas: debilidad, fatiga, mareos, náuseas, desmayo



Cómo actuar:

Descansa en un lugar fresco, en una habitación oscura, rehidrata con zumos y bebidas diluidas en agua
Consulta con tu profesional sanitario de referencia si los síntomas empeoran o perduran en el tiempo





Recomiendan a las mujeres embarazadas que se vacunen frente al COVID-19

GEMA ROMERO. Madrid

Cuando ya todas las comunidades autónomas están vacunando a los menores de 40 años, llega el turno también de las mujeres embarazadas o que prevean estarlo, pues el criterio que prima es el de la edad. Ante las dudas y miedos que manifiestan algunas mujeres, la Organización Colegial de Enfermería siguiendo con su campaña de educación para la salud a los ciudadanos, ha elaborado una infografía y un [vídeo animado](#), en colaboración con la Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas (ANENVAC), para resolver todas las dudas que plantean sobre la vacunación frente al COVID-19.

“En un primer momento las embarazadas quedaron excluidas de la vacunación, porque no había estudios científicos que la avalaran. Sin embargo, con y el avance de la evidencia lo primero que debemos tener claro es que las vacunas de ARN mensajero, que son las que se han analizado en este colectivo, son seguras y eficaces también para las mujeres embarazadas, por lo que enfermeras y matronas —enfermeras especialistas en Ginecología y Obstetricia— deben recomendar la vacunación a las pacientes, tanto en el embarazo como en la lactancia”, destaca Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería.

A este respecto José Antonio Forcada, presidente de

ANENVAC recuerda que con esta vacuna “estamos protegiendo a la mujer de los riesgos derivados de infectarse por coronavirus durante el embarazo, evitando así que sea un embarazo de riesgo. Si se contagia durante la gestación tiene más riesgo de desarrollar un COVID-19 grave, pero también de parto prematuro, preeclampsia y trombos”, subraya.

Las vacunas son eficaces y seguras también en embarazadas

De hecho, Montserrat Angulo, vocal matrona del CGE, recuerda que “sobre todo si está en el tercer trimestre, la evidencia científica nos dice que hay más riesgo de que el bebé llegue antes de tiempo, que tenga un parto pretérmino. Si ella se vacuna va a pasar inmunidad a su bebé, con lo que en el nacimiento estará protegido frente al COVID-19. Por ello, lo que se está recomendando es la vacunación”.

Infografía

En la infografía se cubren todos los aspectos relacionados con la vacunación para mujeres en edad fértil, tanto antes del embarazo, como en la lac-

tancia o en caso de tratamientos de fertilidad. Así, “según la última evidencia disponible, lo que sabemos es que no es necesario ni posponer ningún tipo de tratamiento de fertilidad o de fecundación in vitro, ni esperar ningún tiempo para buscar el embarazo. La vacuna ni causa infertilidad ni aumenta el riesgo de aborto espontáneo. La única precaución es evitar la vacunación tres días antes y después de someterse a una recuperación de ovocitos, transferencia de embriones o inseminación, pero por poder vigilar mejor los posibles efectos secundarios del tratamiento, no porque suponga ningún problema con la vacunación”, subraya Angulo. Tampoco supone ningún tipo de inconveniente con la lactancia, más bien al contrario, pues “a través de la leche materna, la inmunidad que adquiere la madre se transmite al bebé”, destaca la vocal matrona del CGE.

Al final, la última decisión será de la madre, pero en caso de duda recomiendan que valore con su matrona o con su profesional sanitario de referencia su nivel de riesgo a la exposición, pues no es lo mismo estar teletrabajando que atendiendo al público, así como los riesgos de contraer la enfermedad tanto para la madre como para el bebé, así como los beneficios que ya se conocen de la vacunación y la evidencia creciente de la seguridad de la vacuna en el embarazo.



VACUNACIÓN FRENTE AL COVID-19 PARA MUJERES EN EDAD FÉRTIL

¿QUÉ DEBO SABER?

- Las embarazadas pueden vacunarse según su edad y riesgo clínico, a partir de la semana 21
- Las vacunas recomendadas son de ARN mensajero: Pfizer-Biontech/Moderna-Lonza
- No es necesario prueba de embarazo previa a la vacunación
- Los efectos secundarios son los mismos que en el resto de población
- Si se contagian tienen más riesgo de COVID-19 grave y de parto prematuro, preeclampsia y trombos
- La vacuna en el tercer trimestre produce transmisión de anticuerpos a los recién nacidos
- Si has pasado el COVID-19, deberás esperar 6 meses y recibirás sólo una dosis



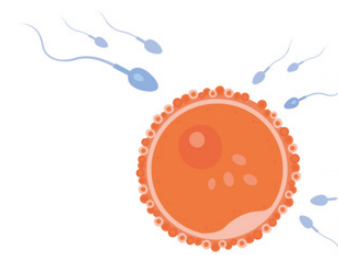
ANTES DEL EMBARAZO

- NO hay evidencias de que la vacuna:
- Cause infertilidad, ni en hombres ni en mujeres
 - Aumente el aborto espontáneo



LACTANCIA

- Las madres lactantes vacunadas pueden tener anticuerpos en la leche materna
- Actualmente no se conoce el nivel de protección para los bebés
- No se han encontrado componentes de la vacuna en la leche materna



EN TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD

- No hay recomendación de posponerlos
- En recuperación de ovocitos, transferencia de embriones o inseminación evita la vacunación 3 días antes y después para vigilar los posibles efectos secundarios del tratamiento



NO OLVIDES...

- Informarte sobre las normas del centro donde darás a luz
- Se deben mantener las medidas preventivas tras la vacunación

LA VACUNA



NO causa infertilidad



NO obliga a posponer tratamientos de fertilidad



Evita el riesgo de COVID-19 grave en embarazadas si se contagian



Transmite anticuerpos a los recién nacidos

SI DUDAS

VALORA CON TU PROFESIONAL SANITARIO DE REFERENCIA:



Tu nivel de riesgo de exposición



El riesgo de enfermar gravemente y los posibles riesgos para el bebé



Los beneficios conocidos de la vacunación



La evidencia limitada pero creciente de la seguridad de la vacuna en el embarazo



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA



DONACIÓN DE PLAQUETAS: desconocida, pero imprescindible

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

La donación de plaquetas es una práctica desconocida para muchos, pero enormemente beneficiosa para aquellos pacientes que lo necesitan, sobre todo oncológicos o de trasplantes de médula, a los que el tratamiento puede llegar a ocasionarles una enorme disminución de estas células.

Aunque con la donación de sangre también se extraen plaquetas, se necesitarían entre cinco y ocho bolsas de sangre para lograr una de plaquetas.

Además, la mezcla de varios donantes puede perjudicar la recuperación de los pacientes, por lo que donación de plaquetas por aféresis permite ex-

Son necesarias para muchos pacientes oncológicos

traer el hemoderivado de un solo donante para un solo receptor. Serán, asimismo, plaquetas de mejor calidad, puesto que no es igual recibir de ocho personas con distintos anticuerpos que de una sola persona. Así, el receptor va a tener que luchar con menos anticuerpos y las plaquetas tendrán un rendimiento mucho mejor.

“Puede donar cualquier persona sana, en una edad entre 18 y 65 años y que pese más de 50 kilos. Se necesita que tenga un buen acceso venoso, un número de plaquetas por encima de 160.000 y hasta 400.000 y que lleve una alimentación saludable, por lo menos, una semana antes”, explica Carmen Alonso, enfermera de la Unidad de Donantes del Hospital Gregorio Marañón (Madrid).

Este tipo de donación, al contrario que la de sangre, tiene mayor complejidad. No



implica ninguna peligrosidad, pero por lo costoso de la extracción se necesita más tiempo. En total, preparación, análisis previo, colocación y donación, el paciente puede permanecer en la unidad incluso dos horas. “Si el paciente es donante de sangre, ya sabemos su número de plaquetas, si no, hacemos un hemograma para tener este dato. Después cogemos un acceso en la vena basilíca o cefálica de cualquiera de los dos brazos. Cuando está todo montado, la máquina empieza a hacer la extracción. Se extraen 180 mililitros de sangre y se separan los tres elementos, hematíes, plasma y plaquetas. La máquina se queda con las plaquetas y devuelve lo demás. Esto se repite hasta que se consigue el producto que se ha indicado previamente”, destaca la enfermera.

Durante el proceso deben estar pendientes de que todo va-



ya bien. En algunas ocasiones, debido al anticoagulante que se utiliza, el paciente puede llegar a sentir que se le duerme alguna parte del cuerpo. Si eso ocurre, se les entrega una pastilla de calcio para que se le pase. Una vez que acaba la extracción, las plaquetas se trasladan al centro de transfusiones, donde las analizan y preparan porque no duren fuera del cuerpo más de cinco días.

cuando lo normal son mínimo 150.000”, apunta Alonso.

Su compañera de la unidad, M^a. Eugenia Rey, asegura que hay muchos pacientes que necesitan aporte de productos sanguíneos y la gente debe concienciarse. “Muchos de los pacientes se pasan por aquí después de sus tratamientos para dar gracias a los donantes. Es muy bonito. Son personas que a lo mejor si no fuera por las transfusiones, no podrían seguir adelante”, comenta Rey.

Un proceso más largo que la de sangre, pero igual de seguro

Solidarias

En este sentido, resalta que hay varios tipos de donantes: “Hay muchos familiares que han sufrido esto y son conscientes de la necesidad, otros saben que hace falta... En definitiva, suelen ser personas solidarias”. De hecho, ella misma se ha animado alguna vez porque “ves que hacen falta plaquetas y nos cuesta encontrar donantes...”

Aunque las plaquetas se regeneran muy rápido, Carmen y M^a. Eugenia citan a los donantes cada tres o cuatro meses. “Para mí es una satisfacción y si esto sirve para ayudar, es mi fin”, dice Virginia Muntán, una conocida de hace años para la unidad.

Liderazgo enfermero

Al igual que la donación de sangre, este proceso también lo lideran las enfermeras, que consideran fundamental que la gente conozca sus beneficios para los receptores. “Cada vez hay más trasplantes de médula y hay muchos pacientes oncológicos. Estas plaquetas tienen mucho rendimiento y son más eficaces para este tipo de personas, que se suelen quedar con 10.000 u 8.000,



Las enfermeras lucenses adaptan al gallego el himno oficial de la enfermería

MARINA VIEIRA. Madrid

“Todo tempo que precisas che darei, e contigo o teu camino seguirei”, así empieza la primera estrofa del himno oficial de la enfermería en gallego y, con esas palabras, la Escuela de Música de Fingoi ha interpretado, por primera vez, el himno de las enfermeras en la lengua de la región de Rosalía de Castro. En un acto organizado por el Colegio de Enfermería de Lugo que tuvo lugar en el Hospital Universitario Lucus Agustí de la ciudad, los asistentes pudieron escuchar la interpretación magistral de Pilar Martínez-Pilocha (voz), Pepe Vaamonde (gaita), Manuel Fernández y Tania Copón (violín), Carlos Vázquez (percusión) y Evaristo Freiro (contrabajo). “Como enfermeras queremos agradecer a la Escuela de Música de Fingoi y a los músicos que durante el confinamiento nos hicieron esta situación de pandemia mucho más amena.

Parece que hay otras profesiones que tuvieron

más importancia, pero la cultura nos ayudó mentalmente a relajarnos”, ha concretado Lourdes Bermello, presidenta del Colegio de Enfermería de Lugo.

