LA REVISTA DE LOS PROFESIONALES COLEGIADOS DE ENFERMERÍA

enfermería facultativa

| Año XXIV | Número 356 | 1 - 15 noviembre 2021 |

MEDICAMENTOS PELIGROSOS

ALERTAN DEL RIESGO DE CÁNCER POR RESTOS EN LAS SUPERFICIES

Donación enfermera para los afectados por el volcán de La Palma

Cerca de 180 proyectos optan a los Premios de Investigación del CGE

Instituto Superior de Formación Sanitaria
Consejo General de Enfermería

Consejo General de Enfermería

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

Seguridad ante todo

Partamos de la base de que en un país desarrollado ningún trabajador debe ejercer su labor sin contar con las más elementales medidas de seguridad. No hablamos sólo de sanitarios, a los albañiles se les debe proveer de cascos, botas o chalecos; a los operarios de limpieza, de prendas reflectantes o abrigos y a un contable o a una periodista de sillas ergonómicas o pantallas que no les dejen ciegos. Trabajar sin protección puede resultar letal. Tristemente, ya pudimos comprobar durante la primera fase de la pandemia las consecuencias del desabastecimiento de mascarillas, gafas de protección: guantes, lo que se tradujo en contagios masivos e incluso acabó provocando la muerte de muchos compañeros. Este lamentable ejemplo de falta de previsión no debería volver a repetirse. Pero la falta de materiales, el tener que emplear las bolsas de basura como elemento protector frente al coronavirus, es sólo la cara más visible, evidente es escandalosa de la seguridad —o la inseguridad— en el trabajo.

Si echamos la vista atrás podemos encontrar cómo han evolucionado algunos elementos cotidianos de nuestro trabajo. Por ejemplo, los dispositivos antipinchazos han supuesto un gran avance en el trabajo de las enfermeras. Todavía recuerdo los dramáticos testimonios de las compañeras y compañeros que se pinchaban de forma accidental con una jeringuilla que había estado en contacto con una persona con VIH o hepatitis. Afortunadamente, los sistemas actuales evitan casi por completo este tipo de incidentes.

Pero la guerra por la seguridad nunca se acaba ni vamos a renunciar a ella. La exposición a fármacos citotóxicos es una preocupación de primer orden para el Consejo General de Enfermería. Se han dado pasos cruciales a nivel europeo. Sin embargo, como desvela el último estudio llevado a cabo por nuestros Instituto de Investigación Enfermera, existen riesgos que ni siquiera se barajaban hace unos pocos años. Las autoridades sanitarias deben hacer todo lo que esté en su mano para proteger la salud de los profesionales sanitarios. No olvidemos que el contacto prolongado con ciertos medicamentos —por ejemplo, de naturaleza oncológica— puede traducirse, precisamente, en el desarrollo de tumores. Amamos nuestro trabajo, nos volcamos con los pacientes, arriesgaremos la vida si es necesario como ha ocurrido en la pandemia, pero no vamos a asumir riesgos prevenibles ni evitables. Hay que actuar ya.

2021

CURSO

LIDERAZGO ENFERMERO

Desafío Nightingale

Curso Universitario aprobado por la UNIR con 5 créditos ECTS

NIGHTINGALE CHALLENGE
2020 The Year of the Nurse and the Midwife

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 356
1-15 Noviembre 2021

6 **Portada**
Medicamentos peligrosos: Alertan de riesgo de cáncer por los restos en las superficies

12 **Noticias**
– La Organización Colegial de Enfermería dona más de 440.000 mascarillas y 10.000 protectores oculares a La Palma
– Más de 180 proyectos optan a los Premios de Investigación del CGE

30 **Formación**
Más de 14.500 enfermeras se forman para ser líderes sanitarios

32 **Opinión**
Sergio Alonso: La izquierda resucita sus viejos mantras

34 **Agenda**
Congresos y convocatorias

36 **Viajes**
Otoño en París, “Je t'aime encore” (te amo de nuevo)

43 **Apps & gadgets**
Una *app* mejora la calidad de vida de los pacientes con hemofilia

44 **Lo + Viral**

45 Estrategias y cuidados de enfermería en la prevención y mantenimiento de la salud cardiovascular del paciente oncohematológico

56 Normas de publicación de artículos científicos

Staff

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

Medicamentos peligros

ALERTAN DEL RIESGO DE CÁNCER POR LOS RESTOS EN LAS SUPERFICIES

GEMA ROMERO. Madrid

En Europa hay más de 12,7 millones de profesionales de la salud potencialmente expuestos a medicamentos peligrosos de los que 7,3 millones son enfermeras y enfermeros. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en 2012 se produjeron más de 106.500 muertes por cáncer atribuidas por exposición a substancias cancerígenas en nuestro marco laboral, convirtiendo el cáncer ocupacional en la "primera causa de muerte entre los trabajadores europeos". No en vano, para la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA) la medicación peligrosa representa el factor de riesgo químico más importante en sanidad.

Si bien la mayoría de los riesgos laborales han sido cubiertos por la legislación europea y nacional, todavía quedan algunas lagunas como pueden ser las superficies donde se preparan estos medicamentos.

> El cáncer es la primera causa de muerte entre los sanitarios

Como explica Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería, "las enfermeras deben contar con la mayor protección individual durante la manipulación de medicamentos peligrosos, garantizando a la vez unos adecuados cuidados al paciente y además han de estar informadas y formadas sobre los riesgos asociados a la actividad que realizan, tomando las medidas necesarias para evitar peligros para su propia salud".

Por ello, el Consejo General de Enfermería, en colaboración con su Instituto Español de Investigación Enfermera, ha elaborado una *Guía para la monitorización de superficies con medicamentos peligrosos* que pretende ser un documento de fácil lectura para la monitorización de los medicamentos peligrosos en las unidades de enfermería, fuera del servicio de Farmacia Hospitalaria.

"Ni a nivel internacional ni en España existe una guía de estas características —destaca José Luis Cobos, vicepresidente III del CGE— donde se establezcan las pautas para hacer el seguimiento de cómo se producen los residuos en las zonas de trabajo. Esta guía lo que permite es establecer protocolos para medir cuál es el residuo de esa sustancia que puede estar en contacto después con los distintos trabajadores en esas zonas".

Qué son

Los medicamentos peligrosos son fármacos que contienen algún principio activo cuya potencial toxicidad representa

un riesgo para la salud de los profesionales sanitarios que los manipulan. “Hablamos de fármacos que son de uso frecuente, que se emplean en quimioterapia, pero también existen inmunosupresores, antivirales o antiepilépticos. Hay fármacos que se utilizan con pacientes trasplantados para evitar el rechazo, o incluso en artritis reumatoide o para el tratamiento de embarazos ectópicos”, explica Tamara Domingo, miembro del Instituto Español de Investigación Enfermera y coordinadora de la guía.

“En la mayoría de los casos estos fármacos se emplean en ámbitos sanitarios —añade Guadalupe Fontán, también coordinadora de la guía— pero hay que tener en cuenta que también se pueden usar en el ámbito doméstico, en hospitalización domiciliaria, de los pacientes crónicos adultos y pediátricos, de pacientes trasplantados, oncológicos. Por otra parte, cada vez se extienden más los tratamientos intravenosos u orales en el ámbito residencial o sociosanitario y estos ámbitos no implementan habitualmente controles sobre el uso de estos fármacos”, detalla la enfermera.

> No es posible monitorizar todos los fármacos peligrosos

“No olvidemos que la exposición prolongada a estos fármacos puede provocar cáncer, mutaciones o afectar a la capacidad reproductiva de quienes los manejan, algo especialmente relevante dado que la enfermería es una profesión eminentemente feminizada. Además, se ha demostrado que el riesgo de exposición se produce tanto en la fase de preparación como en la de administración, por lo que se deben establecer procedimientos que aseguren la menor exposición posible en ambas fases”, subraya José Luis Cobos.

Medidas de seguridad

En muchas ocasiones estos fármacos, especialmente la quimioterapia, se preparan dentro de la farmacia hospitalaria, en campanas específicas con presión positiva o negativa en función del producto y con material de protección, pero posteriormente se emplean en hospitalización o en hospital de día, o incluso en urgencias. En ocasiones se administran tal cual se han preparado en farmacia, pero en otras ocasiones es preciso reconstituirlo o diluirlo.

Imagen de la presentación en rueda de prensa de la guía

En Oncología “quizá es de las unidades más controladas, porque se manejan este tipo de fármacos con mucha frecuencia, y estamos dotados de grandes medidas de seguridad, si bien es cierto que el riesgo cero no existe en ningún sitio”, explica Carolina Díaz de Mera, enfermera con más de 15 años

> En el estudio han colaborado 13 enfermeras de toda España

de experiencia en este ámbito en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Con el paso de los años se ha ido mejorando la seguridad: “Antes se pinchaba la bolsa y ahora tenemos sistemas *luer lock,* por lo que ya no hay tanto riesgo de que se derrame”. Aún así emplean equipos de protección individual, sobre todo guantes y mascarilla, para administrarlo.

En Urgencias de la maternidad, también del Gregorio Marañón, donde Esther García es supervisora utilizan el metotrexato, que se emplea para el tratamiento del embarazo ectópico. “Desde farmacia viene preparado con válvulas de seguridad, pero al ser intramuscular puede generar aerosoles”. Por ello, además del equipo completo de protección procuran administrarlo en zonas específicas, aisladas de otras embarazadas, y con ventilación suficiente.

En la unidad de trasplante de pulmón del 12 de Octubre utilizan medicamentos inmunosupresores como el tacrolimus o el micofenolato, para evitar el rechazo del trasplante, que deben preparar, o el glancicovir para infecciones, que ya viene preparado de farmacia y se administra a través de árbol de medicación, sin contacto directo con el producto. “El riesgo está en la

pequeña gota que puede caer a la hora de conectar el fármaco con el árbol", relata M.ª Ángeles Sánchez, enfermera de la unidad, por lo que utilizan "mascarilla, bata, guantes y gafas por si hubiera riesgo de salpicadura".

Riesgo de contaminación

Sin embargo, lo que no ninguna de ellas sabe es "si en los carros de medicación donde se transporta, o al desecharlo, o en la encimera donde se preparan otros medicamentos, se ha producido algún tipo de contaminación, pues los sistemas de seguridad no lo garantizan al 100%, de ahí la necesidad de monitorizar las superficies donde los preparamos y administramos para saber si están contaminadas", detalla Sánchez.

"En general hablamos de áreas y superficies donde se reciben, transportan, preparan, administran y desechan los medicamentos peligrosos, que corren el riesgo de hallarse contaminados sin ningún control rutinario de la exposición. En algunas ocasiones pueden dar lugar a contacto a través de la piel, no sólo en la preparación y administración, sino también, con restos de medicamentos en superficies

> Oncología es de las unidades más controladas

de trabajo o áreas contaminadas, manipulación de líquidos corporales o ropa de cama, acciones de descontaminación y limpieza de las zonas de preparación y gestión de los residuos", explica José Luis Cobos.

Por ello, en la guía proponen vigilar determinadas zonas con un alto riesgo de contener este tipo de medicamentos peligros. "En concreto, hemos convenido que sería preciso vigilar especialmente las salas de enfermería, las de medicamentos, donde se almacenan, los mostradores y carros de medicación, los teclados y ratones de los ordenadores, los suelos de las áreas de cuidado del paciente y de los baños, pero también, las sillas o las mesitas y las camas de los pacientes que es donde hemos encontrado que el riesgo de residuos es más alto", detallan las autoras de la guía.

Investigación

Para llegar a esta conclusión han realizado un trabajo de investigación, en el que han empleado casi un año y en el que han colaborado 13 enfermeras expertas de distintos centros hospitalarios de toda España.

De hecho, el proyecto se dividió en dos fases. "En la primera se creó un grupo de expertos en las áreas de hospitalización de oncología, tanto adulto como pediátrico, hospital de día, hospitalización de medicina interna, así como servicios especiales de cara a identificar los medicamentos peligrosos a monitorizar, así como describir las zonas y la frecuencia de la monitorización para poder desarrollar e implantar un procedimiento para la monitorización cuantitativa de los niveles de contaminación en una segunda fase", explica Guadalupe Fontán, miembro del Instituto Español de Investigación Enfermera.

Lector portátil para la monitorización de superficies

Fruto de este estudio, y dado que "no es posible monitorizar todos los medicamentos peligrosos empleados en los centros", proponen que cada hospital establezca "unos fármacos diana, que serían los que más emplean en cada unidad", explica Tamara Domingo. En todo caso, proponen que la monitorización de los siguientes fármacos más empleados: doxorrubicina, 5-fluorouracilo, metotrexato; además de ganciclovir, tracolimus, micofenolato, Bacillus calmette Guerin(BCG), epirrubicina, doxorrubicina pegilada, paclitaxel, azacitidina, ciclosporina o fenitoína.