Himno de la enfermería

El himno oficial de la enfermería nació en 2017 y fue una creación de Íñigo Lapetra, director de comunicación del Consejo General de Enfermería, quien quiso regalarlo a las enfermeras con ocasión del

Ya ha sido traducido al inglés y al euskera

Congreso Internacional. Esta emotiva canción ya ha sido traducida al inglés y al euskera y, para el creador, esta nueva versión es especialmente importante por su vinculación

personal con Galicia. “Tengo familia gallega y paso allí todos los veranos desde mi niñez. No os podéis imaginar la ilusión, que siento hoy por todos los que habéis hecho posible que esta nueva versión del himno vea la luz”, explicó el director de comunicación del CGE en su intervención telemática en el acto.

Colaboración del autor

La colaboración del autor para la adaptación al gallego ha sido esencial. “Íñigo Lapetra nos mandó la partitura, la letra y teníamos que buscar a quien lo hiciera. En esta segunda parte fue clave la colaboración de la Escuela de Música de Fingoi. Se lo propusimos, explicamos lo que queríamos hacer y quisimos que adaptaran la letra y la música con la premisa de que tenía que ser una música de instrumentación gallega. Era importante mantener el contenido del himno inicial ideado por su autor”, relata Lourdes Bermello.



El Gobierno abre la posibilidad de que la prueba de Enfermería Familiar y Comunitaria sea telemática

MIRIAM OLIVAS. Madrid

Se siguen dando pasos para que se celebre el examen de evaluación de competencias de Enfermería Familiar y Comunitaria. Una prueba postergada infinitamente y que tiene a cerca de 40.000 enfermeras y enfermeros en espera. El Ministerio de Universidades — que primero apostó por el mes de abril pero luego lo declinó por la campaña de vacunación— fijó la fecha [en el mes octubre](#). Ahora, se sube un peldaño más con la publicación en el Boletín Oficial del Estado (BOE) de la resolución por la que la Secretaría General de Universidades establece unas nuevas bases de la convocatoria prevista y abre la posibilidad de que también pueda ser telemática, a la espera de la evolución epidemiológica.

Según la disposición, se aprueban las bases de la convocatoria y se determina el contenido de la prueba, la composición de la comisión evaluadora, el sistema de evaluación y otros aspectos que puedan ser necesarios para su

organización. Estas nuevas bases están supeditadas a la seguridad de las personas que participen en el proceso. Así se abre un nuevo espacio para la evaluación de la especialidad con la intención de que, independientemente de la evolución de la pandemia, por fin salga adelante.

Cerca de 40.000 enfermeras a la espera

En caso de convocatoria virtual

“Los aspirantes se identificarán en los términos que establezca la convocatoria, a través de los medios electrónicos que se dispongan para la realización de la prueba objetiva. Aquellos que no comparezcan a través de estos medios electrónicos serán excluidos de la

prueba, comportando la denegación del título de enfermero especialista correspondiente. El desarrollo de la prueba se realizará a través de la aplicación informática habilitada al efecto y en las condiciones que la resolución por la que se apruebe y publique la convocatoria, establezca para tal fin”, así lo estipula la resolución quinta del Boletín Oficial.

Calendario de la prueba

En cuanto al calendario oficial, se establece que se incluirá en la resolución de la convocatoria correspondiente a cada especialidad y será publicado en el BOE. Así mismo, el candidato que haya sido admitido para realizar la prueba objetiva de la especialidad dispondrá de un máximo de dos convocatorias.

Se puede consultar la resolución completa del Boletín Oficial del Estado [aquí](#).

Las enfermeras, clave en las unidades de enfermedad inflamatoria intestinal

FERNANDO RUIZ. Madrid

El Hospital Universitario La Paz de Madrid fue uno de los centros pioneros en España en contar con una unidad especializada en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, una serie de patologías que cada vez se diagnostican más, pero cuyo tratamiento también ha alcanzado significativos avances. Aunque el trabajo es multidisciplinar, la labor de las enfermeras en estas unidades es fundamental.

Jesús Noci es el enfermero responsable de esta unidad. Jesús confirma que “el grupo mayoritario de pacientes para los primeros diagnósticos tiene entre 15 y 30 años. Son pacientes muy jóvenes y la

idea de cronicidad resulta un poco dura, y aún sabiéndolo es algo que lo preguntan con frecuencia”. Sin embargo, añade que “aunque cuesta dar

Los primeros diagnósticos se dan entre los 15 y los 30 años

la información, sobre todo cuando se diagnostica que suele ser cuando les ha dado un brote, tienen que saber que van a estar bien. Tratamos de

darles muchísima esperanza, porque los tratamientos son muy buenos, aunque no haya cura, y se puede tener controlada la enfermedad”

La función de asesoramiento por parte de las enfermeras es clave durante todo el proceso, pero especialmente en la primera consulta. Para Jesús Noci la labor principal de las enfermeras en esta unidad es “la educación sanitaria, es dar información sobre páginas web, sobre vacunaciones, sobre viajes, sobre la enfermedad. Además, cuando el paciente llega con un brote hacemos la valoración inicial antes de derivar al médico, y resolvemos sus dudas sobre tratamientos, sobre efectos adversos, etcétera. En definitiva, los enfermeros somos quienes hacemos el triaje y asesoramos, además de nuestras funciones habituales”.

Dos mil pacientes

Casi dos mil pacientes son atendidos en la actualidad en la unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del La Paz. Es el caso de Alfonso Prieto, que lleva ya unas cuantas consultas en esta unidad y alaba la labor de las enfermeras en todo el proceso. “El enfermero es la primera persona que te va a decir las pautas de toda la medicación que te tienes que tomar, cómo te puede afectar una alimentación y en definitiva es la primera persona a la que le das las gracias” asegura Alfonso.

Cómo llevar a cabo un viaje durante esta época estival que ahora comenzamos, cuál es la mejor manera de alimentarte cuando estás fuera de casa, o qué hacer si tienes un brote de tu enfermedad son sólo algunas de las cuestiones que las enfermeras de las uni-



El enfermero Jesús Noci en su consulta de EI

dades de enfermedad inflamatoria intestinal de los hospitales pueden resolver, para tranquilidad y calidad de vida de los pacientes. Alfonso insiste en la ventaja de tener cerca a profesionales como las enfermeras por la tranquilidad que supone. “Cuando te dicen que tienes una enfermedad crónica, se te viene un poco el mundo encima, pero gracias al acompañamiento, el asesoramiento y el buen hacer de las enfermeras, al final puedes alcanzar una calidad de vida suficiente como para desarrollar tu día a día con normalidad”

Web especializada

Esta unidad cuenta además con una página web y un perfil en Instagram desde donde realizan una importante labor de difusión y que sirve también como medio de contacto con los pacientes. Jesús Noci destaca la importancia de estos canales de comunicación e información: “Uno de los principales objetivos de la página web es que los pacientes puedan acceder a información fiable pero también como una forma de contactar rápidamente”.

Durante la pandemia, muchos fueron los pacientes que contactaron con la unidad para resolver sus dudas, confirmar sus citas o sencillamente

La relación con la enfermera transmite confianza

te averiguar si la unidad seguía pasando consulta con normalidad. Aquí también el contacto rápido y eficaz entre profesional y pacientes es fun-

damental a la hora de ofrecer seguridad y buen servicio a las personas que sufren estas enfermedades.

Jesús añade que, además de la web y los perfiles en redes sociales de la propia unidad del Hospital Universitario La Paz, desde su consulta también dan indicaciones a los pacientes sobre dónde obtener información fiable.

Cada vez son más los centros que incorporan unidades de este tipo a sus servicios y en ellas el papel de las enfermeras es fundamental a la hora de que los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal puedan alcanzar un nivel óptimo de calidad de vida.



La información es clave en esta dolencia



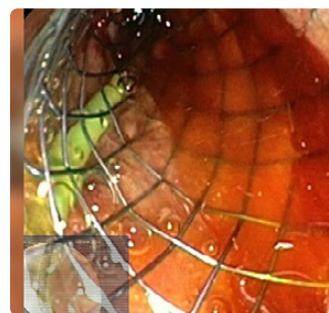
Cuidados enfermeros en la colocación de prótesis metálicas autoexpandibles

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

La obstrucción de la vía biliar causada por múltiples patologías ha llevado a que la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica evolucione para poder solucionarlas, primero utilizando prótesis plásticas y luego prótesis metálicas autoexpandibles biliares (PMAB). Las enfermeras que trabajan con estos pacientes deben estar cualificadas para realizar los mejores cuidados a estos pacientes para garantizar un nivel de seguridad adecuado y de calidad.

En este sentido, Mari Luz Prieto, enfermera de la Unidad de Endoscopias del Hospital del Henares (Madrid), ha logrado uno de los premios que otorga la Asociación Española de Enfermería Endoscópica Digestiva por un trabajo de investigación en este ámbito. El análisis realizado desde diciembre de 2009 hasta septiembre de 2020 con pacientes de la unidad ha servido para explicar

la experiencia en la colocación de estas prótesis y para elaborar un plan de cuidados de enfermería en este área. “Estas prótesis abren la vía biliar o la zona donde está el tumor para que se pueda drenar bien. Antes eran plásticas y había que cambiarlas cada cierto tiempo; ahora con esta



“Es un orgullo que hayan reconocido este trabajo”

técnica duran muchísimo más tiempo y son más fáciles de colocar que las otras”, explica Prieto.

Resultados

Durante el estudio, se analizaron datos de 116 pacientes.

En total, se insertaron 143 prótesis de las que 100 fueron recubiertas y 43 no recubiertas. Con los resultados obtenidos, se demuestra también que las enfermeras de esta unidad deben estar formadas y cualificadas para realizar cuidados independientes e interdependientes en la implantación de prótesis. “Esta técnica tiene muchos preparativos y nosotros les explicamos todo lo que se va a hacer, estamos pendientes de si surge cualquier complicación y se atiende al paciente con las necesidades que tenga. Vigilamos y comunicamos cualquier complicación”, subraya la enfermera.

Para ella, “es un orgullo que hayan reconocido este trabajo”. “Llevamos varios años en la unidad, hemos participado en varios congresos y es la primera vez que ganamos”, resalta Prieto, que quiere agradecer enormemente a su compañera Dania Rocío su disposición porque “es la que nos está animando siempre a realizar trabajos y a investigar”.



Amplía el recorrido de tus artículos de investigación



RAQUEL GONZÁLEZ. Madrid

ENFERMERÍA FACULTATIVA, la revista que llega a más de 120.000 enfermeras de toda España, cuenta ya con una nueva sección: “Enfermería Científica”. Una iniciativa que surge fruto de la apuesta del Consejo General de Enfermería por la investigación y divulgación del conocimiento científico de sus profesionales.

La enfermería española destaca por el nivel de las investigaciones publicadas en los últimos años. La producción científica es creciente, aunque no exenta de obstáculos con los que se topan los profesionales para disponer de tiempo para esta labor o ante el elitismo y las reticencias de editores que creen vivir en otros tiempos. Es por ello que la divulgación de la

buena ciencia enfermera es un compromiso y un deber para el Consejo General de Enfermería.

Quincenal

Cada quince días, se publicarán dos nuevos artículos de investigación enfermera que

Cada quince días, dos nuevos artículos

pueden ser inéditos o no, es decir, pueden haber sido ya recogidos en otra publicación. El objetivo reside en ampliar el recorrido de estos trabajos y

llevarlos aún más lejos mediante su difusión en las páginas de esta revista.

Características

Los artículos, que se enviarán por email a instituto@consejogeneralenfermeria.org, deberán seguir las Recomendaciones Internacionales de Editores de revistas para Ciencias de la Salud, las conocidas como Normas de Vancouver, y será un comité de expertos del Instituto de Investigación del Consejo General de Enfermería quien se encargará de evaluar su inclusión.

Para dar a conocer esta iniciativa, se ha elaborado un vídeo resumen que ya está disponible en Canal Enfermero en Youtube.

Antonio José Martínez Mellado, ejemplo de liderazgo en investigación enfermera

“Necesitamos liberar nuestras jornadas para liderar proyectos de investigación”

D. RUIPÉREZ / F. RUIZ. Madrid

Antonio José Martínez Mellado es enfermero del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia y coordina un importante ensayo clínico multicéntrico en el tratamiento del COVID-19. Con él hablamos de los detalles de este interesante trabajo y de cómo potenciar la investigación enfermera.

¿En qué consiste ese ensayo clínico que estás coordinando desde tu hospital?

Se trata de un estudio doble ciego, hay pacientes que reciben el tratamiento y otros que tienen suero fisiológico. Estamos testando un fármaco que ya está probado para una enfermedad secundaria en el trasplante de médula ósea, que es la veno-oclusiva hepática. Este tratamiento reduce los trombos, ayuda a romper los que se crean y protege muchísimo el endotelio, que es uno de los factores que estamos viendo en todos los pacientes COVID. Estos pacientes tienen el endotelio alterado y esto produce una tormenta de citoquinas. Endotelio tenemos por todo el cuerpo, son las células que recubren las venas y las arterias y, cuando se daña, sufren. Este fármaco tiene un potente efecto protegiendo el endotelio. También antagoniza la entrada del virus a las células, por lo



que es de mucha ayuda para los pacientes afectados por COVID-19 que están más graves.

Es un estudio sobre 150 pacientes

No es muy habitual que el peso de la gestión del estudio resida en un enfermero, ¿cuál es tu rol?

Revisamos los pacientes ingresados en nuestro hospital, y vemos qué pacientes pueden beneficiarse. Hacemos un primer *screening*, lo pasamos a los compañeros de medicina interna o medicina infecciosa y entre nosotros y los servicios implicados decidimos quiénes cumplen con los requisitos. A

continuación, se lo proponemos a los propios pacientes y si aceptan empezamos con ello. Ayudamos con todo el *planning* del paciente. Desde que firma el consentimiento informado, hasta que tiene la última visita del estudio.

¿Cuántos pacientes tenéis involucrados en vuestro centro?

El volumen total es de 150. Cuando lleguemos a esa cifra ya no reclutaremos a más. Ahora llevamos 93, por lo que estamos ya cerca de llegar a nuestro objetivo. En concreto nuestro hospital ha reclutado a la mayoría, 62. También participan en este estudio otros hospitales como el Santa Lucía de Cartagena, el Clínico de Salamanca o el Clínic de Barcelona. Otros hospitales

como el 12 de Octubre o la Fundación Jiménez Díaz de Madrid también están incluidos.

Y en el resto de los centros que participan ¿te consta que haya otros enfermeros al frente de la investigación?

Sí, en concreto en el Santa Lucía de Cartagena, la supervisora de Enfermería de la Unidad de Neumología. Ella es la que se encarga de toda la coordinación y el seguimiento de los pacientes. La enfermería está muy implicada en todos los centros.

¿Todavía sigue habiendo reticencias de otros colectivos o de revistas científicas para que la enfermera sea la investigadora principal de un estudio?

Sí, todavía pasa, pero cada vez es menos frecuente. Desde nuestro hospital estamos formando un grupo de investigación, ahora mismo estamos implicados cuatro enfermeros, una de ellas es profesora de la Universidad de Murcia. Nuestra idea es crear un gru-

po fuerte de investigación enfermera para publicar, aportar visibilidad y que se sepa que la enfermería investiga y ayuda a los pacientes de muchas maneras.

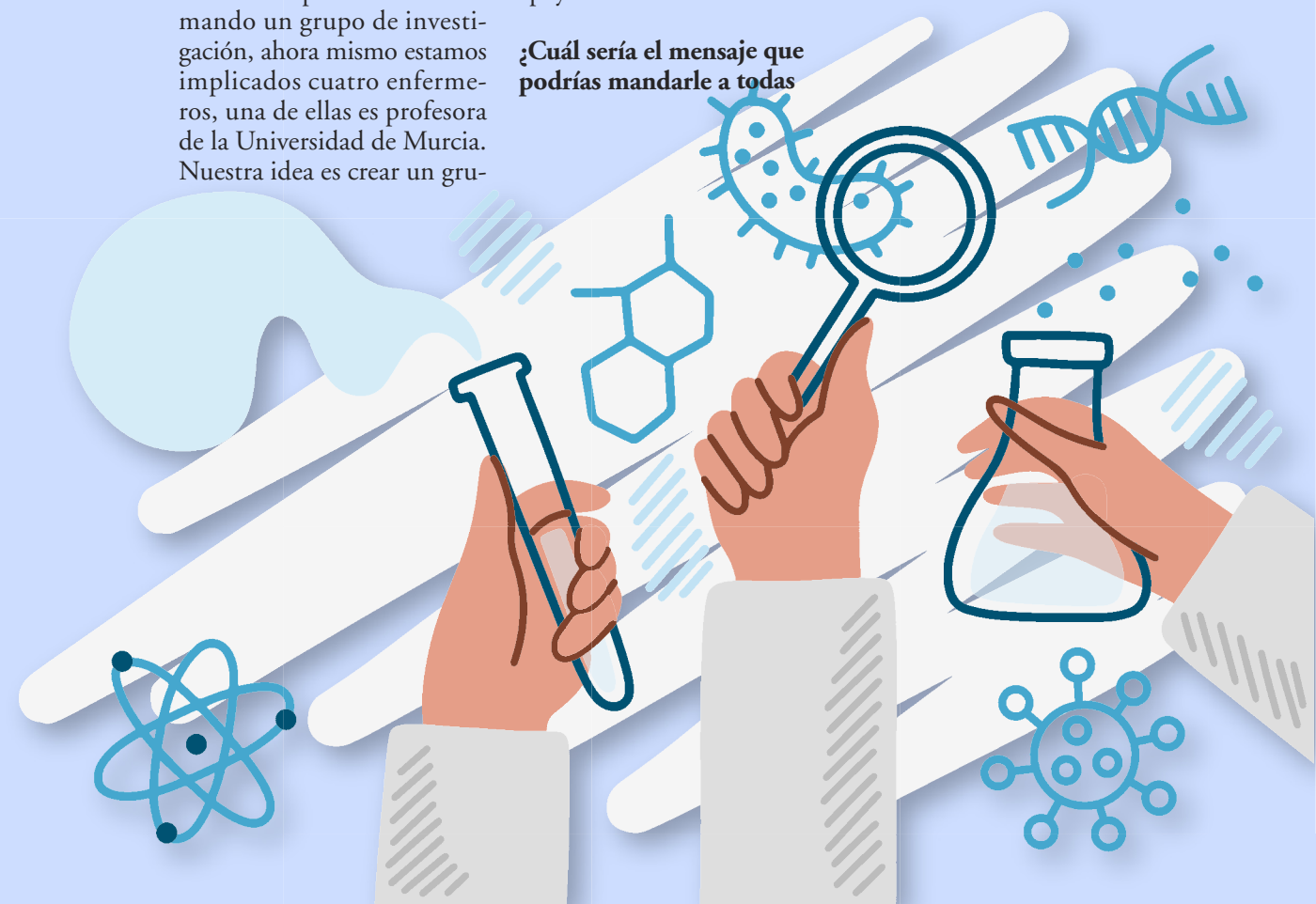
¿Cuáles crees que son los principales obstáculos para que no progrese más rápido la investigación enfermera?

Un enfermero que llega a planta a las ocho de la mañana y tiene que volverse loco a sacar analíticas, a poner tratamientos, a estar con el paciente, a cuidar a esa persona, y que termina a las ocho de la tarde si está en una jornada de 12 horas, ya no le queda tiempo para poder hacer investigación. Lo que necesitan los enfermeros es liberarse de esas jornadas más asistenciales y liderar proyectos de investigación para poder coordinar todos los estudios que hay y que se pueden hacer. Necesitamos apoyo de las instituciones.

¿Cuál sería el mensaje que podrías mandarle a todas

esas enfermeras jóvenes que están dudando si lanzarse a investigar o no?

Es muy importante la formación. Desde que estamos en la universidad se nos enseña a investigar y hay que seguir. Cuando terminamos la carrera presentamos un Trabajo Fin de Grado, que luego se puede convertir en un Trabajo Fin de Máster y luego se puede convertir en un Doctorado. Desde la universidad podemos enfocarnos a la investigación, buscando apoyo siempre de personas que ya están en ese mundo. Estos apoyos pueden ser enfermeros que son profesores en la universidad o incluso unidades docentes que ya haya en los hospitales. Siempre puedes tocar a su puerta y preguntar “¿En este hospital se está investigando?”, porque seguro que hay alguna persona que sí y algún proyecto en el que echar una mano.





INTRUSISMO PROFESIONAL Y FALSEDAD EN DOCUMENTO PÚBLICO

FRANCISCO CORPAS. Director de Asesoría Jurídica CGE

La Audiencia Provincial de Orense ha dictado, el pasado 30 de junio, una sentencia que ratifica la dictada en su día por el Juzgado de lo Penal n.º 2 de Orense por la que se condenaba a una persona que, sin estar en posesión del título oficial habilitante para ejercer la profesión de enfermero, intentó darse de alta como colegiado en el Colegio de Enfermería. Al detectar dicha corporación determinadas anomalías en la solicitud y en la documentación, puso en marcha un procedimiento que ha culminado ahora con la confirmación de la resolución judicial de instancia. Se daba la circunstancia de que el acusado tenía abiertos en

otros juzgados y tribunales otros procesos judiciales penales.

Los hechos se produjeron cuando el acusado se presentó en las dependencias del colegio el 2 de marzo de 2018 e hizo entrega de la documen-

Evitar riesgos en la seguridad de los pacientes

tación requerida para solicitar su incorporación en el colegio. El departamento de administración detectó que en

el certificado inicialmente presentado por el acusado no constaba el número de registro, y se lo advirtió al acusado, quien regresó al cabo del tiempo con un segundo certificado que sí incluía el número de registro.

Tanto el Juzgado de instancia como la Audiencia Provincial reconocen que el acusado desarrolló una acción en varios actos a lo largo del tiempo tendentes a un fin (la obtención de la colegiación), no tratándose de un acto meramente impulsivo o espontáneo, por lo que no cabe aplicar ninguna circunstancia atenuante.

La condena se produce por la manipulación falsificatoria de un documento que se pretende utilizar para obtener una cualidad profesional de la que el acusado carecía, pero no se llega a producir el delito de intrusismo, porque no se produjo finalmente el alta colegial.

Por estas razones, la condena impuesta —que es todavía susceptible de recurso de casación— lo es únicamente por el delito de falsificación de un documento público como es el título oficial que habilita para ejercer la profesión de enfermero.

De esta manera, la labor llevada a cabo por el Colegio de Enfermería de Orense —tanto a través de su personal administrativo como de su asesoría jurídica— ha permitido con su actuación que una persona que no poseía el título oficial habilitante para ejercer la profesión de enfermero pudiera darse de alta como colegiada, evitando con ello los riesgos para la seguridad de los pacientes que hubiera supuesto la actuación del acusado en el ámbito sanitario.

ENFERMERAS

esenciales en la pandemia

discriminadas por la Administración



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

enfermerA1.com

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

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

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



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA


Sergio Alonso

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



¿Dónde están los expertos en los que se apoya Sanidad?