Esta monitorización puede realizarse de dos formas. A través de un laboratorio, lo que implica el envío de muestras. "De esta forma el resultado es completo, es posible saber todas las posibles sustancias que contaminan la superficie, pero tiene el inconveniente de que el resultado

> Hay dos formar de monitorizar las superficies

no es inmediato", cuenta Fontán. También es posible utilizar un aparato que permite la medición de las tres sustancias de uso más habitual. "Se trata de un aparato parecido a un glucómetro, en el que por cada sustancia tienes una tira reactiva distinta, con resultados al instante", señala.

Además, recomiendan llevar a cabo la toma de muestras al finalizar la jornada laboral, antes de llevar a cabo los protocolos de limpieza y/o descontaminaciones habituales y después de los mismos por si fuera preciso mejorar los protocolos.

Una vez editada la guía, y puesta a disposición de todos los enfermeros interesados de manera gratuita, ya están diseñando un nuevo estudio que demuestre la disminución del riesgo de exposición a estos medicamentos peligrosos con la implantación de las recomendaciones recogidas en la guía en distintos centros hospitalarios de todo el Estado.

Domicilios

Finalmente, y dado que hay pacientes que siguen tratamiento en su casa con estos fármacos peligros, bien por recibir el alta o por hospitalización domiciliaria, desde el CGE también recomiendan que "familiares o cuidadores, a la hora de manipular estos medicamentos, utilicen guantes, mascarillas y protección ocular, así como limpiar y desinfectar bien las superficies donde depositen o preparen esa medicación con agua y lejía diluida para evitar riesgos", sostiene Tamara Domingo.

Más de 440.000 mascarillas y 10.000 protectores oculares

La Organización Colegial dona material de protección a los afectados por el volcán de La Palma

RAQUEL GONZÁLEZ. Madrid

Florentino Pérez Raya, presidente de la Organización Colegial de Enfermería

Más de 440.000 mascarillas FFP2 y FFP3, así como 5.000 gafas protectoras y 5.000 pantallas para niños llegarán a comienzos de la próxima semana al Hospital General de La Palma gracias a la donación realizada por la Organización Colegial de Enfermería, con sus 52 colegios provinciales, los consejos autonómicos y el Consejo General de Enfermería. Un gesto con el que se pretende ayudar a los ciudadanos de la isla a protegerse de los efectos del volcán de Cumbre Vieja que, tras más de 40 días de erupción, continúa sin dar muestras de que la situación vaya a cambiar a corto plazo.

Situación de crisis

Las coladas cubren ya más de 900 hectáreas, han arrasado más de 2.000 construcciones y 7.000 personas han tenido que ser evacuadas de forma preventiva. Aunque, de momento, no se han registrado víctimas mortales, preocupan los posibles efectos nocivos que sobre la salud puedan tener la ceniza, el dióxido de azufre, el dióxido de carbono, el ácido clorhídrico, el mercurio, el bromo y el arsénico.

La ceniza, sobre todo la más fina, puede viajar largas distancias y afectar tanto a la vista como a la respiración y la piel. Los gases, por su parte, pueden afectar también a las vías respiratorias, entre otras estructuras, llegando a producir desde edema pulmonar, taquicardias, palpitaciones, etc. y pudiendo comprometer gravemente la salud. Por ello, las autoridades sanitarias recomiendan a la población el uso de mascarillas FFP2 y FFP3 y de gafas protección oculares, especialmente a colectivos más vulnerables como niños y ancianos.

Ante esta situación, las enfermeras y enfermeros españoles en su conjunto han querido mostrar su solidaridad para ayudar a los habitantes de la isla en una acción que se ha denominado #EnfermeríaconlaPalma. Como ha explicado el presidente de la Organización Colegial de Enfermería y del Consejo General, Florentino Pérez Raya, "hemos contado con la ayuda y el asesoramiento de José Ángel Rodríguez, vicepresidente II del Consejo General, presidente del Colegio de Tenerife y palmero con familia en la isla, que nos trasladó las necesidades reales que tenía la población, especialmente los niños. Sabemos que la situación es crítica. El volcán se ha reactivado y continúa expulsando piedras minúsculas en suspensión, gases y ceniza que pueden ser muy perjudiciales para la salud de los habitantes de la isla. Nuestro objetivo es el de contribuir a paliar esta situación en la medida de nuestras posibilidades y para ello. Hemos adquirido más de 440.000 mascarillas entre FFP2 y FFP3 —con una capacidad de filtración de partículas del 95 y el 98%, respectivamente— y 10.000 protectores oculares, entre los que se encuentran gafas, para los adultos, y pantallas para los niños". Sobre estos últimos, ha explicado que "los

> 5.000 pantallas irán destinadas a los niños de la isla

más pequeños han podido regresar a las aulas, pero para garantizar su seguridad es preciso que dispongan de materiales apropiados, de ahí que hayamos adquirido 5.000 pantallas de protección dirigidas específicamente a la población infantil".

Pérez Raya ha explicado que esta es una acción conjunta de todas las enfermeras de España, a través de la Organización Colegial de Enfermería, compuesta por los 52 Colegios provinciales, los Consejos autonómicos y el Consejo General que ostenta la representación nacional. Todos los materiales adquiridos cumplen con los más altos estándares de calidad.

Llegada

Los materiales, que ocupan cerca de 40 palets, llegarán a principios de la semana que viene al Hospital General de La Palma, desde donde se procederá a su distribución entre los ciudadanos de la isla. Desde la Organización Colegial de Enfermería, ha explicado su presidente, "estamos en contacto permanente con los colegios de las islas para seguir de cerca cuál es la situación en cada momento y conocer así los riesgos y necesidades de la población para ayudarles en la medida de lo psoible".

Cáncer de mama

Piden recuperar los cribados que se retrasaron por el COVID-19

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

La reorganización de la vida de toda la población y del sistema sanitario provocada por la pandemia de COVID-19 trajo consigo la paralización y el retraso de determinadas consultas que han provocado demoras en el diagnóstico de enfermedades como el cáncer de mama. Según los últimos datos de diversas sociedades científicas, durante los meses más estrictos de confinamiento, el número de pacientes nuevos de cáncer bajó hasta un 21%.

Es decir, en lo que al cáncer de mama respecta y teniendo en cuenta la estimación que hizo la Sociedad Española de Oncología Médica en 2019, de los 32.953 casos de cáncer de mama que se esperaban en 2020, hasta 7.000 podrían no haberse diagnosticado por culpa del COVID-19.

El Consejo General de Enfermería (CGE) considera un despropósito estas cifras e insta a las administraciones a poner solución a un retraso incomprensible, que puede costar muchísimas vidas. "Somos conscientes del gran esfuerzo que han hecho todos los profesionales en nuestro país para superar la mayor crisis sanitaria que hemos vivido, pero es necesario apuntar que las instituciones públicas no han estado a la altura. El sacrificio que día tras día realizaban enfermeras y enfermeros, médicos, auxiliares, celadores, personal de la limpieza… no se tradujo en su momento en una apuesta clara de las comunidades autónomas para la contratación de personal suficiente para hacer frente al COVID-19 sin abandonar la atención y diagnóstico de otras enfermedades", afirma Florentino Pérez Raya, presidente del CGE.

Lección

Un año y medio después del inicio de la pandemia, lejos de haber aprendido la lección, las enfermeras denuncian la dejadez de las administraciones y que en muchos casos no se han recuperado servicios esenciales para cuidar y proteger la salud de la población.

> "Tenemos un papel clave a la hora de educar a la población"

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres y muchas veces es prácticamente invisible. Las campañas de cribado son esenciales para lograr detectar casos que no se manifiestan a través de bultos u otros síntomas. Además, un diagnóstico temprano ayuda a poner una solución lo más pronto posible y evitar problemas mayores en el futuro. "Restrasar la detección del cáncer de mama puede suponer un gran perjuicio para la sociedad. Además, ahora tenemos un reto y es que debemos recuperar el tiempo perdido en este aspecto. Nadie debe sufrir complicaciones en el tratamiento del cáncer por culpa de un retraso en el diagnóstico", afirma Pilar Fernández, vicepresidenta del CGE.

Miedo

Las enfermeras recuerdan también la importancia de acudir al centro de salud y hospitales en el caso de detectar cualquier anomalía en las mamas. "Sin duda, igual o más importante que los protocolos de cribado son las visitas al centro de salud y, posteriormente, al hospital en el momento en el que localicemos algo extraño en cualquiera de nuestras mamas o axilas. El COVID-19 ha supuesto un cambio drástico en la mentalidad de muchas personas, que ven los centros sanitarios como lugares peligrosos y con posibilidad de contagio. Debemos desterrar esta opinión y ahora, con la incidencia de la pandemia en su mejor momento, no podemos tener miedo a acudir a las consultas y menos en momentos como este, en el que se ha demostrado un retraso enorme en la detección del cáncer de mama", destaca Fernández.

> "Retrasar la detección puede suponer un gran perjuicio"

Además de la importancia de recuperar todas las consultas y programas de cribado, desde el CGE también se recalca la necesidad de contar con enfermeras expertas en Oncología para ayudar, asesorar y cuidar de los pacientes que sufren cáncer. "Muchas veces la simple palabra conlleva miedo y ansiedad para los afectados. Por eso, que haya consultas específicas de enfermeras gestoras de casos es fundamental para mejorar la calidad de vida del paciente durante todo el proceso de enfermedad", apunta la vicepresidenta de las 325.000 enfermeras de España.

Cáncer en hombres

Por último, resaltan la importancia de dar visibilidad a este tipo de cáncer también entre los varones. Aunque la incidencia entre ellos es muy baja (el 1% de todos los casos), no deja de ser importante que, ante cualquier singularidad en el pecho, se acuda a revisión. "Al ser tan poco habitual, el cáncer de seno en hombres está muy estigmatizado y muchos intentan ocultarlo o retrasan ellos mismos la consulta por miedo al rechazo. Las enfermeras y enfermeros tenemos un papel clave a la hora de educar a la población y evitar así discriminación y estigma por motivos como este", puntualiza Florentino Pérez Raya.

Cerca de 180 proyectos optan a los Premios de Investigación del CGE

GEMA ROMERO. Madrid

Un total de 178 trabajos se han presentado a los Premios de Investigación, convocados por el Consejo General de Enfermería, una vez concluido el plazo de presentación el pasado 15 de octubre. Esta iniciativa, que pretende entregar seis galardones con una dotación total de 55.000€, tiene como objetivo "incentivar y motivar a los profesionales de Enfermería en la elaboración y desarrollo de Proyectos de Investigación, así como otorgar visibilidad y difusión a las aportaciones de la profesión enfermera a los resultados de salud".

Los premios arrancaron formalmente el pasado 12 de mayo, coincidiendo con el Día Internacional de las Enfermeras, y en tan sólo cinco meses se ha logrado un gran éxito de participación. "Estamos muy satisfechos con la acogida que ha tenido esta primera edición. En un año tan difícil como el que hemos vivido, el haber tenido esta respuesta por parte de las enfermeras y enfermeros españoles, que lo han dado todo por sus pacientes, desbordados en muchas ocasiones por la pandemia, demuestra la clara apuesta que tienen nuestros profesionales por la investigación y por mejorar continuamente la calidad de la atención que prestan a la población", ha destacado Florentino Pérez Raya, presidente del CGE.

> El mayor número de trabajos recae en las tesis doctorales

Líneas

Los premios constan de dos líneas. La primera, destinada a proyectos innovadores que midan los resultados de la práctica enfermera en cuatro ámbitos específicos: Ámbito Hospitalario, Ámbito Familiar y Comunitario, Ámbito Sociosanitario y otros ámbitos profesionales. A ellos se suma un premio específico para fomentar la investigación entre los enfermeros más jóvenes, destinado a aquellos proyectos cuyo investigador principal tenga menos de 35 años. Para cada uno de ellos se ha establecido una dotación de 10.000€.

Por ámbitos, el Hospitalario es el que ha recibido un mayor número de candidaturas, con 40, seguido de otros ámbitos profesionales (21), Familiar y Comunitario (19), mientras que el Ámbito Sociosanitario es el que acumula menos propuestas, con tan sólo tres. Mención especial merecen las jóvenes promesas de la investigación enfermera, que ha recibido un total de 34 proyectos.

En todos los casos, los estudios científicos son de nueva creación y tendrán un máximo de dos años para su realización tras la concesión del premio. Así, los trabajos son originales, inéditos y en español. El investigador principal es un enfermero colegiado, responsable de la ejecución científico-técnica y con vinculación laboral con la institución en la que se realice el proyecto. En el caso de proyectos en equipo, al menos la mitad de los integrantes son enfermeros colegiados.

Además, se establece una segunda línea dirigida a distinguir la mejor tesis doctoral ya concluida. Aunque en este caso la dotación es de 5.000€. Esta categoría es la que ha acumulado un mayor número de candidaturas, con un total de 61 tesis presentadas.

Premios de investigación

Galardones	Proyectos presentados
Ámbito Hospitalario	40
Otros ámbitos	21
Ámbito Familiar y Comunitario	19
Ámbito Sociosanitario	3
Jóvenes promesas de la investigación	34
Mejor tesis doctoral (leída y defendida)	61
Total proyectos	**178**

Fuente: Consejo General de Enfermería. Elaboración propiaz.