Una de las razones fundamentales que explican el gran fracaso del Gobierno a la hora de gestionar la pandemia de COVID-19 ha sido la falta de sustento científico en las grandes decisiones adoptadas. En lugar de rodearse de un comité de sabios independiente que marcara las directrices o las evaluara antes de ponerlas en práctica, Sanidad y el resto de los ministerios optaron desde el primer minuto por imprimir un marchamo político a las mismas, con el nefasto resultado para España que muestran las estadísticas comparadas sobre el impacto causado por el SARS-CoV-2 en función de la población de cada país. El error fue pronto replicado por las autonomías, con ciertos matices.

Aunque la mayoría constituyó verdaderas guardias de cuerpos de funcionarios y asesores con carnet del partido para pergeñar el combate contra el virus y aderezarlo, de paso, de propaganda, otras fueron, sin embargo, más profesionales y no tuvieron prendas en reclutar a técnicos de la formación opuesta, primando su cualificación sobre su afinidad ideológica. No fue este el caso, desde luego, del Ministerio de Sanidad, un departamento en donde todas las actuaciones han tenido siempre una clara intencionalidad política que ha primado sobre la técnica, dando lugar a notables perjuicios para sus destinatarios o para los sanitarios que tenían que ponerlas en práctica.

Casi 16 meses después de estallar la mayor crisis de salud pública de los últimos cien

años, grandes preguntas siguen flotando en el aire, sin que nadie sea capaz de encontrar la respuesta: ¿A qué especialistas, de qué ramas y en qué materias ha pedido Sanidad asesoramiento en todo este tiempo? Si lo ha hecho, ¿en qué foros sucedió y quiénes han avalado con su puño y letra, y su firma, cada medida concreta adoptada? ¿Refrendó alguno de ellos, por ejemplo, el primer confinamiento domiciliario y la salida del mismo? ¿Y el retraso en la salida de Madrid mientras se consumaba la

desescalada en el resto del país? ¿Ha redactado algún epidemiólogo o virólogo los criterios objetivables sobre los que ha de basarse el levantamiento de las restricciones? ¿Y la estratificación por edades de la vacunación? ¿Y aquellos por los que se ha decidido el fin de las mascarillas al aire libre? No o, por lo menos, no que se sepa, porque tan grave como la falta de respaldo es-

pecializado e independiente a las sucesivas decisiones que se han ido adoptando ha sido quizás la falta de transparencia que ha guiado a todas ellas.

Esa falta de sustento científico de peso ha sumido a España en contradicciones inexplicables, como la de mantener abiertas las fronteras cuando otros países imponían todo tipo de límites de entrada de foráneos, o la de levantar el pie del freno en pleno avance de la variante Delta minutos antes de que otros estados vuelvan a pisarlo a fondo para reducir riesgos.



Premios de Investigación
Consejo General de Enfermería

Contribuye al avance de la profesión con tu iniciativa

Premios de Investigación del Consejo General de Enfermería

6 galardones

55.000 € en premios

Manda tu propuesta a
instituto@consejogeneralenfermeria.org

**TIENES
HASTA EL**

OCTUBRE

15



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA



INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA



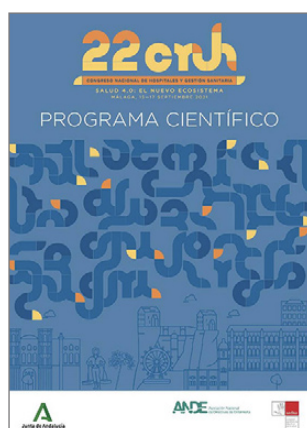
XI CONFERENCIA DE LA RED DE ENFERMERAS DE ATENCIÓN DIRECTA/ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA (NP/APN) DEL CIE 2021

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



XXXX CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES Y GESTIÓN SANITARIA

Fecha: del 15 al 17 de septiembre de 2021
Lugar: Málaga
Organiza: Asociación de Directivos de Enfermería (ANDE)
Email: 22congresohospitales@gbtpain.com
<https://www.22congresohospitales.org/>



XX CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MATRONAS

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



LIV CONGRESO NACIONAL SEPAR Y XXV ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS:

Fecha: 2-4 de noviembre de 2021
Lugar: online
Organiza: Consejo Internacional de Enfermeras
<https://icncongress2021.org/es/>



LIV CONGRESO NACIONAL SEPAR

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



XXV ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS

Fecha: del 15 al 19 de noviembre
Lugar: online
Organiza: Investén iscii
Email: investen@iscii.es
<http://www.investigacionencuidados.eu/>



XXIII EDICIÓN DE LOS PREMIOS METAS DE ENFERMERÍA 2021

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

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

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

XXXVII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA «CIUDAD DE SEVILLA»

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



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

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



Suscríbete llamando al 902 50 00 00

Kia EV6

EL FUTURO ES PRESENTE

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

Al duo formado por las marcas hermanas Kia y Hyundai le están saliendo bien sus planes a base de arriesgar en el diseño o en la implantación de la tecnología de movilidad. Sus pasos son decididos, alejados del conservadurismo de algunas marcas europeas o americanas y les llevan a sacar al mercado modelos que parecen adelantados a su tiempo. En Hyundai tenemos el Ioniq 5 y Kia, con su renovada imagen de marca,

Recorre más
de 500 km
con una sola
carga

presenta un EV6 que o puede dejar a nadie indiferente.

Se trata de un vehículo completamente eléctrico, es decir, cero emisiones y que puede recorrer más de 510 kilómetros con una sola carga. La frontera de los viajes largos va rompiéndose poco a poco. No es el típico coche urbano que podamos alquilar, sus métricas resultan impresionantes.

La capacidad de carga con 800 V hace posible que el EV6 pueda pasar del 10 al 80 por ciento de la capacidad de la batería en solo 18 minutos. La versión GT, concebida para inspirar una emocionante experiencia de conducción, puede acelerar de 0 a 100 km/h en 3,5 s y alcanzar una velocidad máxima de 260 km/h.

Destaca su enorme pantalla curvada

El diseño es impactante, tanto en su exterior como en su interior. Uno de los elementos más llamativos del nuevo interior es una avanzada pantalla curva para el sistema de infoentretenimiento. El sencillo lenguaje de formas de la amplia pantalla curva y el esbelto salpicadero dan al espacio una sensación de amplitud en un entorno que quizá incomode a los más clásicos pero que fascinará a muchos más conductores.





Una acción solidaria del Hospital Infanta Leonor de Madrid

Un libro de relatos escritos e ilustrados por sanitarios

REDACCIÓN. Madrid

El Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid ha editado, en colaboración con la Fundación Humans, el libro, *Tu hospital te cuenta. Relatos del Hospital Infanta Leonor contados por sus profesionales*, esta publicación reúne relatos escritos e ilustrados por profesionales del centro sanitario. Además todos los beneficios que se obtengan de la venta de esta publicación serán destinados a fines solidarios.

La obra es el compendio de una veintena de relatos originales participantes en las distintas ediciones del concurso de relato breve que el Hospital Universitario Infanta

Leonor convoca anualmente entre sus trabajadores, coincidiendo con el aniversario de su apertura.

Escrito por profesionales

Sus autores son profesionales del centro sanitario: Carolina Barragán Iturriaga (enfermera), Ruth Martínez (auxiliar administrativo), Rosalía de Dios Álvarez (jefa del Servicio de Rehabilitación), Jesús de la Fuente Valero (jefe de Sección de Ginecología y Obstetricia), Ismael Escobar Rodríguez (jefe del Servicio de Farmacia) y Francisco

Garrido Gallego (adjunto del Servicio de Aparato Digestivo). Asimismo, las ilustraciones son obra de Isabel Madolell Ortega y Elena Rodríguez, ambas auxiliares administrativos.

Cuatro ejes temáticos

En total 21 relatos que figuran agrupados bajo cuatro ejes temáticos: *Nuestros mayores*, *La humanidad de las batas blancas*, *Personas, barrios, sueños* y *Esos locos bajitos*. Cada uno de ellos está presentado, igualmente, por profesionales del Hospital Universitario In-

21 relatos originales que cuentan historias del hospital

fanta Leonor: Fátima Brañas Baztán (jefa de Geriatria), Carmen Pantoja Zarza (directora gerente), Dulce Ramírez Puerta (directora de Continuidad Asistencial) y Begoña Pérez-Moneo Agapito (jefa de Pediatría), respectivamente. El epílogo lo firma Julio Zarco Rodríguez, presidente de la Fundación Humans.



DIARIOENFERMERO

El mejor portal de noticias de enfermería y salud



diarioenfermero.es

síguenos en:





Cine al aire libre para el verano

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Los eventos al aire libre son, en estos momentos, los más cotizados para toda la población. Guardar las distancias y tener una buena ventilación son dos premisas que se han convertido en esenciales en estos tiempos de pandemia. Las terrazas de los bares se llenan diariamente y todo aquello que no supone meterse en un recinto cerrado está a la orden del día.

Como no podía ser de otra manera, los cines de verano vuelven una vez más a las plazas de muchas ciudades. Disfrutar de los estrenos o recordar grandes clásicos es posible gracias a estas iniciativas. En Madrid son varios los espacios que ofrecen cine al aire libre. Entre los más conocidos, el **Autocine Madrid Race**. Con 350 plazas de aparcamiento, es el autocine más grande de Europa, que ofrece la cartelera más

actual durante todo el verano.

Disfrutar de los estrenos y grandes clásicos

Hasta el 7 de septiembre, también se llevará a cabo la 37ª edición del **Fescinal**, el cine de verano más antiguo de la capital. Situado en el Parque de la Bombilla, se ha convertido en una de las citas imprescindibles para los enamorados del séptimo arte.

Matadero

Además de estos dos espacios, el mítico Matadero contará este año con cine vanguardista al aire libre. Hasta el 16 de agosto, la pantalla se traslada

a la **plaza del Matadero**, logrando en las noches de verano una velada inolvidable.

Barcelona también programa este verano su festival de cine "**Cinema Lliure a la Platja**". En varios puntos de la costa catalana se podrá disfrutar de películas hasta el próximo 5 de agosto.

Estos son sólo algunos ejemplos de cines al aire libre durante la temporada estival. Un verano diferente en el que la normalidad parece volver a nuestras vidas poco a poco y en el que la vacunación avanza ya sin freno para conseguir la tan ansiada inmunidad de grupo.

Una inmunidad muy necesaria para volver también sin reparo a las salas de cine, para seguir apoyando la cultura y recuperar, de una vez por todas, aquellos momentos que el COVID-19 nos ha arrebatado ya durante casi dos años.



Tokyo 2020

Vuelve la ilusión, vuelven los JJ.OO.

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Uno de los grandes eventos deportivos, pero también televisivos, que se cancelaron por la pandemia (con permiso de Eurovisión 2020) fueron los Juegos Olímpicos de Tokio, que tuvieron que trasladar su celebración hasta este verano debido a la expansión sin control del SARS-CoV-2.

Ahora, con la vacunación en marcha en casi todo el mundo (habría que reflexionar sobre la nula llegada del suero a países en vías de desarrollo) el acontecimiento más importante del deporte parece que, por fin, se va a llevar a cabo si nadie lo impide de aquí al 23 de julio.

Con unas medidas de seguridad extremas y los atletas inmunizados, alrededor de 60 modalidades deportivas buscarán a sus mejores competidores del mundo. RTVE será la encargada de emitir las más de 400 horas de competición a través de su canal principal, La 1, pero también en Teledeporte y vía online por su página web. Desde el 23 de julio y hasta el 8 de agosto, España luchará en una treintena de deportes con unos 300 competidores. Sin muchas esperanzas en esta edición, en la que muchos deportistas han tenido grandes complicaciones para entrenar durante los meses de confinamiento estricto, todos los ojos están puestos en la nadadora Mireia Belmonte, el piragüista

Saul Cravio o la haltera Lydia Valentín. Por una lesión inesperada, Carolina Marín, otra de las grandes

en bádminton que logró en la pasada edición en Río de Janeiro.