> Un comité de evaluadores elegirá a los finalistas

Comité de evaluadores

Todos los trabajos serán revisados por un comité de evaluadores de todas las comunidades autónomas, formado por profesionales con curriculum investigador y experiencia en revisión de proyectos que cubrirían todas las áreas de Investigación, Docencia, Gestión y Asistencia. Este comité realizará una primera selección de trabajos finalistas que después serán sometidos al criterio del jurado de los premios, formado por profesionales de reconocido prestigio investigador, que será quien finalmente decida los ganadores de esta primera edición.

La resolución del premio se dará a conocer durante un acto de entrega, pendiente de determinar, que se organizará en la sede del Consejo General de Enfermería en el que el proyecto ganador en cada uno de los ámbitos será presentado brevemente por los autores de forma oral.

Ratios y práctica avanzada, en la agenda de la enfermería europea

GEMA ROMERO. Madrid

La Federación Europea de Asociaciones de Enfermería (EFN, en sus siglas en inglés) ha celebrado su 113ª Asamblea General. Sobre la mesa de debate los nuevos posicionamientos en los que están trabajando relacionados con la necesidad de incrementar el número de enfermeros en toda Europa, fijando unas ratios mínimas de profesionales por paciente, definir criterios comunes de práctica avanzada y la posible modificación del Tratado de la Unión Europea, para lograr una Europa de la Salud.

EFN reúne a las Asociaciones Nacionales de Enfermería de los 28 países de la Unión Europea, entre ellas el Consejo General de Enfermería. En la última Asamblea General celebrada analizaron los tres posicionamientos en los que están trabajando para su previsible aprobación en la próxima reunión, que tendrá lugar en Bruselas en abril de 2022, ya de forma presencial.

Sobre la mesa de debate, la necesidad de incrementar el número de enfermeros en la Unión Europea, estableciendo unas ratios mínimas en todos los países. A este respecto, José Luis Cobos, vicepresidente del CGE y uno de los intervinientes en la reunión, recordaba el estado de tramitación de la Ley de Seguridad del Paciente que actualmente está en fase de enmiendas en el Parlamento español.

EFN reúne a las Asociaciones Nacionales de Enfermería de los 28 países de la Unión Europea

"Esta ley, cuando se apruebe, será la primera en toda Europa que establezca unas ratios mínimas de obligado cumplimiento en el Sistema Sanitario Español. La intención de EFN es poder establecer una normativa semejante a nivel europeo. Como en el caso español, sabemos que será algo bastante complejo, pero es algo que debemos asumir pues hablamos de garantizar la seguridad de los pacientes", señalaba Cobos en declaraciones a ENFERMERÍA FACULTATIVA.

Práctica Avanzada

A nivel europeo no hay unidad de criterios con respecto a la práctica avanzada en Enfermería. Por ello, EFN cuenta con un grupo de trabajo que está estudiando unificar la terminología a nivel europeo e implantarla en todos los países. "La idea final es que, más allá del posicionamiento en el que estamos trabajando, la práctica avanzada tenga una directiva propia, igual que ya tenemos una directiva de cualificaciones, que defina este tema", explicaba José Luis Cobos. De hecho, en la reunión analizaron el modelo español de especialidades, "mucho más avanzado que en otros países europeos, donde la especialización se basa en formación continuada y no en el sistema de residencia que tenemos en España", relataba el vicepresidente del CGE.

> Buscan fijar unas ratios mínimas en todos los países

> La práctica avanzada debe tener directiva propia

Unión Europea de la Salud

Mucho más ambiciosa y que generó un gran debate durante la reunión es la propuesta de definir una Unión Europea de la Salud, lo que exigiría modificar el Tratado de la Unión Europea, con todo lo que ello implica, pues supone la aprobación de todos los Estados miembros.

Sobre este tema también versaba la ponencia del excomisario de la UE Salud y Política de Consumidores, Vytenis Andriukaitis, quien defendía la necesidad de que la salud sea un tema central dentro de la Unión Europea, lo que a su juicio exige la modificación del Tratado de la Unión de tal forma que haya "más salud en la Unión Europa y más Unión Europea en la salud".

Otros temas

En la reunión también se analizaban otros aspectos clave para la profesión, como los fondos del Plan de Recuperación para Europa, entre los que se han incluido partidas específicas destinadas a la investigación y al desarrollo y transformación digital en salud que algunos países también van a destinar a enfermería.

Además, se procedía a la reelección de la enfermera irlandesa Elizabeth Adams como presidenta de EFN para los próximos cuatro años.

Petición internacional

El CGE pide que los Gobiernos actúen contra el cambio climático

GEMA ROMERO. Madrid

El mundo se dirige actualmente hacia un calentamiento de la temperatura de entre 2,7 y 3,1°C sólo en este siglo. Según el sexto informe de evaluación del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático, por cada décima de grado por encima de 1,5 °C tendrá un grave efecto en la vida y la salud de las personas. Por este motivo la Alianza Global del Clima y la Salud y la Organización Mundial de la Salud han promovido una carta para pedir a los gobiernos de todo el mundo que actúen en vísperas de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (COP26) que va a celebrarse el próximo mes de noviembre, a la que acaba de adherirse el Consejo General de Enfermería.

"La crisis climática supone la mayor amenaza para la salud a la que se enfrenta la humanidad. Por ello, las enfermeras, como profesionales sanitarios, tenemos la obligación de pronunciarnos sobre esta crisis de rápido crecimiento que podría ser mucho más catastrófica y duradera que la pandemia de COVID-19. Por ello, hemos decidido apoyar esta iniciativa, que también respalda el Consejo Internacional de Enfermeras, en la que instamos a los gobiernos a estar a la altura de sus responsabilidades, protegiendo a sus ciudadanos de la crisis climática", ha señalado Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería.

> "El cambio climático es la mayor amenaza para la salud"

En la misiva se recuerda que la contaminación del aire causa más de siete millones de muertes prematuras cada año, es decir, 13 muertes por minuto. Los cambios meteorológicos y climáticos incrementan el número de enfermedades transmitidas por alimentos, agua y vectores. Cada año, los fenómenos meteorológicos extremos son más y se cobran la vida de miles de personas y repercuten directamente en la atención sanitaria.

"Ante esta situación los gobiernos han de tomar medidas que hagan que la salud humana y la equidad sean fundamentales en todas las acciones contra el cambio climático y su adaptación a él. Medidas que han de tomarse de manera inmediata para proteger el planeta y la salud, el bienestar y la prosperidad de todas las personas que viven actualmente y de aquellas que vendrán en el futuro", ha destacado Pérez Raya.

Los estudiantes de Enfermería analizan los retos de la profesión

ALICIA ALMENDROS. Madrid

"Vamos a tratar nuevos convenios de colaboración con distintas entidades, posicionamientos que saldrán en los próximos meses, asuntos que llevaremos al ministerio, en qué punto se encuentran nuestras relaciones internacionales que ahora mismo están en pleno auge y, sobre todo, vamos a reivindicar todo aquellos temas que nos afectan desde una perspectiva del trabajo en equipo como hemos hecho este año, porque juntos llegamos más lejos", adelanta Pilar Lozano, presidenta de la Asociación Estatal de Estudiantes de Enfermería (AEEE) antes de la inauguración de la XLIX Asamblea General Ordinaria de la asociación que reunía a los representantes de las universidades de toda España.

El año 2020 ha sido complicado para los sanitarios, pero especialmente para los estudiantes que vieron cómo su formación se paralizaba a causa del COVID-19. "Nos vimos afectados por situaciones como la cancelación de prácticas, la anulación de clases, seminarios prácticos que no se realizaban… todo llegando a suponer un riesgo de ampliación del plan de estudios y pasar de cuatro a cincos años de forma extraordinaria, porque no cumplíamos las horas que el plan de estudios estipulaba que teníamos que tener", explica Guillermo Laguna, secretario de la AEEE. "Ha sido un año de lucha constante en que hemos aprendido mucho acerca de la resiliencia y en el que el sentimiento de unión, que muchas veces nos falta a las enfermeras porque tendemos a trabajar cada una por nuestro lado, ha tenido un papel clave", añade Lozano.

> "El 2020 ha sido complicado para los estudiantes"

Organización colegial

El acto de inauguración de la asamblea contó con la presencia de Jose Luis Cobos, vicepresidente del Consejo General de Enfermería (CGE), y Sara Gasco, secretaria general del Colegio de Enfermería de Madrid (Codem). "Es una cita donde el consejo no puede faltar, porque el futuro de la profesión está en los estudiantes. Ha habido mucho trabajo durante este último siglo. La transformación de la profesión en España ha sido abismal. Pero hay temas en los que les tocará seguir luchando como, por ejemplo: la especialización, las ratios, nuevas competencias y sobre todo la estabilidad del empleo. Hay que estabilizar esos puestos de trabajo, no podemos tener a esos jóvenes con condiciones muy precarias que les hace abandonar la profesión en muchos casos", resalta el vicepresidente del CGE. "Los estudiantes son el futuro y debemos apoyarlos, auparlos y que reciban nuestro cariño. Además, se enfrentan a retos que, aunque parezca inaudito, son los mismos que hace más de 40 años, como son conseguir pasar del A2 al A1, que se instalen las especialidades en los puestos de trabajo y que las enfermeras tengamos puestos de gestión", añade Gasco.

El congreso que visibiliza las necesidades de salud del paciente

MIRIAM OLIVAS. Madrid

El diagnóstico de las enfermedades crónicas limita y afecta a todos los ámbitos de la vida de las personas que las padecen. Con el objetivo de priorizar las necesidades de salud desde la experiencia del paciente se ha celebrado el V Congreso de Organizaciones de Pacientes donde se ha visibilizado la dura realidad de las personas que sufren esta situación.

"La cronicidad es todo un reto para el Sistema Nacional de Salud, el 42% de los pacientes crónicos ahora mismo han empeorado de su patología principal o han añadido una nueva. Tardan más de 100 días en ser diagnosticados y aún no se ha recuperado la asistencia que conocíamos. Hemos pasado de la presencialidad a una llamada telefónica y se necesita gestionar este cambio y este nuevo marco de relaciones impulsado por las nuevas tecnologías", cuenta Carina Escobar presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes.

> "La cronicidad es todo un reto para el SNS"

Una situación que aumenta y se agrava cada vez más, principalmente, por el envejecimiento de la población española, así lo asegura el secretario general del Consejo General de Enfermería, Diego Ayuso: "La cronicidad en nuestro país es prioritaria, por pirámide de población cada vez tenemos más pacientes mayores, dependientes y con patologías crónicas debido a la esperanza de vida".

El detonante, la pandemia

La alarma ha terminado de saltar con la llegada de la pandemia que ha afectado gravemente a la salud de muchos pacientes crónicos. Desde el prisma de una de las enfermedades más duras, el cáncer, Inmaculada Escriche, vicepresidente de la Asociación Española de Afectados de Cáncer de Pulmón (AEACaP), relata los peligros de un diagnóstico tardío: "El principal problema que tuvimos en la pandemia es que las pruebas para el diagnóstico del cáncer de pulmón coincidían con las que se estaban realizando por COVID-19, poder acceder a un profesional que hiciera esos informes era mucho más tardío y difícil. La diferencia de diagnosticarnos en fases tempranas o hacerlo más tarde supone una esperanza de vida muy inferior".

Los pacientes crónicos

"Los pacientes crónicos han sido los grandes afectados de esta pandemia. Cuando hemos vivido una situación extraordinaria, estos pacientes se han sentido desatendidos. Ahora en estos momentos, es responsabilidad de todos los profesionales sanitarios y de los gestores aprender de las lecciones y trabajar de otra manera, de forma integrada y coordinada con nuevos circuitos asistencias para atender a estos pacientes como les corresponde", apunta Ana López-Casero, Tesorera del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos (CGCOF).

Poniendo encima de la mesa todas estas cuestiones se llegaron a puntos en común y se trazaron objetivos muy claros: "El recorrido por todo el Sistema Sanitario debe ser uniforme, independientemente del lugar por el que nos movamos, y hace falta hablar mucho con el paciente para crear consensos de atención", asegura Jesús Díez, presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

> "Los crónicos, los más afectados por la pandemia"

Importancia de la enfermería

Desde todos los ángulos también se puso en valor la presencia de las enfermeras y la vital labor que desempeñan junto a los pacientes crónicos. "Las enfermeras son líderes en la atención al paciente crónico y desde el CGE estamos impulsando que se implanten en todo el territorio nacional figuras como las enfermeras gestoras de casos o de continuidad asistencial", sentencia Ayuso.

Dos enfermeros diseñan un decálogo sobre autoprotección

ALICIA ALMENDROS. Madrid

El número de agresiones a sanitarios ha aumentado en los últimos años. Por ello, Francisco José Moreno y Alejandro Martín, ambos enfermeros del SUMMA112, han diseñado un decálogo sobre autoprotección en la intervención domiciliaria. "Este decálogo puede ayudar a mejorar la seguridad de uno mismo y del grupo en general. No es obligatorio coger todos los puntos porque cada intervención es diferente, pero si en cada intervención se puede coger uno o dos puntos y así evitar las agresiones, pues adelante", explica Moreno.

Llamar al telefonillo y subir por las escaleras para ver posibles vías de escape, el último profesional de la dotación que entre en el domicilio debe asegurarse de que no haya nadie detrás de la puerta de la casa o separar al paciente de las personas que generen más conflictos, son algunos de los puntos que se pueden encontrar en este decálogo. "Se trata de unas normas básicas de actuación que pueden ayudar a mejorar la seguridad en el equipo, pudiendo evitar lesiones. A lo largo de los años se han ido acumulando ideas, lecturas críticas, experiencias e incidencia. Y con eso, sumas y creas mucha información", resalta el enfermero.

La acogida por parte de los compañeros ha sido muy bien. "Es una manera de tener y obtener un punto más de seguridad en la dotación completa. Toda herramienta de trabajo, ya sean guías o decálogos, favorecen enormemente el trabajo del personal sanitario; y es cierto que existen muchas guías para saber actuar en caso de agresiones, pero el decálogo se acerca mucha a la realidad, por tanto, creo que la acogida va a ser muy buena", finaliza.

SUMMA 112
SaludMadrid

DECÁLOGO PARA LA AUTOPROTECCIÓN DURANTE LA INTERVENCIÓN

1. Confirmación la información recibida del SCU, y actualizarla antes de llegar a la intervención
2. Intervenir cuando estén presentes en el lugar las FCSE
3. Llamar al telefonillo y subir por las escaleras para ver posibles vías de escape.
4. Llamar a la puerta, preguntar a los alertantes sobre el estado del paciente (tranquilo, solo...)
5. Separa al paciente de las personas (familia o alertantes) que generen más conflictos. Evitar tapar las salidas de escape.
6. El último profesional de la dotación que entre en el domicilio, debe asegurarse de que no haya nadie detrás de la puerta de la casa.
7. Debemos permitir que el paciente aplique sus sistemas de autocontrol: fumar, andar...
8. Se establecerá vínculo entre el paciente y el profesional
9. La negociación con el paciente será realizada por personal sanitario, así como las condiciones del traslado
10. Por seguridad, no utilizar el ascensor para bajar al paciente a la calle o ambulancia

Autores: Francisco Moreno Gómez y Alejandro Martín Fernández

Psoriasis cutánea

UNA DE LAS PATOLOGÍAS DE LA PIEL QUE MAYOR TASA DE DEPRESIÓN CAUSA

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Alrededor de un millón de personas sufren psoriasis en España, una enfermedad inflamatoria crónica que afecta fundamentalmente a la piel y que supone una merma en la calidad de vida, conlleva el riesgo de sufrir otras patologías y ocasiona graves problemas en la salud mental de quien la padece.

Las administraciones deben ser conscientes de esta realidad y fomentar programas para potenciar el autocuidado, investigar nuevos tratamientos y mejorar el día a día de estos pacientes. Así se ha planteado durante la celebración del webinar "Psoriasis: cuidados del paciente e impacto en su calidad de vida", donde se ha puesto de manifiesto la necesidad de dar voz a los pacientes y educar a la población para evitar problemas de discriminación y estigma. Esta jornada, enmarcada dentro de la campaña 'En la piel de la enfermera', puesta en marcha por el Consejo General de Enfermería a través de su Instituto Superior de Formación Sanitaria,

> "Es muy típico que no vayan a la playa o a la piscina"

ISFOS, y con la colaboración de CeraVe, ha contado con la inscripción de más de 2.000 enfermeras, que buscan potenciar su formación en el cuidado y mejora de la calidad de vida de los pacientes.

"Con los datos en la mano, ver que en España un millón de personas sufren psoriasis supone un reto para el Sistema Nacional de Salud. Las enfermeras, como la profesión sanitaria más numerosa, tenemos que estar al frente del cuidado de estas personas y conocer todos y cada uno de los métodos para aliviar su dolencia, así como para prevenir problemas mayores de salud mental como la ansiedad o la depresión derivadas de la enfermedad", apunta Pilar Fernández, vicepresidenta del CGE y directora de ISFOS.

En esta misma línea se encuentra Manuel Eros Rodríguez, enfermero del Hospital Provincial Conxo de Santiago de Compostela, que ha recalcado que una de las principales funciones de los enfermeros con estos pacientes es escuchar. "Nuestra labor es escucharlos y dedicarles tiempo porque muchas veces lo único que necesitan es que se les preste un poco de atención", ha resaltado.

Picor

Entre otros síntomas, la piel con psoriasis presenta una alteración de la barrera cutánea, descamación y, además de los signos visibles, picor. "Cada día tenemos mejores tratamientos para esta patología, entre los que destacan los fármacos biológicos, que son tratamientos dirigidos contra la molécula que está alterada en la psoriasis", ha destacado Álvaro González Cantero, especialista en Dermatología y Venereología del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid) y del Grupo Pedro Jaén.

Asimismo, el enfermero ha explicado que uno de los mayores miedos, sobre todo entre los más jóvenes, es el aspecto físico que puede generar la psoriasis. "Les preocupa qué imagen reflejan y cómo les ve la gente, sobre todo cuando la afectación es en zonas visibles, como la cara o los brazos", ha subrayado Rodríguez. Además, ha apuntado que también suelen tener bastante preocupación "cuando ensucian porque tienen mucha descamación".

Este miedo viene derivado, muchas veces, del grandísimo estigma asociado a la enfermedad. "Una paciente me decía que es la peor enfermedad de todas, porque se lo tienes que contar a todo el mundo. Es muy típico que no vayan a la playa o a la piscina, que no se pongan pantalón corto… De hecho, es una de las patologías que mayor tasa de depresión tiene", ha advertido el dermatólogo Álvaro González.

Medidas higiénico-sanitarias

En su intervención, Mercedes Abarquero, farmacéutica y responsable de Comunicación Científica de CeraVe, ha destacado que el tratamiento farmacológico debe estar acompañado de medidas higiénico-sanitarias donde se incluya el uso de dermocosméticos. "Pueden ayudar a reparar la barrera cutánea y mejorar visiblemente el aspecto y el confort de estas pieles. La

> "Nuestra labor es escucharlos y dedicarles tiempo"

utilización de productos de higiene y de hidratación son claves en las pieles con psoriasis, en las que, además, es clave la incorporación de activos como el ácido salicílico, el LHA o lipohidroxiácido o la urea, que presentan propiedades queratolíticas y queratoplásticas, junto con activos como las ceramidas, que ayudan a reparar la barrera cutánea", ha resaltado Abarquero. De igual manera, Isabel Castillejo, directora de Relaciones Médicas de L'Oreal Cosmética Activa, ha destacado el compromiso de CeraVe para ayudar a "contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas a través del cuidado de la piel y, en concreto, ayudar a las personas con psoriasis cutánea, donde la enfermería juega un importante en el cuidado de estos pacientes".

Beca En la piel de la enfermera

Todavía estás a tiempo de mandar tus trabajos para optar a la beca de 6.000 euros que busca galardonar y llevar a cabo el mejor proyecto dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas a través del cuidado de la piel. El plazo de presentación de trabajos se ha ampliado al 31 de diciembre.

Para ver las bases, pincha aquí.

Juan José Tirado (CECOVA) y José Ramón Martínez Riera (AEC)

“Hace falta un nuevo modelo de atención domiciliaria liderado por enfermeras”

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

La atención domiciliaria es un tema crucial para una sociedad española caracterizada por el envejecimiento y la prevalencia de las patologías crónicas. Analizamos el tema de la mano de dos pesos pesados de la enfermería como son Juan José Tirado, presidente del Consejo de Colegios de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), especialista en Enfermería Geriátrica y en Enfermería del Trabajo; y de José Ramón Martínez Riera, profesor de la Universidad de Alicante y director de la primera Cátedra de Enfermería Familiar y Comunitaria de España, que compagina con la Presidencia de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).

José Ramón Martínez Riera (AEC)

¿Qué debe cambiar en la atención domiciliaria?

Juan José Tirado: Ya en 1998 Abellán explicaba que había que hacer planificación de los cuidados, que es nuestra área. En una población envejecida como la que tenemos es necesario dar esa cobertura de bienestar que merece la gente que ha estado toda la vida trabajando. Muchas veces las personas mayores no quieren ir a una residencia, la gente quiere ser atendida en condiciones en sus domicilios, pero para eso hay que mejorar muchísimo lo que existe actualmente. Hay una planificación, que proponemos desde enfermería, que mejora mucho la atención domiciliaria, para que no medicalice la atención domiciliaria y que, a la vez, tenga relación directa con Atención Primaria o con hospitalaria, según las necesidades del peciente. Para eso hemos trabajado en un par de proyectos, ya acabados, para que la población esté bien atendida y no requiera hospitalizaciones innecesarias ni internamientos en residencias donde las personas no quieren estar.

Pero las enfermeras de Atención Primaria tienen difícil llegar a toda esa población?

José Ramón Martínez Riera: Se trata de un problema de organización del sistema. El sistema ha optado por un sistema asistencialista, centrado casi exclusivamente en las consultas en los centros de salud, un modelo muy fragmentado y que centra toda su atención en la enfermedad en lugar de en la salud. De entrada, eso ya es un problema y conllevó a que se modificase la identificación de la “asistencia domiciliaria” pasando a ser “visita domiciliaria”, y las palabras no son inocentes, están cargadas de intención. Una visita domiciliaria es ir a un domicilio a hacer una asistencia puntual de alguna patología. De lo que se trata es de modificar esto, ya que la literatura ya indica que ni tan siquiera “atención domiciliaria” es lo correcto, sino “atención familiar domiciliaria”, porque en el domicilio a quien se atiende es a la familia en su conjunto.

Juan José Trado (CECOVA)

Pero, ¿existe una visión de los políticos de apostar por los cuidados a largo plazo?

Tirado: El problema es que nos hacen falta enfermeras en puestos de decisión, con planteamientos coherentes. Los políticos son cortoplacistas, les interesa el impacto del momento, la publicidad de decir “hemos creado un instrumento” o “hemos comprado un aparato”, por ejemplo. No son conscientes de la necesidad de atender a una población envejecida y con cronicidad, cuyos problemas, en muchos casos, se podían solventar con menos farmacología. Para que no haya esa fragmentación hay que apostar por las enfermeras, darles el valor que realmente tienen.

Riera: Yo iría un paso más allá. Decimos las enfermeras “pueden”. No, no pueden, las enfermeras no solamente pueden sino que “deben”. No es una opción, es una obligación. Pueden liderar, no adoptemos el papel de víctimas. Está claro que hay barreras y dificultades pero también hay que dar un paso al frente y decir “aquí estamos”, esto lo lideramos y estas son las respuestas que podemos dar.

De la mano del Instituto de Formación Sanitaria (ISFOS)

Más de 14.500 enfermeras se forman para ser líderes sanitarios

MARINA VIEIRA. Madrid

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

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

> "Queremos llegar a las más de 325.000 enfermeras españolas"

Formación frente al COVID-19

Otra de las grandes apuestas formativas del centro han sido las relacionadas con el COVID-19. En concreto, el seminario online "Actualización en el plan de respuesta ante el COVID-19", el webinar "Vacunación: nuevos escenarios y nuevos tiempos" y los seminarios *online* sobre pruebas diagnósticas y herramientas de apoyo psicológico ante la pandemia suman más de 15.000 asistentes. Le sigue el curso universitario "Liderazgo enfermero, desafío Nightingale" con un total de 14.586 alumnos. "La profesión avanza y las enfermeras necesitan adaptar su formación a los nuevos tiempos. Por esta razón estamos en continua creación de cursos que se adapten a las necesidades del momento de nuestras profesionales. Ahí está la clave del éxito, estamos a la vanguardia de lo que requiere cada situación concreta", recalca Pilar Fernández, directora de ISFOS.

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

"Nuestro objetivo es llegar a las más de 325.000 enfermeras españolas. La formación continuada es la receta para la excelencia en los cuidados que caracteriza a las enfermeras de nuestro país y queremos que todas nuestras profesionales puedan tener acceso a ella", afirma Pilar Fernández.

Clave durante la pandemia

Este último año, el COVID-19 ha puesto en jaque al sistema sanitario español e ISFOS ha dado respuesta a las necesidades de las enfermeras a través de todos sus cursos. Desde el primer momento se vio la necesidad de desarrollar cursos adaptados a esta nueva enfermedad y han resultado ser un gran triunfo. "Han sido un éxito sin precedentes no sólo en España, también en varios países de América Latina, que son países con los que siempre hemos trabajado e intercambiado experiencias formativas", resalta Pilar Fernández, directora de ISFOS.

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

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

La izquierda resucita sus viejos mantras

Los ataques a la sanidad privada, la defensa encendida del aborto y la eutanasia, y el cerco al tabaco van a convertirse con el paso de los meses en el centro del debate sanitario si, como parece, la pandemia de COVID-19 concede finalmente la tregua esperada. La apelación a tales clichés es ya un clásico. La izquierda recurre siempre a ellos cuando se agotan las legislaturas con el ánimo de entusiasmar a los adeptos, engatusar a los indecisos y sembrar de paso las dudas entre los rivales, y en esta ocasión tampoco habrá excepción.