En definitiva, después de un año vacío de eventos internacionales, los JJ.OO. vuelven para ofrecer deporte diario durante, prácticamente, todo el verano. Una vez concluidas las Olimpiadas comenzarán los Juegos Paralímpicos de Tokio 2020, que durarán hasta el 5 de septiembre.

Vuelve la ilusión y vuelven las ganas de superar el palmarés de la edición de 2016, cuando España regresó a casa con 17 medallas, una de sus mejores marcas históricas.

España intentará superar las 17 medallas de 2016

bazas españolas en estos Juegos Olímpicos, tendrá que guardar reposo y no podrá revalidar la medalla de oro





H&M

RUMBO A MARTE

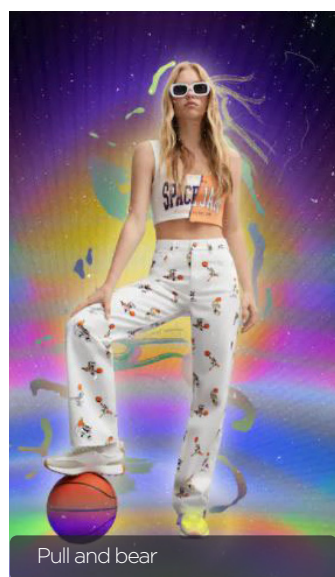
MARINA VIEIRA. Madrid

Algunos pueden pensar que es por la necesidad de olvidarnos de este planeta. Otros, que para conquistar nuevos horizontes hay que acercarse a sus habitantes. Muchos, considerarán que ya se nos están acabando las ideas. No se sabe la razón, pero sí la consecuencia. La moda cada vez es más marciana. Líneas imposibles, siluetas irreales y operaciones estéticas en personas cada vez más jóvenes están ofreciendo una imagen extraterrestre entre algunos amantes de la moda. No es nuestra tendencia favorita. Pero, como en todo, se pueden sacar algunas ideas para adaptarlas fuera de la extravagancia. Tal y cómo proponía la



Bimba y Lola

Muchas, ahora, quieren ser *cyborgs*



Pull and bear

irreverente marca italiana Sunnei en su primer desfile de la pandemia, muchos ahora quieren ser *cyborgs* y, los más extremistas, lo están consiguiendo. Estética aparte, tiene su interés observar cómo ciencia y moda se acercan. Cómo la huida hacia otros mundos se representa también en nuestras formas de vestir. Estas son algunas de las interplanetarias propuestas que algunas marcas han incluido en sus colecciones y, para nosotros, son de lo poco aceptable de esta nueva gran tendencia. Así es como las marcas se imaginan que

visten los habitantes del planeta Marte.

Bimba y Lola

Hace varias temporadas la marca viguesa decidió desentenderse de aquellos perros cursis que le separaban del público más *cool* de las ciudades. Una inversión en cambio de imagen y la atracción a diseñadores internacionales ha dado sus frutos. Entre ellos, estas plataformas de piel negra, sólo para atrevidas, que están, por 100 €, en web y tienda física.

Pull and bear

en este viaje hacia el espacio, no podía faltar un toque retro. Es lo que han pensado desde la marca Pull and Bear al lanzar esta colaboración basada en la película *Space Jam*. Con una editorial centrada en el concepto espacial de los 80, las prendas acompañan esta estética. El top, combinado con algo no estampado, nos parece una buena opción. Por 12,99 euros en tienda y web.

H&M

Desde H&M vienen las apuestas más simples, pero arriesgadas. Este combo de pantalón verde menta con camiseta a juego es difícil de llevar sin parecer disfrazado. Sin embargo, algunas lo consiguen. Lanzamos el reto. Se pueden adquirir las dos prendas en cualquier tienda de la compañía, ya sea presencialmente o en remoto. Desde 9,99 euros.

PEQUEÑOS SIEMPRE LOCALIZADOS

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

Niños y niñas no deberían tener, según los expertos, un teléfono móvil hasta, por lo menos, los 12 años de edad. Sin embargo, muchos padres respiran más tranquilos cuando

saben dónde está su hijo, pueden hablar con él o ella en cualquier momento o el menor puede avisar a los adultos ante una emergencia de cualquier tipo. Los relojes

infantiles que permiten esa conectividad con los pequeños están de moda. Cumplen su función pero la batería dura poco y son relativamente caros.

Xplora X4

Un tope de gama con un precio que no está al alcance de todos los bolsillos. Permite almacenar hasta 50 contactos y más de mil fotos en su interior tomadas con su cámara de 2 megapíxeles. Tiene juegos y recompensas por hacer pasos, lo que puede motivar a los más perezosos. Cuenta con cristal Gorilla Glass para proteger la pantalla, sensor de movimiento y 4G. La batería se alarga más que en otros modelos. Su precio es de cerca de 245 euros.



Soy Momo H2O

Permite grabar mensajes de voz como hacemos en WhatsApp, pero con su propia App. Es resistente al agua, tiene un buen GPS y las conversaciones se escuchan bien.

Como les ocurre a todos, la batería exige cargarlo cada noche y, en este caso, el cargador tampoco resulta fácil de usar. Por lo demás, es fiable y de manejo sencillo para niños a partir de unos siete años. Unos 75 euros.



PTHTECHUS

Tiene cámara, permite escuchar música, cuenta con varios minijuegos y también tiene un cargador más o menos corriente con una conexión miniUSB. Sin embargo, cuesta menos de 50 euros. ¿Cómo se explica esto? Pues porque carece del módulo de localización GPS. No podemos saber en todo momento donde se encuentra el portador del reloj. Eso sí, podemos llamarle en cualquier momento.



Save Family

Es el reloj más popular entre las familias. Tiene un buen localizador GPS y su característica más destacada es que tiene cámara de fotos que puede tomar el niño o la niña y enviarlas al teléfono de los padres. Además, permite escuchar conversaciones en remoto, lo que genera ciertas dudas éticas. Por lo demás, un aspecto negativo es que el conector para la carga no resulta muy sencillo de colocar. 80 euros el modelo superior.





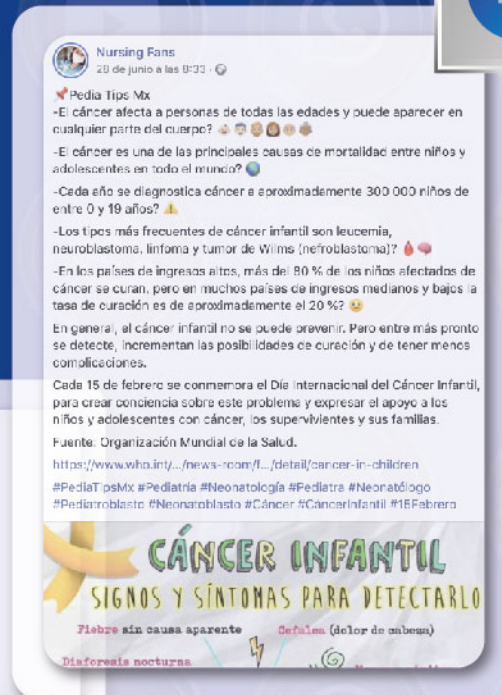
Enfermería Científica es un apartado específico dentro de Enfermería Facultativa, dedicado a los trabajos de investigación cuantitativa, cualitativa y mixta, artículos de revisión, u opinión, casos clínicos, trabajos de innovación en la práctica clínica y demás artículos referentes al campo profesional de la enfermería, que contribuyan al desarrollo de la profesión en cualquiera de sus actividades.

JULIO 2021



Influencia de las intervenciones de la asistencia al embarazo y parto en la hiperbilirrubinemia del recién nacido

50



Influencia de las intervenciones de la asistencia al embarazo y parto en la hiperbilirrubinemia del recién nacido

Autores

Javier Sánchez-Conde; Laura Sanchón-Gómez; Isabel García-Mulas

Filiación institucional

Enfermeros especialistas en enfermería obstétrico-ginecológica. Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Paseo de San Vicente, 182, 37007 Salamanca

Correspondencia

Javier Sánchez Conde. Paseo del Rollo 97 3ºD 37003 Salamanca. Correo electrónico: javier_sanchezco@hotmail.com Teléfono: 665 180 368.
Laura Sanchón Gómez. Calle la Caseta 12 2ºB 37185 Villamayor (Salamanca). Correo electrónico: luryta_13_sango@hotmail.com Teléfono: 654717297.
Isabel García Mulas. Calle Madrigal de las Altas Torres 11-15 2ºA 37003 Salamanca. Correo electrónico: isatatis0@gmail.com Teléfono: 675337528

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del presente estudio consiste en identificar la presencia de niveles de bilirrubina transcutánea elevados en recién nacidos y su correlación con algunas intervenciones de la asistencia al embarazo y parto como la utilización de medicamentos como el hierro y la oxitocina, el tipo de alumbramiento y el tipo de pinzamiento de cordón umbilical.

Metodología: Estudio descriptivo transversal y observacional. Elaborado en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, escogiendo como sujetos del estudio los recién nacidos a término durante el 15 de Julio de 2017 y 1 de Julio de 2019.

Resultados: se ha obtenido una muestra de 304 recién nacidos. El peso medio de los neonatos ha sido de 3258,68 gramos y su edad gestacional media de 39,2 semanas. La media de edad de las madres fue de 32,7 años, siendo un 52,6% primíparas y un 40,8% secundíparas. La variable dependiente analizada (bilirrubina neonatal transcutánea) presentó un valor mínimo de 0,90 y un valor máximo de 17,80, siendo la media de 9,58, demostrando una relación estadísticamente significativa con la administración de hierro oral durante el embarazo.

Conclusiones: la mayoría de las variables analizadas no tuvo un impacto determinante en el desarrollo de hiperbilirrubinemia neonatal, destacando entre ellas el uso de oxitocina durante el parto o el pinzamiento tardío del cordón, contradiciendo así numerosos estudios. Pero sí existe una relación directa entre la suplementación con hierro oral durante el embarazo y el riesgo de hiperbilirrubinemia, lo que precisa de más investigaciones.

Palabras clave: Hiperbilirrubinemia, recién nacido, pinzamiento de cordón, oxitocina, hierro y trabajo de parto.

INTRODUCCIÓN

La hiperbilirrubinemia neonatal consiste en el aumento anormal de bilirrubina sérica que puede producir ictericia al acumularse pigmento amarillo en la piel y otros tejidos¹⁻⁵. Es la entidad clínica más frecuente en recién nacidos y la primera causa de reingreso hospitalario en el periodo neonatal, afectando aproximadamente al 60% de los recién nacidos a término y hasta un 80% de los pretérminos, siendo probable que uno de cada diez desarrolle ictericia clínicamente significativa requiriendo vigilancia estrecha y tratamiento^{1,3,6-12}. Sus principales complicaciones son la encefalopatía bilirrubínica aguda y kernicterus, con alto riesgo de mortalidad neonatal y deterioro neurológico a largo plazo^{1,10}, que continúan ocurriendo en países industrializados y suponiendo una carga elevada en los países menos desarrollados debido al retraso en el tratamiento¹⁰.

La ictericia si bien en la mayoría de los casos es benigna, por su potencial neurotóxico debe ser monitorizada para identificar a los neonatos con riesgo de hiperbilirrubinemias severas, alteraciones neurológicas y candidatos al tratamiento secuente^{2,3,6,11}.

La bilirrubina como producto de la destrucción de los hematíes, produce bilirrubina no conjugada o indirecta que se metaboliza en el hígado a su forma directa y esta es excretada al tubo digestivo. Los valores de bilirrubina indirecta dependen del tiempo de vida del recién nacido en horas y de la edad gestacional, en cambio los de bilirrubina directa se consideran elevados cuando es mayor de 1,5-2mg/dl o es mayor de 10% del valor de la bilirrubina total³.

Podemos clasificar la hiperbilirrubinemia en fisiológica o patológica, la fisiológica se inicia al 2º-3º día de vida, dura menos de 10 días generalmente, y suele ser de tipo indirecto, mientras que la patológica se inicia en las primeras 24 horas de vida, suele durar más de 10-15 días, y puede ser tanto de tipo directo como indirecto⁶.

La distribución, en sentido cefalocaudal, e intensidad de la ictericia, ha sido empleado tradicionalmente como indicador de la concentración sanguínea de bilirrubina, ya que es visible con niveles séricos superiores a 4-5 mg/dL^{2,13}.

Actualmente, la medición transcutánea de bilirrubina ha sido recomendada por la Asociación Americana de Pediatría como una alternativa válida en lugar al dosaje en sangre para

el screening de la ictericia¹³, al igual que la NICE 2016 para el tratamiento de hiperbilirrubinemia neonatal, la Sociedad Canadiense de Pediatría y la Asociación Española de Pediatría en recién nacidos mayores de 35 semanas de gestación¹⁴.

Los bilirrubinómetros transcutáneos permiten detectar y monitorizar la hiperbilirrubinemia neonatal con una alta precisión, reduciendo el número de extracciones sanguíneas y evitando así procedimientos dolorosos y estresantes. Se obtienen resultados de manera inmediata, son ergonómicos, la determinación puede realizarse por personal sanitario entrenado y además ha demostrado su exactitud mostrando buena correlación con los valores de bilirrubina sérica^{7,8,14}. Tradicionalmente se ha elegido la frente como región anatómica para realizar su determinación, aunque se ha observado buena correlación al realizarse en zona esternal¹⁵. Usualmente se toman tres mediciones y el aparato reporta el promedio de las mismas en miligramos por decilitro o en micromoles por litro^{16,17}.

Como existe la posibilidad de que las mediciones arrojen falsos positivos, deberían someterse a los niños a un estrecho control y solicitar la bilirrubina sérica ante cifras elevadas para decidir iniciar tratamiento^{15,16}, utilizando el nomograma desarrollado por Bhutani et al^{7,8}.

Debemos tener en cuenta que existen una serie de factores que incrementan el riesgo de desarrollar hiperbilirrubinemia en el neonato, entre ellos encontramos el tipo de lactancia, historia de ictericia en hermano previo con necesidad de tratamiento, sexo masculino, edad gestacional límite, recién nacidos de bajo peso o macrosomía, incompatibilidad sanguínea, presencia de cefalohematoma u otras hemorragias importantes en el recién nacido, infecciones perinatales, policitemia, distrés respiratorio, raza asiática, madre con diabetes, preeclampsia o eclampsia y uso de oxitocina durante el trabajo de parto^{1,2,3,6,9,10,12,15,16}.

Todos los factores que rodean al nacimiento y que pueden suponer un aumento en el riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal son de gran importancia para los profesionales sanitarios, ya que, una de las estrategias implementadas por los sistemas de salud es la detección temprana de hiperbilirrubinemia¹⁷.

Es por lo anteriormente expuesto, que los objetivos del presente estudio descritos a continuación, se basan en la identificación de aquellos factores que rodean al embarazo y el parto, concretamente aquellos que pueden ser identificados y/o controlados por los profesionales sanitarios y que pueden repercutir de alguna forma sobre los valores de bilirrubina transcutánea neonatal.

OBJETIVOS:

Objetivo principal:

- Determinar si existe relación entre las intervenciones de asistencia al embarazo y parto y el aumento de bilirrubina transcutánea en el recién nacido.

Objetivos específicos:

- Conocer la influencia del tipo de pinzamiento de cordón umbilical sobre la hiperbilirrubinemia en el recién nacido.

- Conocer la influencia del tipo de alumbramiento sobre la hiperbilirrubinemia en el recién nacido.
- Evaluar la relación que existe entre la administración de fármacos como el hierro durante el embarazo y la oxitocina en el trabajo de parto con el aumento de la bilirrubina en el recién nacido.

SUJETOS/MATERIAL Y MÉTODO:

Emplazamiento:

El centro donde se ha realizado el estudio es el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, concretamente en el servicio de Obstetricia, desde el 15 de Julio de 2017 hasta el 1 de Julio de 2019.

Diseño:

Estudio descriptivo transversal y observacional.

Sujetos:

La población de estudio consta de los recién nacidos durante un período de 2 años, comprendido entre las fechas 15 de Julio de 2017 y 1 de julio de 2019, en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Recogida de datos:

La recogida de los datos ha sido realizada por el equipo de matronas del servicio de Obstetricia mediante un formulario en el cual se recogía la información necesaria de las variables estudiadas.

Previamente se entregaba el documento de consentimiento informado necesario para participar en el estudio, respetando la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos y autorizado por el comité de ética e investigación del centro.

Todos los datos recogidos en el formulario han sido obtenidos a través de la consulta de la historia clínica de las madres y los recién nacidos a excepción de la triple toma de bilirrubina transcutánea del recién nacido que se realizaba a las 48 horas de vida con un instrumento de medida directa validado.

Por último, todos los datos eran traspasados a una base informática con el programa Microsoft Access para su posterior análisis estadístico.

Análisis de los datos:

Los datos han sido analizados con el programa estadístico IBM SPSS statistics 23.0 (SPSS, Chicago, IL).

Se calcularon estadísticos descriptivos de frecuencia de las variables cuantitativas estudiadas. La relación entre las variables se estableció mediante el coeficiente de correlación de spearman y la chi cuadrado en dependencia del tipo de variable. El nivel de significación estadístico empleado fue de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Durante el estudio se recogió una muestra de 304 recién nacidos, de los cuales el 53,3% (n=162) fueron mujeres y el 46,7% (n=142) fueron varones, concentrándose el 85,5% de los recién nacidos (n=122 varones y n=138 mujeres) en eda-

TABLA 1

Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Características del recién nacido	
Edad gestacional a término (entre la 37 y 42 semanas de gestación)	Edad gestacional pretérmino (< 37 semanas de gestación) o postérmino (> 42 semanas de gestación)
Peso entre 2500 y 4000 gramos	Peso por debajo de 2500 gramos y por encima de 4000 gramos
Alimentación con lactancia materna exclusiva	Alimentación con lactancia artificial o mixta
Producto de parto único	Producto de parto gemelar
Todos los recién nacidos que no presenten uno o varios criterios de exclusión	Tratamiento con fototerapia o historia de ictericia en hermano previo con tratamiento
	Presencia de malformaciones congénitas
	Cefalohematoma u otras heorragias
	Dificultad respiratoria moderada o grave
	Sepsis neonatal o infecciones perinatales
	Isoinmunización
Consentimiento informado	
Comprensión y firma del consentimiento informado por parte de la madre	Negativa de la madre a firmar el consentimiento informado y/o participar en el estudio
Características de la madre	
Todas las madres que no presenten uno o varios criterios de exclusión	Diabetes gestacional
	Enfermedad hipertensiva del embarazo
	Administración de antibióticos en el parto
	Drogadicción
	Infecciones por VIH o hepatitis/cirrosis
	Hemocromatosis materna
	Transfusiones realizadas durante el embarazo
	Miastenia gravis
	Raza asiática

des gestacionales comprendidas entre las semanas 37 y 40 de gestación, y el 14,5% restante (n=20 varones y n=24 mujeres) entre las semanas 40 y 42. La media de las semanas de gestación de todos los recién nacidos fue de 39,2 semanas.

Con respecto al peso de los recién nacidos, la media fue de 3258,68 gramos, siendo de 3251,97 para los varones y de 3264,57 para las mujeres. La distribución de la muestra según el sexo y el peso de los recién nacidos se muestra en la figura 1.

Es importante describir que la media de edad de las madres fue de 32,7 años (desviación 4,494), siendo 20 años la edad más baja y 46 años la edad más alta. Además la descripción de la paridad de las madres queda reflejada en la figura 2.

La variable dependiente analizada (bilirrubina neonatal transcutánea) presentó un valor mínimo de 0,90 y un valor máximo de 17,80 siendo la media de 9,58 con una desviación de 2,94. En los varones la media fue de 9,92 (desviación 2,86) y en las mujeres de 9,29 (desviación 2,99), siendo en ambos ca-

sos el valor mínimo registrado 0,90 y el valor máximo 17,20 para los varones y 17,80 para las mujeres.

Analizando los estadísticos descriptivos según las semanas de gestación, la media de la bilirrubina transcutánea neonatal fue de 9,66 (desviación 2,84) en los nacidos de 37 a 40 semanas y de 9,14 (desviación 3,52) en los nacidos de 40 a 42 semanas.

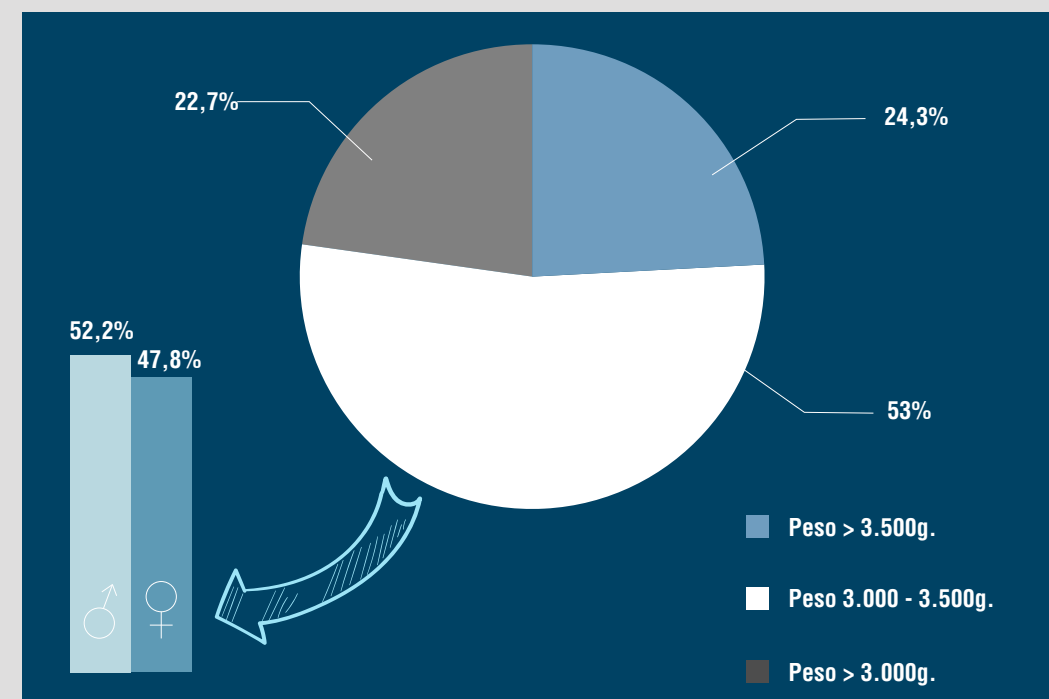
A continuación se muestran en tablas 3 y 4 aquellas variables del estudio que tras el análisis demostraron tener una relación estadísticamente significativa entre ellas o que demostraron resultados reveladores discutidos en el siguiente apartado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran, tras controlar múltiples variables e incorporar una muestra lo más homogénea posible, que de las intervenciones de asistencia al embarazo y