El hostigamiento a clínicas y hospitales privados como supuesto ejercicio de defensa de lo público correrá principalmente a cargo de Unidas Podemos, de sanitarios afines y de las propias autonomías socialistas. En esta estrategia de erosión permanente hay que enmarcar los dardos envenenados lanzados ya al modelo Muface por el flanco de las iniciativas parlamentarias y la vía presupuestaria, y las bombas en la línea de flotación del modelo concesional mediante una palabra muy de moda en la actualidad: la reversión.

Como se sabe, Muface fue siempre objeto de persecución ideológica por parte de grupos contrarios a conceder oxígeno a aseguradoras y dispositivos sanitarios ajenos a la administración mediante fondos públicos, aunque sea para privilegiar a un nicho de votantes muy atractivo, como es el de los funcionarios. El problema de la desintegración de Muface es que podría hacer estallar por los aires el sistema público si se transfieren de golpe a la Sanidad pública los cerca de 1,8 millones de mutualistas y beneficiarios que ahora no se encuentran dentro de ella. Este bombardeo contra la privada se completa con la agónica situación financiera de Muface, que se mantendrá durante los próximos tres años tras la firma del nuevo convenio.

Con respecto a la reversión, la diana está clara: el mantra que se lanza es que la sanidad concesional debe retornar a lo público, empezando para ello por los hospitales que el Grupo Ribera Salud tiene en la Comunidad valenciana, sin importar que haciéndolo funcione mal lo que antes iba bien, como ocurre en Alcira, e ignorando que fue el propio PSOE el que apoyó en el Congreso de los Diputados en 1997 la ley que permite este modelo de gestión sanitaria. De hecho, un grupo de conocidos sanitarios izquierdistas está promoviendo una iniciativa parlamentaria destinada a consolidar esta reversión y a agitar de paso el debate. Los otros tres asuntos que saltarán a la palestra —el aborto, la eutanasia y el tabaco— son también clásicos. Los dos primeros tienen connotaciones ideológicas y Unidas Podemos tratará de apuntarse cualquier tanto. El último se usará como cortina mediática o bomba de humo cuando más convenga, que será cuando algún asunto grave esté perjudicando al Gobierno.

Consejo General de Enfermería
Nursing now España

CONGRESO DEL CIE ENFERMERÍA POR EL MUNDO

Fecha:
del 2 al 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
Email: secretaria@separ.es
https://www.separ.es/

XXVIII CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA Y IV CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

Fecha:
del 24 al 26 de noviembre de 2021
Organiza:
Sociedad Española
de Enfermería Neurológica
(Sedene)
Más información:
C/Fuerteventura 4,
Planta baja, Oficina 4,
28703 San Sebastián de los Reyes,
Madrid
Email.:
sedene@sen.org.es
Tel.: 664 295 264

X JORNADA DE SEAPA 2021

Fecha: 25 de noviembre de 2021
Lugar: Avilés
Organiza:
Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias (SEAPA)
Más información:
C/ Víctor Sáenz, 5 Bajo
33006 - Oviedo – ASTURIAS
Email:
webmasterseapa@gmail.com
Tel.: 635 208 132

IX CONGRESO INTERNACIONAL IBEROAMERICANO DE ENFERMERÍA

Fechas:
del 23 al 30 de marzo de 2022
Lugar:
Virtual
Email:
secretaria@funciden.org
https://www.campusfunciden.com/ix-congreso-internacional-virtual-iberoamericano-de-enfermeria-2022/

CONGRESO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN EMERGENCIAS

Fechas:
del 27 al 29 de abril 2022
Lugar:
Auditorio AXA (Barcelona)
Más información:
93 221 22 42
Email: barcelona@geyseco.es
wwww.geyseco.es

I BECA "EN LA PIEL DE LA ENFERMERA"

Organiza:
El Consejo General de Enfermería y CeraVe
Objetivo: promover iniciativas lideradas por enfermeras que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes a través del cuidado de la piel.
Dotación: 6.000 euros
Plazo de presentación: 31 de diciembre de 2021
Más información:
https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/en-la-piel-de-la-enfermera

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

Organiza:
Colegio de Enfermería de Jaén
Objetivo: fomentar y promocionar la investigación en la Profesión Enfermera
Dotación: primer premio 4.000 euros, segundo premio 1.800 euros y accésit de 1.000 euros
Plazo de presentación: 31 de enero de 2022
Más información:
https://enfermeriajaen.com/wp-content/uploads/2021/07/Bases.pdf

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

Tema:
Se otorgarán cuatro categorías en las áreas de investigación enfermera, innovación en procedimientos enfermeros, visilización enfermera y premio de honor
Dotación: 500 euros en cada categoría, menos en el premio de honor que se entregará una plaza honorífica.
https://forms.gle/vK85k2f9DEtfveuu6

OTOÑO EN PARÍS,

"JE T'AIME ENCORE"

(TE AMO DE NUEVO)

RAQUEL GONZÁLEZ.
París

Gracias en gran parte a la vacunación frente al COVID-19, estamos entrando ya en esa "nueva normalidad" de la que tantos meses llevamos hablando y que entre otras cosas nos permite recuperar algo que muchos echábamos en falta: viajar.

Y si de viajar hablamos, uno de los destinos por excelencia que resurge con fuerza es París, que vuelve en todo su esplendor.

En estas primeras semanas de otoño, la ciudad ha recuperado una vitalidad que nos impacta y las calles, sobre todo de zonas emblemáticas como Montmartre, se llenan de gente, muchos de ellos parisinos y franceses de la periferia que recuperan las calles de su ciudad.

FOTOS: RAQUEL GONZÁLEZ

Fundación Louis Vuitton

Fiestas y mercados

Y para celebrar la "rentrée" la ciudad no ha dudado en organizar distintos eventos como su fiesta de la vendimia, que durante los primeros días de octubre tomó de nuevo las calles aledañas al Sacré Coeur, tras haber sido suspendida en 2020, algo que no tenía precedente en sus 87 años de historia. Una alegría para turistas y comerciantes, aunque eventos como este, en los que su mayor atractivo son los puestos para comer y beber en la vía pública, contribuyen a agudizar el problema que la ciudad tiene actualmente con las ratas y que ha llevado a colocar carteles en determinadas zonas llamando a los ciudadanos a no tirar desperdicios en las calles debido a la proliferación de roedores.

Dentro de poco tendrá lugar otro evento esperado, el "beaujolais nouveau", su fiesta del vino joven para la que ya se prevén distintas actividades. La cita, como cada año, será el tercer jueves del mes de noviembre y se extiende al fin de semana.

Fundación Louis Vuitton

Más allá de visitas obligadas como la Torre Eiffel, el Sacré Coeur o una Notre Damme en plena restauración, la atractiva y cambiante oferta artística parisina hace indispensable revisar su programación cultural antes del viaje. Entre las exposiciones que actualmente pueden verse en la capital francesa destaca la colección de los hermanos Morozov que, por primera vez, sale de Rusia y ya puede visitarse en la Fundación Louis Vuitton hasta el 22 de febrero de 2022.

En total, 200 obras entre las que se encuentran óleos, esculturas, pasteles y fotografías de 47 artistas (17 de ellos rusos). Una oportunidad única para pasearse entre obras como *La Femme au fruit* (Mujer con fruta, Tahiti, 1893) de Paul Gauguin, *La Ronde des prisonniers* (La Ronda de Prisioneros, Saint-Rémy, 1980) de Vincent Van Gogh o *Les Deus Salmbanques* (Los dos saltimbanquis, París, 1901) de Pablo Picasso.

La Fundación Luis Vuitton, presidida por Bernard Arnault, propietario de LVMH, se encuentra a las afueras de París, en el Bois de Bolougne —el bosque más grande de París y dos veces Central Park— adonde puede llegarse fácilmente en metro desde el centro. El edificio, obra de Frank Gehry, es un icono en sí mismo que, como es habitual en el arquitecto canadiense, se nos presenta en sus habituales formas torcidas, escultóricas e inesperadas.

NUEVO HR-V e:HEV

SUV COUPÉ DE HONDA

DAVID RUIPÉREZ. Madrid

Muchas personas quieren dar el paso hacia un coche híbrido —con un motor eléctrico y uno de gasolina— pero no ven claro adquirir un modelo enchufable y prefieren uno autorecargable. En este terreno Toyota abrió el camino y es el referente absoluto, pero Honda y Hyundai-Kia también han desarrollado modelos de bandera mientras que la mayor parte de marcas europeas y americanas han pasado directamente de los modelos de combustión a los híbridos enchufables o a los eléctricos puros. El Honda CR-V ha tenido muy buena acogida por rendimiento, comodidad interior y diseño y ahora llega a final de año su hermano pequeño que adopta una estética más de SUV coupé, es decir, con una caída en la zona de atrás.

Sin resultar rompedor, el diseño es atractivo por fuera y por dentro y llama la atención su nuevo sistema de asientos modulables que permiten alterar su posición y plegar el asiento, además del respaldo, para acomodar muchos bultos en el suelo llegado el caso.

Destacan sus asientos modulables

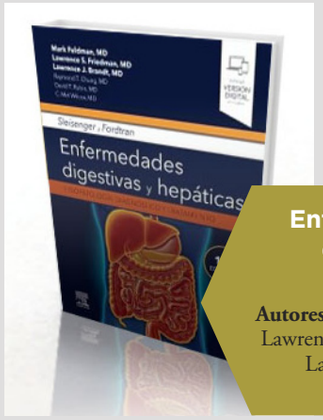
Y en cuanto al motor, con una conducción adecuada podemos reducir el consumo de combustible de forma palpable. Nos encontramos con un conjunto propulsor e:HEV que consta de dos motores eléctricos compactos y potentes que funcionan junto con un motor de gasolina DOHC i-VTEC de 1,5 litros, una batería de iones de litio y una innovadora transmisión de engranaje fija acoplada a una unidad de control de potencia. En cuando al precio, parte de los 30.000 euros.

Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023

Autores: Heather Herdman, Nanda Internacional y Shigemi Kamitsuru

Completamente actualizada y revisada por las editoras T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru y Camila Takáo Lopes, *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023, 12.ª ed.,* es la guía definitiva de los diagnósticos enfermeros, revisados y aprobados por el Diagnosis Development Committee (DDC) de NANDA-I. Indispensable para los profesionales de Enfermería y también para estudiar.

Editorial: Elsevier



Enfermedades digestivas y hepáticas

Autores: Mark Feldman, Lawrence S. Friedman Y Lawrence J. Brandt

Undécima edición, completamente actualizada que vuelve a reunir en dos magistrales volúmenes los conocimientos y la experiencia de cientos de reputados expertos especialmente de todo el mundo, que mantienen al día las más recientes técnicas, procedimientos y tratamientos para todo tipo de enfermedades digestivas y hepáticas.

Editorial: Elsevier

Cuidado de heridas en enfermería

Autor: Sebastián Probst

Obra imprescindible para cualquier enfermera que desee ampliar sus conocimientos en el área del cuidado de heridas. Está profusamente ilustrado con fotografías y esquemas en color, e incluye detallados casos clínicos que muestran la aplicación práctica de las más recientes investigaciones sobre el cuidado de heridas. Además, ilustra los conceptos desarrollados mediante numerosas fotografías y esquemas de color de las más recientes investigaciones sobre el cuidado de heridas.

Editorial: Elsevier

Maixabel

LA CAPACIDAD DE PERDONAR

ALICIA ALMENDROS. Madrid

Justo cuando se cumplen 10 años del fin de ETA la historia de Maixabel Lasa, mujer de Juan María Jáuregui, asesinado por la banda terrorista, pone encima de la mesa el debate de si existe la capacidad de perdonar al asesino de un familiar o amigo.

Lasa pierde, en el año 2000, a su marido a manos de ETA. Once años más tarde uno de los asesinos, tras haber roto sus lazos con la banda terrorista, quiere tener un encuentro con ella en la cárcel de Nanclares de la Oca (Álava) para mostrar su arrepentimiento. A pesar de las dudas iniciales y la oposición de parte de su familia y amigos, Lasa accede porque "todo el mundo merece una segunda oportunidad", explica a aquellos que le preguntan. Una historia que Icíar Bollaín ha llevado a la gran pantalla de la mano de Blanca Portillo como Maixabel, Luis Tosar como Ibon Etxezarreta y Urko Olazabal como Luis Carrasco; estos dos últimos los asesinos de Juan María Jáuregui.

> Una película donde prima el diálogo y la concordia

Claves

La película resalta tres puntos claves para Maxibel: el día del asesinato, el juicio y los encuentros con los asesinos. A lo largo de la obra se puede observar el diálogo de la viuda con sus familiares y amigos sobre el acercamiento a las víctimas poniendo en cuestión su verdadero arrepentimiento. Además, se pone encima de la mesa la eficacia del plan de mediación que durante algún tiempo sentó en la misma mesa a etarras y familiares de asesinados. Bollaín también muestra cómo es la vida de los etarras arrepentidos tanto dentro como fuera de la cárcel.