FIGURA 1

Descripción de lamuestra según sexo y peso

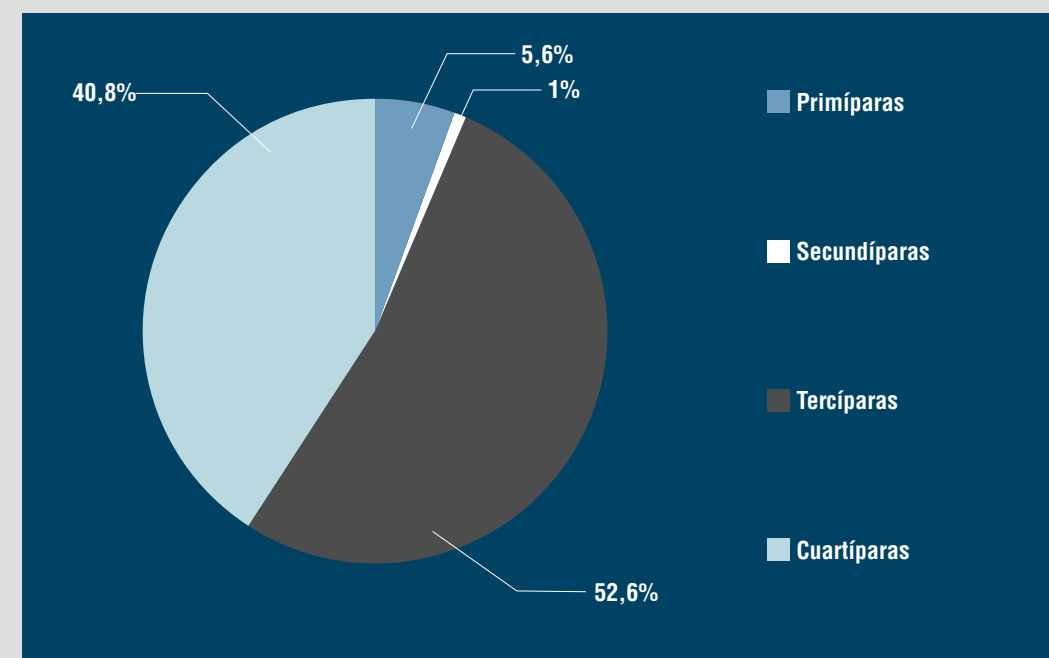


parto analizadas, la mayoría de ellas no tuvo un impacto determinante en el desarrollo de niveles elevados de bilirrubina en la sangre de los recién nacidos.

Para evitar que los resultados se vieran sesgados por otros factores influyentes en la elevación de los niveles de bilirrubina, en la muestra se descartaron todos aquellos facto-

FIGURA 2

Descripción de la paridad materna



res sobre los que la asistencia profesional no puede intervenir y que son respaldados como criterios de riesgo por gran parte de la literatura científica (ver criterios de exclusión de la muestra).

El uso de oxitocina durante la inducción o conducción del trabajo de parto es una de las variables analizadas que no ha demostrado tener relación con la elevación de la bilirrubina en los recién nacidos de nuestro estudio, además de ser una variable íntimamente relacionada con el tipo de inicio de parto y el tipo de parto, estas últimas variables tampoco guardan una relación significativa con la variable dependiente. Sin embargo existen fuentes bibliográficas que afirman que el uso de oxitocina puede producir hiperbilirrubinemia neonatal ^{1, 2, 6, 9, 10, 12, 15, 16}. Los mecanismos fisiopatológicos por los que produce ictericia no se describen con exactitud, pero hay hipótesis como el hecho de un aumento de la masa eritrocitaria y la mayor fragilidad de las membranas de los mismos ³.

La oxitocina sintética tiene la misma acción que la endógena, actuando a través de los receptores del miometrio, los cuales aumentan a medida que progresa el embarazo y los niveles de progesterona disminuyen ^{18, 19}. La oxitocina incrementa el ritmo y la intensidad de las contracciones ^{19, 20} y se inactiva en el hígado y riñón ¹⁸.

Como conclusión podemos afirmar que la evidencia científica recomienda no administrar oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresen de forma normal, sólo en el caso que se confirme el retardo en la dilatación ²¹, además de ser empleada también en la fase de alumbramiento activo o dirigido, en la que se produce la expulsión de la placenta y las membranas tras la expulsión fetal ²². Se ha demostrado que el alumbramiento dirigido reduce el riesgo de hemorragia posparto, pero también puede tener repercusión en la hemoglobina neonatal según el momento de administración de la oxitocina y pinzamiento del cordón umbilical ²³.

TABLA 2		Variables del estudio
Variable dependiente		
Características del recién nacido		
Bilirrubina transcutánea del recién nacido a las 48 horas de vida		Cuantitativa y continua
Variables independientes		
Edad materna, medida en años		Cuantitativa y discreta
Número de gestaciones, partos y abortos		
Test de Apgar en los minutos 1, 5 y 10		
Edad gestacional, medida en semanas y días		Cuantitativa y continua
Peso del recién nacido, medida en gramos		
pH arterial del recién nacido en el momento del nacimiento		
Sexo del recién nacido (puede obtener los siguientes valores: varón y mujer)		Cuantitativa y continua
Cualitativa dicotómica y nominal		
Analgesia epidural (puede obtener los siguientes valores: sí o no)		
Administración de hierro durante el embarazo (puede obtener los siguientes valores: sí o no)		
Administración de oxitocina (puede obtener los siguientes valores: sí o no)		
Pinzamiento del cordón umbilical (puede obtener los siguientes valores: precoz o tardío)		Cualitativa politómica y nominal
Tipo de parto (puede obtener los siguientes valores: parto eutócico, fórceps, ventosa y cesárea)		
Tipo de inicio de parto (puede obtener los siguientes valores: inicio espontáneo, inducido o electivo)		
Manejo del alumbramiento (puede obtener los siguientes valores: dirigido, espontáneo o manual)		

Después del nacimiento la circulación placentaria e intercambio sanguíneo y gaseoso no cesa inmediatamente sino que perdura unos minutos. El feto tiene un volumen sanguíneo de alrededor 70ml/kg y la placenta contiene 45 ml/kg de peso fetal. Si el cordón no es pinzado inmediatamente después del nacimiento (pinzamiento precoz), un volumen de sangre de aproximadamente 20-35 ml/kg puede transfundirse, lo que representa un incremento de hasta el 5 % del volumen sanguíneo fetal, con el consecuente aumento de células sanguíneas ²⁴.

Estos datos relacionan el riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal con el pinzamiento tardío de cordón umbilical, pero los resultados de nuestro estudio no establecen relación entre el tipo de alumbramiento o el tipo de pinzamiento del cordón umbilical y los niveles de bilirrubina de los recién nacidos (tabla 2). Es conveniente mencionar en este apartado que en la mayoría de estudios existe una fuerte asociación entre el alumbramiento dirigido o activo y el pinzamiento precoz, así como entre el alumbramiento espontáneo y el pinzamiento tardío ^{22, 25-27}.

El alumbramiento expectante o espontáneo es un enfoque no intervencionista, que incluye la espera de signos de la separación y el desprendimiento de la placenta, implicando con ello un pinzamiento tardío del cordón umbilical. El alumbramiento activo o dirigido incluye la intervención del profesional en tres procesos interrelacionados: la administración de oxitocina, el pinzamiento precoz del cordón y la tracción controlada del mismo ^{21, 22, 25-28}.

En el servicio donde se ha llevado a cabo este estudio, es una práctica común la realización del alumbramiento dirigido, pero sin realizar un pinzamiento precoz del cordón umbilical de forma implícita. Lo que explica que ambas variables, el tipo de alumbramiento y el tipo de pinzamiento de cordón umbilical, no tengan relación entre sí y puedan ser estudiadas por separado. Según la bibliografía puede haber variaciones importantes en la aplicación de las políticas para el alumbramiento dirigido, practicado extensamente en los países desarrollados ^{24, 25}.

Como conclusión, el pinzamiento precoz del cordón umbilical se puede realizar argumentando que el cierre temprano implica un beneficio para el recién nacido al evitar desarrollar complicaciones como policitemia, hiperviscosidad, hiperbilirrubinemia o taquipnea transitoria ^{16, 25, 26, 29}. Pero en nuestro estudio no se ha demostrado tal relación con la hiperbilirrubinemia. La evidencia científica disponible muestra que el pinzamiento tardío de cordón umbilical en neonatos a término, al menos dos minutos después del parto, mejora los niveles de hierro del neonato a pesar de que exista un aumento de niños con policitemia, hecho que parece ser benigno ^{21, 28}. Actualmente se sigue la tendencia de realizar un pinzamiento tardío con un promedio de 2-3 minutos o incluso hasta el cese del latido, sea el momento que sea. La razón de dicho cambio viene determinado por los beneficios que puede conllevar como aumento de los niveles de hemoglobina y hematocrito, incremento en las reservas de hierro, un aumento del volumen sanguíneo que pasa al recién nacido de hasta el 50% contribuyendo a reducir el riesgo de anemia ferropénica durante el primer año de vida ^{26, 28, 29}, reduce la hipovolemia, mejora la adaptación cardiorrespiratoria, incrementa el flujo de células sanguíneas al cerebro, corazón y tracto gastrointestinal ¹⁶,

un contacto temprano madre-hijo y la disminución del riesgo de hemorragia cerebral en los pretérmino ²⁶. En la actualidad existe poco consenso acerca del momento óptimo para pinzar el cordón umbilical después del nacimiento, por ello se precisa de nueva evidencia científica ^{26, 28}.

Por otro lado, si nos centramos en los resultados del estudio que sí han demostrado que existen variables con una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente, observamos que existe una influencia de la administración de hierro oral durante el embarazo en el aumento de los niveles de bilirrubina en sangre de los recién nacidos (tabla 3).

En la revisión de la literatura científica no existen estudios que apoyen de manera firme dicha relación pero sí aparecen estudios en los que se afirma que unos niveles de hierro sérico materno altos producen tasas de hemoglobina y hematocrito altas en los bebés debido al aumento en el número y el tamaño de los glóbulos rojos en la sangre del cordón umbilical ^{27, 29, 30}, por lo que se puede afirmar que existen correlaciones significativas entre el hierro sérico de los recién nacidos y el de sus madres ³¹. Según las últimas revisiones, la hemoglobina, el hematocrito, el hierro sérico, la capacidad de unión al hierro total de transferrina y el coeficiente de saturación de transferrina en el feto están en una relación lineal con los de la madre ³².

El peso al nacer se puede ver afectado por la tasa de hemoglobina y el hematocrito materno. Los otros parámetros del estado del hierro no parecen tener mucho vínculo directo con el peso al nacer de los recién nacidos ³², al igual que en este estudio.

Estudios recientes postulan que el aumento de sustancias oxidantes puede estimular la acción encimática y aumentar la conversión del hemo en bilirrubina, explicando que los niveles de vitamina C en la sangre de los lactantes con hiperbilirrubinemia sean más bajos que en los sanos, y afirmando así que la suplementación con vitamina C durante el embarazo tiene un efecto significativo en el nivel de bilirrubina neonatal disminuyéndolo significativamente ³³.

Según la guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del año 2014, se sugiere no ofrecer de forma rutinaria la suplementación con hierro en mujeres gestantes ³⁴. No obstante, La administración de hierro oral durante el embarazo es la terapia de primera línea para anemia por deficiencia de hierro y es común y ampliamente prescrito durante el embarazo ³⁵⁻³⁹. Por todo ello es importante clarificar los riesgos que puedan existir en relación al aumento de los niveles de bilirrubina sérica fetal y neonatal, para ello es importante que se determinen de forma clara en futuros estudios la cantidad de hierro elemental administrada que varía según la preparación ³⁹ y la duración del tratamiento durante el embarazo, así como la recomendación o no de tomar de forma conjunta con alimentos ricos en vitamina C para favorecer su absorción ^{34, 37, 38}, que puede influir de manera significativa en los niveles de bilirrubina de los recién nacidos ³⁵.

Como conclusión podemos afirmar que, según los resultados obtenidos en este estudio, existe una relación directa entre la suplementación con hierro oral durante el embarazo y el

TABLA 3

Relación entre Tipo de Pinzamiento y bilirrubina neonatal

Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba para la igualdad de medias				
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar
Bilirrubina Transcutánea	Se asumen varianzas iguales	0,005	0,946	-1,391	302	0,165	-0,49290	-0,35438
	No se asumen varianzas iguales			-1,371	296,112	0,172	-0,49290	-0,35951

riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal, pero se precisan más investigaciones en esta línea para respaldar dicha relación.

BIBLIOGRAFÍA:

- Castaño Picó MJ, Sánchez Maciá M. Hiperbilirrubinemia neonatal: revisión de la situación actual. Recien. 2011; (2): 1-11.
- Campo González A, Alonso Uría RM, Amador Morán R, Ballesté López I, Díaz Aguilar R, Remy Pérez M. Hiperbilirrubinemia neonatal agravada. Rev Cubana Pediatr. 2010; 82(3): 13-19.
- Hoyos Castro JA. Uso de oxitocina durante el trabajo de parto como factor de riesgo para hiperbilirrubinemia neonatal en el hospital iv "Víctor Lazarte Echegaray" [Tesis doctoral]. Trujillo-Péru: Universidad privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana; 2016.
- Sánchez-Redondo Sánchez-Gabriel MD, Leante Castellanos JL, Benavente Fernández I, Pérez Muñizuri A, Rite Gracia S, Ruiz Campillo CW et al. Recomendaciones para la prevención, la detección y el manejo de la hiperbilirrubinemia en los recién nacidos con 35 o más semanas de edad gestacional. An Pediatr (Barc). 2017; 87(5): 294.e1-294.e8.
- Galíndez González AL, Carrera Benavides SR, Díaz Jiménez AA, Martínez Burbano MB. Factores predisponentes para ictericia neonatal en los pacientes egresados de la UCI neonatal, Hospital Infantil los Ángeles de Pasto. Universidad y Salud. 2017; 19(3): 352-358.
- Chávez Tafu EY. Hiperbilirrubinemia neonatal asociada al uso de oxitocina para el trabajo de parto en el Hospital II Luis Heysen In-cháustegui de Chiclayo, Julio-Diciembre 2012. Rev. cuerpo méd. 2013; 6(2): 28-32.
- Marco Lozano N, Vizcaíno Díaz C, Quiles Durá JL, Alós Muñoz A, Vargas Torcal F. Ictericia neonatal: evaluación clínica de un bilirrubinómetro transcutáneo. An Pediatr (Barc). 2009; 71(2): 157-160.
- Varvarigou A, Fouzas S, Skylogianni E, Mantagou L, Bougioukou D, Mantagos S. Nomograma de la bilirrubina transcutánea para la predicción de la hiperbilirrubinemia neonatal importante. Pediatrics (Ed esp). 2009; 68(4): 173-179.
- Gallegos Dávila JA, Rodríguez Balderrama I, Rodríguez Bonito R, Abrego Moya V, Rodríguez Camelo G. Prevalencia y factores de riesgo para hiperbilirrubinemia indirecta neonatal en un hospital universitario. Medicina Universitaria. 2009; 11(45): 226-230.
- Bhutani VK, Stark AR, Lazzaroni LC, Poland R, Gourley GR, Kazmierczak S et al. PredischARGE screening for severe neonatal hyperbilirrubinemia identifies infants who need phototherapy. The Journal of pediatrics. 2013; 162(3): 477-482.
- Alfieri G, Mir Villamayor R, Genes De Lovera LE, Otazo Arévalos EM, Miño Moreno SG, Bordón Dure JPG. Aplicación del bilirrubinómetro no invasivo en recién nacidos. Pediatr. (Asunción). 2019; 46(3): 158-164.
- Labruno P, Trioche Eberschweiler P, Gajdos V. Diagnóstico de ictericia del recién nacido. EMC-Pediatría. 2019; 54(2): 1-6.
- Rodríguez Miguelez JM, Figueras Aloy J. Ictericia neonatal. Protocolos diagnósticos terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2018; 38: 372-383.
- Rincón D, Foguet A, Rojas M, Segarra E, Sacristán E, Teixidor R et al. Tiempo de pinzamiento del cordón umbilical y complicaciones neonatales, un estudio prospectivo. An. Pediatr. 2014; 81(3): 142-148.

nes neonatales, un estudio prospectivo. An. Pediatr. 2014; 81(3): 142-148.

- Orejón de Luna G, Cuestas Montañés E. ¿Qué valor tiene una escala zonal en el diagnóstico de ictericia en el recién nacido? Evid Pediatr. 2015; 11:11.
- Reina Caro AJ, Cano Asuar M, Valiente García I. Pinzamiento tardío vs precoz de cordón umbilical e hiperbilirrubinemia transcutánea en neonatos a término. Biblioteca Lascasas. 2015; 11(4).
- Martínez Mercado ME, Torres Bernal LF, Góngora Ortega J, Sánchez Ortiz MR, Guerrero Díaz de León JA. Medición simultánea de bilirrubina total transcutánea en frente y esternón como modelo predictivo de bilirrubina total sérica en recién nacidos prematuros y de término. Acta Pediatr Mex. 2014; 35: 118-124.
- McDonald S. Physiology and management of the third stage of labour. In: Fraser D, Cooper M, Myles R, editors. Textbook for midwives. 14th. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003.
- Sosa G, Althabe F, Belizán JM. Factors of postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol. 2009; 113: 1313-9.
- Tapia Correa RM, Collantes Cubas JA. Hemoglobina en recién nacidos por parto vaginal según clampaje precoz o tardío del cordón umbilical, a 2700 metros sobre el nivel del mar. Rev. peru. ginecol. obstet. 2015; 61(3): 237-240.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010.
- Begley C, Gyle G, Murphy D, Devane D, McDonald S, McGuire W. Tratamiento activo versus conducta expectante de la etapa expulsiva del trabajo de parto. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010; 7.
- Soltani H, Hutchon D, Poulouse T. Momento de administración de uterotónicos profilácticos para la tercera etapa del trabajo de parto después del parto vaginal. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010; 8.
- Azorín F, Sánchez-Crespo JL. Métodos y aplicaciones del muestreo. Madrid: Alianza; 1994.
- Rangel RC, Souza ML, Bentes CM, Souza AC, Leitão MN, Lynn FA. Tecnologías de cuidado para prevención y control de la hemorragia en la tercera etapa del parto: revisión sistemática. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019; 27: e3165.
- Escarpa Araque MM. Pinzamiento tardío vs pinzamiento precoz del cordón umbilical. Reduca. 2012; 4 (5): 242-270.
- Rincón D, Foguet A, Rojas M, Segarra E, Sacristán E, Teixidor R et al. Tiempo de pinzamiento del cordón umbilical y complicaciones neonatales, un estudio prospectivo. An. Pediatr. 2014; 81(3): 142-148.
- Haro Cruz JS, Ruiz Guerrero LI, Chávez Gómez MR, López Contreras S, Velázquez Rangel MS, Barba Landeros AK et al. Tiempo de pinzamiento de cordón en hospitales públicos y privados de Guadalajara. Rev. Méd. MD. 2019; 9(1): 18-23.
- Qian Y, Lu Q, Shao H, Ying X, Huang W, Hua Y. Timing of umbilical cord clamping and neonatal jaundice in singleton term pregnancy. Early Human Development. 2020; 142: 104948.
- Nneli RO, Amadi SCA, Nwafia WC. Ciertos índices de glóbulos rojos de la sangre del cordón umbilical y materno en Owerri, Nigeria: un informe preliminar. Ann Med Health Sci Res. 2011; 1 (1): 1-8.
- Paiva AA, Rondó HP, Pagliusi RA, Latorre RM, Cardoso MA, Gondim SS. Relación entre el estado de hierro de las mujeres embarazadas y sus recién nacidos. Rev Saude Publica. 2007; 41 (3): 321-327.
- Mezdoud A, Agli AN, Oulamara H. Relationships between umbilical vein and mother iron status. Nutr. Hosp. 2017; 34(3): 562-567.
- Khadem Al-Hosseini M, Rahideh ST, Saadati A, Rahmati N, Azadeh F, Janani L et al. The effect of vitamin C supplementation in the last month of pregnancy on neonatal bilirubin levels; A double-blind randomized clinical trial. Complementary Therapies in Medicine. 2020; 50: 102359.
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.
- Khalafallah A, Hyppa A, Chuang A, Hanna F, Wilson E, Kwok C, et al. A Prospective Randomised Controlled Trial of a Single Intravenous Infusion of Ferric Carboxymaltose vs Single Intravenous Iron Polymaltose or Daily Oral Ferrous Sulphate in the Treatment of Iron Deficiency Anaemia in Pregnancy. Seminars in Hematology. 2018; 55(4): 223-234.
- Auerbach M. Commentary: Iron deficiency of pregnancy a new approach involving intravenous iron. ReproductiveHealth. 2018; 6(1): 15.
- Froessler B, Gajic T, Dekker G, Hodyl N. Treatment of iron deficiency and iron deficiency anemia with intravenous ferric carboxymaltose in pregnancy. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2018; 298(1): 75-82.
- Tandon R, Jain A, Malhotra P. Management of Iron Deficiency Anemia in Pregnancy in India. In. J. Hematol. 2018; 34(2): 204-215.
- Pavord S, Daru J, Prasannan N, Robinson S, Stanworth S, Gilling J. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. Br. J. Haematol. 2019.

TABLA 4

Relación entre la administración de hierro oral durante el embarazo y la bilirrubina neonatal

ANOVA. Bilirrubina Transcutánea					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	255,642	1	255,642	32,445	0,000
Dentro de grupos	2379,553	302	7,879		
Total	2635,195	303			

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.

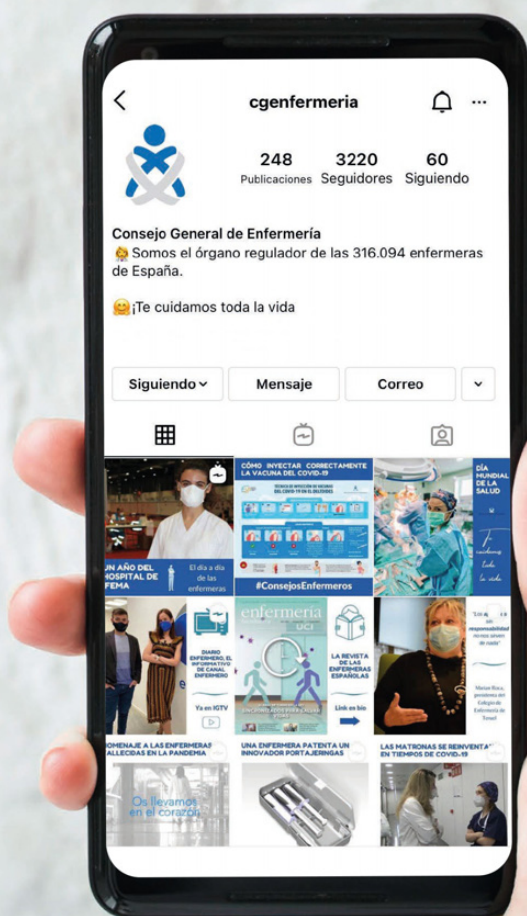
PROCESO EDITORIAL



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