Sin duda, una película donde prima el diálogo y la concordia sin perder de vista lo trágico que es perder a un ser querido y el daño que la banda terrorista ETA ha hecho en nuestro país.

VALORACIÓN

★★★☆☆

"Una historia que pone los pelos de punta, pero a la que le falta algo de acción"

Monaco Virgen Nino Trono

La pintura italiana vuelve al Thyssen

REDACCIÓN. Madrid

Cuando en 1992 se inauguró el Museo Thyssen-Bornemisza, una importante y representativa sección de casi 80 obras de las escuelas italiana y alemana fue depositada para su exposición en el Monasterio de Pedralbes de Barcelona, gracias a un acuerdo firmado por el barón Hans Heinrich Thyssen-Bornemisza y el alcalde de la ciudad, Pasqual Maragall. En 2004, el conjunto se trasladó al Museu Nacional d'Art de Cataluyna (MNAC), en cuyas salas se sigue exponiendo en la actualidad.

Coincidiendo con la conmemoración en 2021 del centenario del nacimiento del Barón, diez de estas obras se presentan temporalmente en Madrid, donde tablas y lienzos de artistas como Taddeo Gaddi, Giambatista Piazzetta o Giacomo Ceruti, pueden verse en las salas de pintura antigua de la colección permanente. Entre la selección se incluye *La Virgen de la Humildad,* de Fra Angelico, una de las obras maestras de la colección Thyssen que sólo se ha podido ver en dos ocasiones en el museo, en 2006 y en 2009.

El recorrido comienza con tres tablas de Bicci di Lorenzo (1373-1452), *El ángel de la anunciación, La crucifixión con la Virgen y san Juan y La Virgen de la anunciación* (hacia 1430), un conjunto procedente de la colección escocesa Somerwell.

La Virgen de la Humildad (hacia 1433-1435), una obra maestra del monje dominico Fra Angelico (hacia 1395/1400-1455), se convierte en la pieza central de la sala 4 dedicada a la pintura italiana del siglo XV.

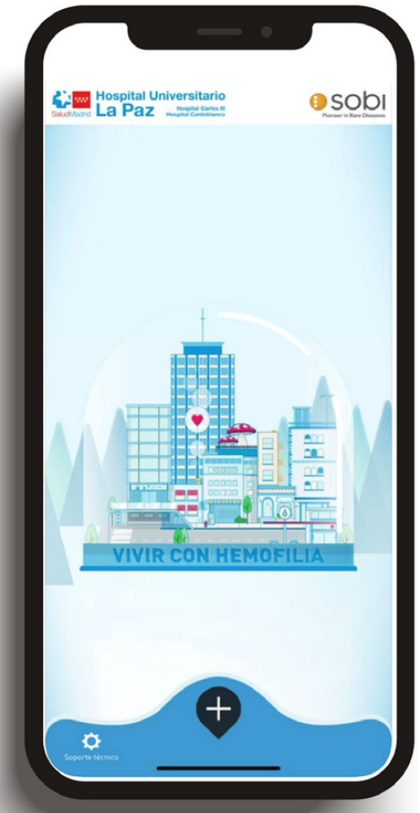
En la galería 6 se exponen *La lapidación de san Esteban,* (hacia 1525), atribuida a los hermanos Dosso y Battista Dossi, (1490-1541/1542 y 1490/1495-1548, respectivamente), y *La adoración de los Reyes* (hacia 1520), de un pintor anónimo denominado Maestro de la Adoración Thyssen, activo en Baviera y Austria hacia 1520. Y por último, en la sala 15 se puede observar la pintura italiana del siglo XVII y en la sala 18 la del siglo XVIII.

MÁS INFORMACIÓN

Lugar: Museo Thyssen-Bornemisza. Paseo del Prado, 8. 28014, Madrid. Salas de la colección permanente (1, 4, 6, 15 y 18).
Horarios: de martes a domingo de 10 a 19 horas. Lunes de 12 a 16 horas.
Tarifas: General 13 euros
www.museothyssen.org

Una *app* mejora la calidad de vida de los pacientes con hemofilia

REDACCIÓN. Madrid

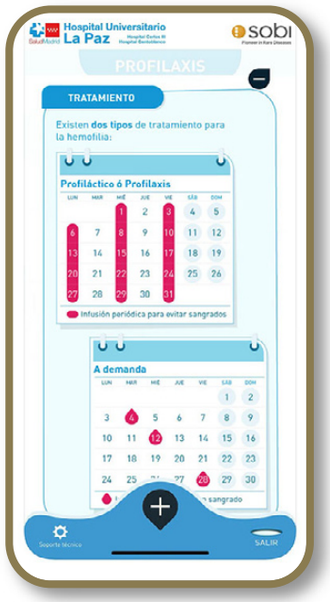


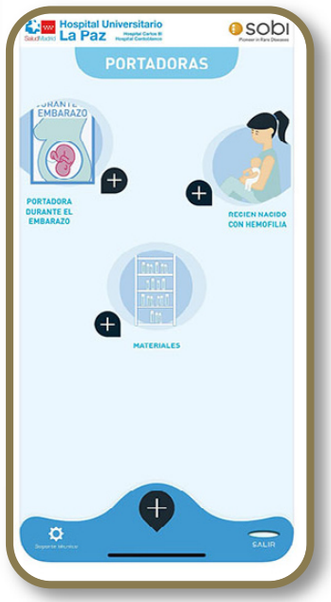
La hemofilia es un trastorno poco común en el cual la sangre no coagula normalmente. Facilitar información y consejos aplicables a la vida diaria de los pacientes con hemofilia y sus familiares es la finalidad de la *app* 'Vivir con Hemofilia', desarrollada por el Hospital Universitario La Paz, de Madrid, y su Servicio de Hematología, en colaboración con Sobi Iberia, compañía biotecnológica internacional dedicada al desarrollo de tratamientos innovadores para las personas que viven con enfermedades raras, y la Asociación de Hemofilia de la Comunidad de Madrid, ASHEMadrid. También han colaborado en esta iniciativa la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH), y la Federación Española de Hemofilia, Fedhemo.

Consejos

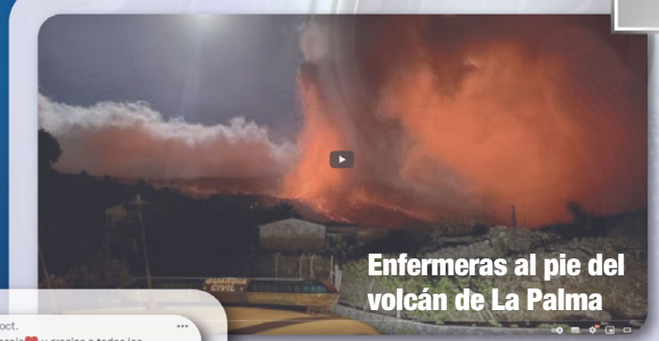
La aplicación facilita la comunicación entre los distintos servicios del hospital y la comunidad vinculada con la hemofilia. Para ello, cuenta con varios apartados con información relacionada con el servicio de atención farmacéutica o consejos a seguir en caso de urgencia. Además, de manera global, la *app* cuenta con apartados relacionados con la profilaxis, consejos a viajeros, aprender a vivir con hemofilia, actividad física e información dirigida a aclarar las dudas de las personas portadoras.

La *app,* en cuyo desarrollo ha participado Sobi Iberia, está cedida a la Fundación Idi-Paz y la gestión de su contenido la realiza el propio Servicio de Hematología de La Paz. Su descarga es gratuita y ya está disponible para teléfonos Android, en Google Play Store, y iPhone, en Apple Store.





LO + VIRAL



EC ENFERMERÍA CIENTÍFICA

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

■ Número 10 ■ 1-15 NOVIEMBRE 2021

SUMARIO

Estrategias y cuidados de enfermería en la prevención y mantenimiento de la salud cardiovascular del paciente oncohematológico 46

Estrategias y cuidados de enfermería en la prevención y mantenimiento de la salud cardiovascular del paciente oncohematológico

Concepción Fernández Redondo[1], Isabel Pérez Loza[2].

1 Enfermera Supervisora de Área de Cardiovascular del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. 2 Enfermera Cardiología Críticos, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Grupo de investigación de Enfermería Idival.

Dirección para correspondencia:
Concepción Fernández Redondo.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n 30120 El Palmar, Murcia.
Correo electrónico:
mconcepcion.fernandez2@gmail.com.

RESUMEN

El cáncer y las enfermedades cardiovasculares (ECV) presentan factores de riesgo comunes y sabemos que muchos pacientes con cáncer presentan cardiotoxicidad. Mantener la salud cardiovascular es de gran importancia antes, durante y después del tratamiento antineoplásico, e incluso en la fase posterior de supervivencia al cáncer. La identificación precoz de pacientes en riesgo de presentar cardiotoxicidad por tratamientos antitumorales es primordial para mejorar el pronóstico del paciente oncohematológico y su calidad de vida. Los cuidados de enfermería, orientados a la prevención, el control y el manejo de los efectos cardiotóxicos derivados de los tratamientos antineoplásicos, optimizan el tratamiento y repercuten positivamente en resultados de salud.

Palabras clave: Salud cardiovascular, tratamiento antitumoral, factores de riesgo cardiovascular, cardiotoxicidad, prevención, intervenciones terapéuticas en el estilo de vida, agentes antineoplásicos, cuidados de enfermería.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad frecuente y uno de los problemas de salud pública más importantes de los países desarrollados, consecuencia del envejecimiento de la población y la exposición a riesgos conocidos, si bien en la última década se ha registrado una disminución en su incidencia y una mejora de la supervivencia, basada en la prevención, la detección cada vez más precoz y en el avance de los tratamientos médicos[1]. Un elevado porcentaje de pacientes oncohematológicos reciben tratamientos antitumorales, cuya toxicidad genera numerosos efectos adversos (tabla 1) que pueden impactar negativamente en la calidad de vida del paciente[2].

Por todo ello, se hace necesario implantar medidas de prevención y una asistencia clínica organizada y coordinada, con nuevos roles, en los que destaca el de la enfermera experta en cuidados oncohematológicos, capaz de llevar a cabo una estrategia global de cuidados especializados, orientada a colaborar en la curación y en la ayuda al individuo y cuidador, que abarque la prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de casos, coordinación clínica y continuidad asistencial[1] siempre dentro de un marco multidisciplinar que favorezca una asistencia eficiente y de calidad, asegure la continuidad y establezca barreras para la prevención de eventos adversos que puedan afectar a los resultados de salud del paciente oncohematológico[3,4].

El rol de la enfermera que atiende al paciente oncohematológico tiene un matiz holístico, con intervenciones específicas que integren las necesidades físicas, emocionales y/o espirituales, la información, el aprendizaje del paciente/ cuidador y la continuidad asistencial[4] en el desarrollo del plan terapéutico, mediante el asesoramiento del paciente a través de los diferentes servicios y centros sanitarios que conlleva la aplicación del tratamiento, favoreciendo así el bienestar y la mejora de su calidad de vida[5] realizando una valoración según el modelo de necesidades humanas de Virginia Henderson[6] que permita conocer las condiciones basales del paciente antes de iniciar el tratamiento de quimioterapia, para emitir los diagnósticos de enfermería y planificar las intervenciones encaminadas a la prevención y manejo de la enfermedad y de los efectos secundarios de la quimioterapia. Se reevaluará la eficacia de las intervenciones en las sucesivas valoraciones que se realicen al paciente en los diferentes ciclos del tratamiento con quimioterapia para valorar su continuidad o si por el contrario deben de ser modificadas o sustituidas por otras[7].

En todas las valoraciones se deben contemplar cuidadosamente los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), como estrategia de prevención cardiovascular, dada la relación de cardiotoxicidad inducida por el tratamiento con quimioterapia[8].

Recomendaciones sobre pacientes en tratamiento oncológico[9] (tabla 2)

La información facilitada al paciente oncohematológico y su cuidador/familiar, en relación a su estado de salud y el proceso salud-enfermedad es de vital importancia, tanto desde el punto de vista médico, como de los cuidados de enfermería; ambas informaciones son complementarias y deben coordi-

TABLA 1 Principales complicaciones cardiovasculares asociadas a los tratamientos farmacológicos oncohematológicos y al tratamiento radioterápico

TOXICIDAD CARDIOVASCULAR	FÁRMACOS ASOCIADOS CON MÁS FRECUENCIA A TOXICIDAD CARDIOVASCULAR
Insuficiencia cardiaca	**Antraciclinas** (doxorrubicina, daunorrubicina, idarrubicina, epirrubicina, mitoxantrone, antracilinas liposomales) **Alquilantes** (ciclofosfamida, ifosfamida) **Antimicrotúbulo** (docetaxel, paclitaxel) **Anticuerpos monoclonales** (trastuzumab, bevacizumab)**Inhibidores de tirosin kinasa** (sunitinib, pazopanib, sorafenib, imatinib, dasatinib, lapatinib, nilotinib) **Inhibidores del proteosoma** (carfilzomib, bortezomib) **Taquicardiomiopatía por inhibición de fosfodiesterasa** (anegrelide)
Miopericarditis	**Antraciclinas** (doxorrubicina) **Alquilantes** (ciclofosfamida) **Anticuerpos monoclonales** (rituximab) **Fluoropirimidinas** (5-fluorouracilo) **Inmunoterapias** (nivolumab, pembrolizumab, ipilimumab) **ATRA** (ácido al trans-retinoico)
Enfermedad coronaria y aterosclerosis acelerada	**Fluoropirimidinas o antimetabolitos** (5-FU capecitabina, gemcitabina) **Platinos** (cisplatino) **Antimicrotúbulo** (paclitaxel, docetaxel) **Inhibidores VEGF** (bevacizumab, sorafenib, sunitinib) **Inhibidores del proteosoma** (carfilzomib, bortezomib) **Inhibidores de tirosin kinasa** (nilotinib)
Fibrilación auricular	**Alquilantes** (ciclofosfamida, ifosfamida) Cisplatino **Antraciclinas** (doxorrubicina) **Fluoropirimidinas o antimetabolitos** (5-FU, capecitabina, gemcitabina) **Inhibidores de tirosin kinasa** (ponatinib, sorafenib, sunitinib, ibrutinib) **Inhibidores de topoisomerasa II** (etopósido) Otros: paclitaxel, rituximab, bortezomib, romidepsin
Prolongación QT	**Antraciclinas** (doxorrubicina) **Inhibidores de histona deacetilasa** (depsipeptide, vorinostat romidepsin) **Inhibidores de tirosin kinasa** (axitinib, bosutinib, cabozantinib, crizotinib, dasatinib, lapatinib, nilotinib, sorafenib, sunitinib,vandetanib, vemurafenib) **Trióxido de arsénico** **Inhibidores de ciclina** (ribociclib)
HTA	**Inhibidores de tirosin kinasa** (bevacizumab, sorafenib, sunitinib, axitinib, vandetanib, regorafenib, ibrutinib)
Enfermedad venosa tromboembólica	**Inmunomoduladores** (talidomida, lenalidomida y pomalidomida) **Antimetabolitos** (5-fluorouracilo) **Cisplatino** **Inhibidores de BCR-Abl** (nilotinib, ponatinib, erlotinib) **Anticuerpos monoclonales** (bevacizumab) **Otros**: L-Asparraginasa, vorinostat
Hipertensión pulmonar	Dasatinib
	Principales complicaciones CV asociadas a radioterapia torácica
	Insuficiencia cardiaca Enfermedad coronaria y aterosclerosis acelerada Valvulopatías (principalmente aórtica y mitral) Fibrilación auricularTrastornos de conducción Disfunción de MP y DAI Patología pericárdica Enfermedad venosa tromboembólica

TABLA 2 Recomendaciones sobre pacientes en tratamiento oncológico[8]

Recomendación	Clase[a]	Nivel[b]	Ref[c]
Se debe considerar la cardioprotección para pacientes con alto riesgo que reciben quimioterapia de tipo I para la prevención de la disfunción del VI	IIa	B	160,161
Se debe considerar la optimización del perfil de riesgo CV de los pacientes en tratamiento oncológico	IIa	C	

narse[10] ya que va a repercutir en las actitudes y conductas del paciente/ cuidador y sin duda, influirá positiva o negativamente en la percepción de satisfacción de la asistencia prestada[11].

La comunicación enfermera-paciente oncohematológico y familia es fundamental para su implicación activa en el proceso, favorecer el afrontamiento de la enfermedad y enfocar el cuidado desde una perspectiva biopsicosocial y satisfacer las necesidades del paciente de manera asertiva y humana[10-12]. Una buena relación terapéutica es tan eficaz como el tratamiento médico y los procedimientos clínicos, dado que permite conocer las necesidades y preferencias del paciente y establecer una relación de ayuda, base del cuidado enfermero.

La educación para la salud es la mejor herramienta que puede proporcionar la enfermera en el paciente oncohematológico, fomenta la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud; el paciente y cuidador/familiar desconoce los efectos secundarios de la quimioterapia y la detección precoz de los mismos va a condicionar en gran medida la evolución y la calidad de vida del paciente[13]. El paciente con cáncer sufre un gran impacto emocional, ve alterado su rol personal y familiar y necesita consejos de prevención secundaria para saber gestionar su autocuidado y controlar las diferentes etapas de la enfermedad y del tratamiento con quimioterapia[14].

Conservar la salud cardiovascular es de gran importancia antes, durante y después del tratamiento con quimioterapia y los que reciben radioterapia en el tórax, que pueden ver dañado el miocardio e incluso presentar cardiomiopatía dilatada e insuficiencia cardiaca, con importante repercusión en la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes con cáncer. La protección cardiovascular (CV) requiere realizar estratificación del riesgo CV, supervisión CV durante y después del tratamiento del cáncer y el tratamiento de la enfermedad CV preexistente y de nuevo diagnóstico[15]. Educar en la profilaxis, en el control de FRCV y modificación del estilo de vida hacia hábitos de vida cardiosaludables es tan importante como el tratamiento médico[8,10].

Conseguir la continuidad asistencial del paciente oncohematológico no resulta difícil a través del hospital de día, gracias al trabajo multidisciplinar y coordinado de profesionales de diferentes especialidades, favoreciendo la menor interrupción laboral y/o familiar del paciente, minimizando las infecciones nosocomiales y optimizando la gestión de los recursos sanitarios[1].

ÁMBITO DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO ONCO-CARDIOLÓGICO

La enfermera responsable de la atención al paciente oncohematológico tiene un papel fundamental en cada una de las etapas que atraviesan los pacientes con cáncer, desde su diagnóstico hasta el fin de la enfermedad, proporcionando unos cuidados integrales necesarios al paciente, informando, acompañando y asesorando de manera continua al paciente durante todo el proceso de la enfermedad[10].

Los ámbitos específicos que constituyen las fases del proceso oncohematológico, en los que la enfermera debe de intervenir tanto de forma individual como coordinada con el equipo multidisciplinar son[1]:

1. Prevención

«*medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida*»[16].

- Prevención primaria: intervenciones que conducen a la reducción de la incidencia de casos de cáncer y aplicación de medidas encaminadas a controlar los factores de riesgo cardiovascular ya presentes[17-19], la modificación de estilo de vida podría evitar entre cinco y siete casos de cáncer de cada diez.
- Prevención secundaria: programas de cribado *(screening)*, de diagnóstico precoz con carácter poblacional para disminuir la prevalencia y mejorar el pronóstico de la enfermedad e instauración de medidas encaminadas a disminuir la progresión de la enfermedad, reducir el riesgo de recurrencias y la mortalidad por ECV[17-19].
- Prevención terciaria: acciones enfocadas a la recuperación de la enfermedad, la rehabilitación física, psicológica y social; con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas y acelerar la reinserción familiar, social y laboral de las mismas[17].
- Prevención cuaternaria: conjunto de actividades sanitarias que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por las intervenciones médicas innecesarias o excesivas del sistema sanitario[17].

2. Diagnóstico:

El diagnóstico correcto es uno de los factores fundamentales para una intervención asistencial eficaz en el que participa un equipo multidisciplinar y varios niveles asistenciales. Esta fase se caracteriza por el reconocimiento de síntomas como sospecha fundamentada de cáncer y las potenciales complicaciones cardiovasculares derivadas de la administración de quimioterapia. El diagnóstico del cáncer genera ansiedad en el paciente y alteraciones en su vida social y cotidiana, por lo que además de los cuidados clínicos, es importante el apoyo psicológico al paciente y su familia[10].

3. Tratamiento:

Requiere la utilización de la evidencia científica, el consenso y la coordinación profesional mediante los comités de tumores, teniendo en cuenta las características individuales de los pacientes. En esta fase del proceso oncohematológico, se deben instaurar medidas para minimizar el riesgo CV durante la administración de la terapia: modificar y tratar los factores de riesgo cardiovasculares (tabaquismo, hipertensión, diabetes, dislipidemia, obesidad) e incorporar cardioprotectores al tratamiento[20].

4. Seguimiento:

Se centra en la valoración de la respuesta al tratamiento y el control de sus posibles complicaciones, así como de las recidivas. Seguimiento clínico CV durante el tratamiento, al finalizar y a largo plazo (pacientes que superan una neoplasia es necesario, el 11% de los pacientes de 40 años que superan una neoplasia en la infancia sufren una cardiopatía grave, generalmente IC, o precisan tratamiento cardiovascular)[2].

5. Cuidados paliativos:

La fase avanzada o terminal de la enfermedad, implica a todos los niveles asistenciales con el objetivo de prevenir y aliviar el sufrimiento producido por el dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales[22].

Cuidados de enfermería

Los cuidados de enfermería son la base imprescindible para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente en relación a su estado de salud, alcanzar mayor grado de adherencia terapéutica y conseguir resultados de salud óptimos[1,22].

El proceso de atención de enfermería es el marco metodológico científico que guía el trabajo científico, profesional, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, para minimizar la variabilidad clínica, asegurar una atención de alta calidad centrada en lograr la recuperación, mantenimiento y progreso de salud de las personas, garantizar la seguridad del paciente y la del propio profesional, y que además permite evaluar los resultados de salud obtenidos, generando así evidencia enfermera[7] .

El proceso de atención de enfermería aplicado a la práctica asistencial, permite gestionar y administrar cuidados eficientes individualizados basándose en las respuestas de cada persona frente a una alteración real o potencial de su salud, promoviendo el pensamiento crítico. Para ello, la enfermera dispone de un lenguaje estandarizado o taxonomía (NANDA-NIC-NOC) que facilita su aplicación: NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) clasificación de diagnósticos enfermeros, NOC (Nursing Outcomes Classification) clasificación de resultados enfermeros y NIC (Nursing Interventions Classification) clasificación de intervenciones enfermeras. El proceso consta de cinco etapas correlativas y relacionadas entre sí: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación[5,23].

La valoración inicial es un proceso sistemático y dinámico que facilita que la enfermera, a través de la interacción con el paciente, los familiares y otros profesionales de la salud, obtenga y analice datos relevantes del paciente que le permitan, con juicio crítico, identificar y priorizar las intervenciones de su competencia necesarias para satisfacer las necesidades fundamentales del paciente y conseguir resultados de salud favorables[7]. Debe de enfocarse en el contexto de salud que vive la persona y en la respuesta humana a esa situación, para poder identificar las dificultades u obstáculos que puedan interferir en su recuperación y/o mantenimiento de la salud[13].

El diagnóstico de enfermería es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales, que requiere de la intervención enfermera para resolverlo o disminuirlo y orienta sobre qué intervenciones enfermeras son las más idóneas para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable[7].

Plan de cuidados al paciente oncohematológico

El manejo y cuidado del paciente oncohematológico es complejo y debe ser multidisciplinar; involucra una serie de procesos y/o áreas que proporcionen una atención integral y estandarizada, minimizando eventos adversos y que, si no consigue resolver el problema de salud, al menos lo maneje dentro de los cánones establecidos[2]. La enfermera, identificada como el profesional más cercano al paciente y a su familia, es la responsable de la coordinación de los cuidados[4].

Para establecer un plan de cuidados estandarizados es necesario identificar las áreas en las que se puede atender al paciente oncohematológico:

- Unidades de hospitalización. Los pacientes ingresan para recibir tratamiento y por complicaciones de este o de la propia enfermedad[1].
- Hospital de día: el paciente acude para recibir quimioterapia en régimen ambulatorio. En este ámbito, es fundamental proveer información y educación sanitaria para el autocuidado, tanto en la prevención como en la atención de los efectos del tratamiento, y asesoramiento para la etapa postratamiento[1].
- Atención Primaria. La prevención de la ECV debe practicarse en todos los contextos de atención sanitaria, incluida la Atención Primaria[9]: intervenciones de prevención y detección precoz del cáncer, detección de la enfermedad en estadios tempranos, valoración completa del paciente, educación sanitaria, seguimiento terapéutico y de las patologías crónicas actuales[24].

Recomendaciones sobre la estrategia de prevención de la ECV en el contexto de ingreso hospitalario agudo[9] (tabla 3)

Recomendación sobre prevención de la ECV en Atención Primaria[9] (tabla 4)

Los profesionales de la salud deben evaluar los factores de riesgo CV para determinar el índice de riesgo CV total individual y el médico de familia y la enfermera deben trabajar en equipo para proporcionar una atención multidisciplinar más eficaz[9].

La enfermera debe realizar una estrategia global de protección cardiovascular, con la promoción de un estilo de vida cardiosaludable (alimentación saludable, mantenimiento de un peso normal, realización de ejercicio físico regular) la identificación y control estricto de los FRCV (HTA, tabaquismo, dislipidemia, obesidad central, síndrome metabólico y diabetes), optimizando las medidas terapéuticas de protección cardiaca e identificando/tratando precozmente posibles toxicidades cardiovasculares, antes, durante y después del tratamiento (seguimiento estructurado)[8,2].

Cálculo del riesgo cardiovascular

En personas aparentemente sanas, el riesgo CV suele ser el resultado de múltiples factores de riesgo que interaccionan entre ellos. Esta es la base de la prevención en el enfoque general del riesgo CV. El sistema de puntuación SCORE25 calcula el riesgo a 10 años de ECV mortal y puede ayudar a la toma de decisiones lógicas y evitar tanto el exceso como la falta de tratamiento[9]. Las personas que presentan automáticamente un riesgo CV alto-muy alto no necesitan un sistema de puntuación de riesgo y requieren atención inmediata de los factores de riesgo.

En personas más jóvenes, un riesgo absoluto bajo puede ocultar un riesgo relativo muy alto, y en estos casos el uso de tablas de riesgo relativo o el cálculo de su «edad de riesgo» pueden ayudar a aconsejarles sobre la necesidad de esfuerzos preventivos intensos.

Recomendaciones sobre cómo calcular el riesgo cardiovascular[9] (tabla 5)

Estratificación de riesgo cardiovascular[25] (figura 1)

La American Society of Clinical Oncology (ASCO) publicó en 2017 la guía sobre *Prevención y supervisión de disfunción cardiaca en los sobrevivientes de cánceres adultos*, con 5 elementos clave[26]:

TABLA 3 Recomendación sobre estrategias de prevención de la ECV en el contexto del ingreso hospitalario agudo[8]

Recomendación	Clase[a]	Nivel[b]	Ref[c]
Se recomienda establecer estrategias de prevención para pacientes con ECV que incluyan cambios en el estilo de vida, control de los factores de riesgo y optimización farmacológica después de un evento agudo y antes del alta hospitalaria, con el fin de reducir el riesgo de mortalidad y morbilidad	I	A	300,553

TABLA 4 Recomendación sobre estrategias de prevención de la ECV en el contexto del ingreso hospitalario agudo[8]

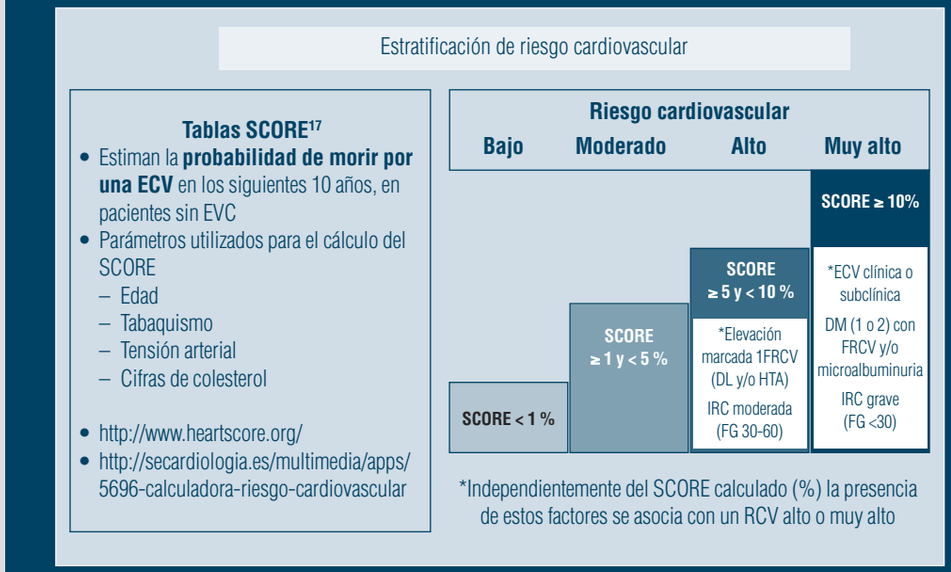
Recomendación	Clase[a]	Nivel[b]	Ref[c]
Se recomienda que los médicos de cabecera, las enfermeras y otros profesionales sanitarios de atención primaria ofrezcan prevención de la ECV a pacientes con alto riesgo	I	C	

Adaptación Española de las Guías Europeas de 2016.

TABLA 5 Recomendaciones sobre cómo calcular el riesgo cardiovascular[8]

Recomendación	Clase[a]	Nivel[b]	Ref[c]
Se recomienda calcular el riesgo CV total de los adultos mayores de 40 años usando un sistema de estimación del riesgo como las tablas SCORE, excepto cuando se los clasifique automáticamente como personas en riesgo alto o muy alto, basándose en una ECV documentada, DM (> 40 años), enfermedad renal o un único factor de riesgo extremadamente elevado	I	C	11,25

FIGURA 1 Estratificación de riesgo cardiovascular



http://www.escardio.org/static_file/Escardio/Subspecialty/EACPR/Documents/risk-assessment-score-card.pdf
FRCV: factor de riesgo cardiovascular; DL: dislipemia; HTA: hipertensión arterial; IRC: insuficiencia renal moderada; FG: filtrado glomerular; ECV: enfermedad cardiovascular; DM: Diabetes mellitus.

1. Identificar a los pacientes que están en riesgo de desarrollar una disfunción cardiaca: valorar la exposición a antraciclinas y radioterapia, el uso de inhibidores tirosina quinasa, y los posibles factores de riesgo cardiovasculares (tabaquismo, hipertensión, diabetes, dislipidemias y obesidad).
2. Estrategias para prevenir o minimizar el riesgo antes de iniciar la terapia: sometiendo al paciente a una evaluación clínica exhaustiva, descartando los posibles factores de riesgo cardiovasculares, y evitando o minimizando el uso de terapias cardiotóxicas.
3. Medidas para minimizar el riesgo durante la administración de la terapia: modificando y tratando los factores de riesgo cardiovasculares (tabaquismo, hipertensión, diabetes, dislipidemia, obesidad); incorporando cardioprotectores al tratamiento (dexrazoxano), administrando una infusión continua o liposomal de antraciclinas; valorando la dosis, los campos a tratar y la tecnología a utilizar en los pacientes que reciben radioterapia mediastinal.
4. Supervisión de los pacientes durante el tratamiento: mediante el seguimiento clínico, estudios de imagen (ecografía cardiaca, medicina nuclear, resonancia magnética), medición de biomarcadores séricos (troponinas, péptido natriurético) y su remisión al cardiólogo.
5. Supervisión de los pacientes con riesgo de disfunción cardiaca después del tratamiento, esta evaluación requiere de una cuidadosa historia clínica y examen.

El plan de cuidados del paciente oncohematológico debe de ir orientado a la atención de la salud física, espiritual y emocional del paciente, incidiendo en la prevención de complicaciones, detectando y controlando los efectos secundarios y proporcionando atención especial en los momentos críticos[27,28].

Siguiendo el modelo de valoración de Virginia Henderson, además de identificar los diagnósticos derivados de la administración de quimioterapia y/o radioterapia, es imprescindible detectar los derivados del estilo de vida, los factores de riesgo cardiovascular y las conductas de salud para prevenir las complicaciones de la cardiotoxicidad. Establecer los principales diagnósticos de enfermería nos va a permitir desarrollar las intervenciones más adecuadas, con el fin de minimizar los efectos secundarios y sus consecuencias, consiguiendo así mejorar la calidad de vida del paciente oncohematológico, además de proporcionar las herramientas adecuadas para el manejo de los síntomas, implicando en el proceso de cuidado, no solo al paciente sino también a su familia y cuidadores[8].

Los diagnósticos de enfermería[29-31] orientados a la protección de la salud cardiovascular (tabla 6)

DISCUSIÓN

La estrecha interacción entre oncología y ECV ha determinado un creciente interés por establecer equipos dedicados a los cuidados cardiovasculares de los pacientes con cáncer.

TABLA 6 Los diagnósticos de enfermería[29-31] orientados a la protección de la salud cardiovascular

Diagnóstico	NOC	NIC
(00126) Conocimientos deficientes r/c Información insuficiente *Características definitorias* Seguimiento incorrecto de las instrucciones	(1803) Conocimiento: proceso de la enfermedad (1813) Conocimiento: régimen terapéutico (1609) Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	(5602) Enseñanza: proceso de la enfermedad (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos (5614) Enseñanza: dieta prescrita (5612) Enseñanza: ejercicio prescrito
(00078) Gestión ineficaz de la salud r/c complejidad del sistema sanitario y demandas excesivas *Características definitorias* En su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud	(1601) Conducta de cumplimiento (1209) Motivación (1805) Conocimiento: conductas sanitarias	(4360) Modificación de la conducta (5510) Educación para la salud (4490) Ayuda para dejar de fumar (126) Manejo del peso (2380) Manejo de la medicación
(00146) Ansiedad r/c Amenaza para el estado actual *Características definitorias* Incertidumbre e incremento de la preocupación	(1300) Aceptación estado de salud (1305) Adaptación psicosocial: cambio de vida (1402) Control de la ansiedad	(4920) Escucha activa (5230) Aumentar el afrontamiento (5270) Apoyo emocional (5240) Asesoramiento (5820) Disminución de la ansiedad

La quimioterapia sigue siendo uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de varios tipos de cáncer y constituye la primera línea de tratamiento para múltiples localizaciones, ya sea usada como tratamiento exclusivo o combinado con otros procedimientos terapéuticos. Su uso ha permitido un aumento en la supervivienda de los pacientes con cáncer; no obstante, la frecuencia de su uso para lograr remisión, las dosis y su mecanismo de acción ha generado efectos secundarios en los pacientes[20]. La cardiotoxicidad es un efecto adverso conocido de la quimioterapia. Este efecto puede manifestarse de diversas maneras que van desde una elevación transitoria de la tensión arterial, bradicardia, hipotensión o arritmias, hasta una insuficiencia cardiaca no reversible[32]. Su prevención y tratamiento son medidas que se deben tomar de forma interdisciplinaria con estrategias para prevenir, identificar y tratar precoz y eficazmente estas complicaciones, lograr un enfoque global del paciente y facilitar una evolución adecuada, de modo que los pacientes puedan recibir el tratamiento indicado, con el menor número de efectos secundarios o interrupciones, que sin duda penalizan su pronóstico vital[20,33].

Para implementar estrategias de prevención primaria, hay que conocer el riesgo cardiovascular de la población a la que atendemos. Este riesgo se continúa estratificando según los factores descritos hace al menos cinco décadas, es decir, tabaco, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), alteraciones de los lípidos y obesidad. En los últimos años se han desarrollado varias técnicas, básicamente de imagen, que permiten detectar la afección vascular subclínica e intentan modificar la estrategia diagnóstica. En lo que respecta a la prevención secundaria, también se infrautilizan estrategias terapéuticas de demostrado beneficio; estrategias no sólo farmacológicas e intervencionistas, sino, lo que es más grave, simples medidas basadas en los cambios en el estilo de vida. Cuando ya hay evidencia de enfermedad cardiovascular establecida, se debe reforzar las medidas preventivas, aplicando también todas las estrategias terapéuticas con beneficio demostrado incuestionablemente, pero siempre insistiendo en la necesidad de mantener unos hábitos de vida saludables en todas las etapas evolutivas de la enfermedad[18].

Dentro de los equipos multidisciplinares, las enfermeras –como profesionales más cercanas al paciente y su cuidador– son responsables de la coordinación de los cuidados y son el nexo de unión en los diferentes niveles asistenciales, herramienta indispensable para garantizar un cuidado eficaz en el paciente oncohematológico[4].

Diferentes intervenciones de enfermería son costoeficaces, como la reducción del número de análisis y de pruebas diagnósticas[44], el control del dolor y la disminución de las estancias hospitalarias. Las intervenciones enfermeras mejoran la satisfacción del paciente y el estado emocional a través de las visitas de seguimiento (apoyo psico-social y manejo de los síntomas) y la calidad de vida es equivalente o ligeramente es mejor cuando el manejo del paciente lo lidera una enfermera.

Dada la relación de cardiotoxicidad inducida por el tratamiento con quimioterapia, es imprescindible contemplar cuidadosamente los FRCV, como estrategia de prevención cardiovascular; la promoción de un estilo de vida cardiosaludable (alimentación saludable, mantenimiento de un peso normal, realización de ejercicio físico regular) y la identificación y control estricto de los FRCV: la hipertensión arterial sistémica, la obesidad, la hipercolesterolemia, la hipertrigliceridemia, hiperglucemia, DM tipo 215.

CONCLUSIONES

La complejidad de cuidados del paciente oncohematológico exige que la enfermera esté capacitada con competencias generales y específicas actualizadas que le permitan detectar precozmente las complicaciones y controlar cualquier efecto adverso derivado del tratamiento y/o de la propia enfermedad, aplicando los protocolos establecidos en su área de trabajo y siguiendo las recomendaciones basadas en la evidencia y los estándares de calidad, que garanticen la continuidad de cuidados y la seguridad del paciente y la suya propia.

Las complicaciones cardiovasculares de las terapias antineoplásicas deterioran la calidad de vida y empeoran el pronóstico de los pacientes oncohematológicos; el abordaje multidisciplinar, con la enfermera de cardio-onco-hematología dentro del equipo, permite realizar un seguimiento del paciente desde el inicio de las terapias oncológicas, durante estas y en la fase de supervivencia, e implementar estrategias para prevenir, identificar y tratar precoz y eficazmente estas complicaciones.

Es necesaria una formación continua de la enfermera y fomentar la investigación en este campo que permitan conocer las necesidades reales y establecer áreas de mejora para proporcionar una asistencia integral al paciente oncohematológico.

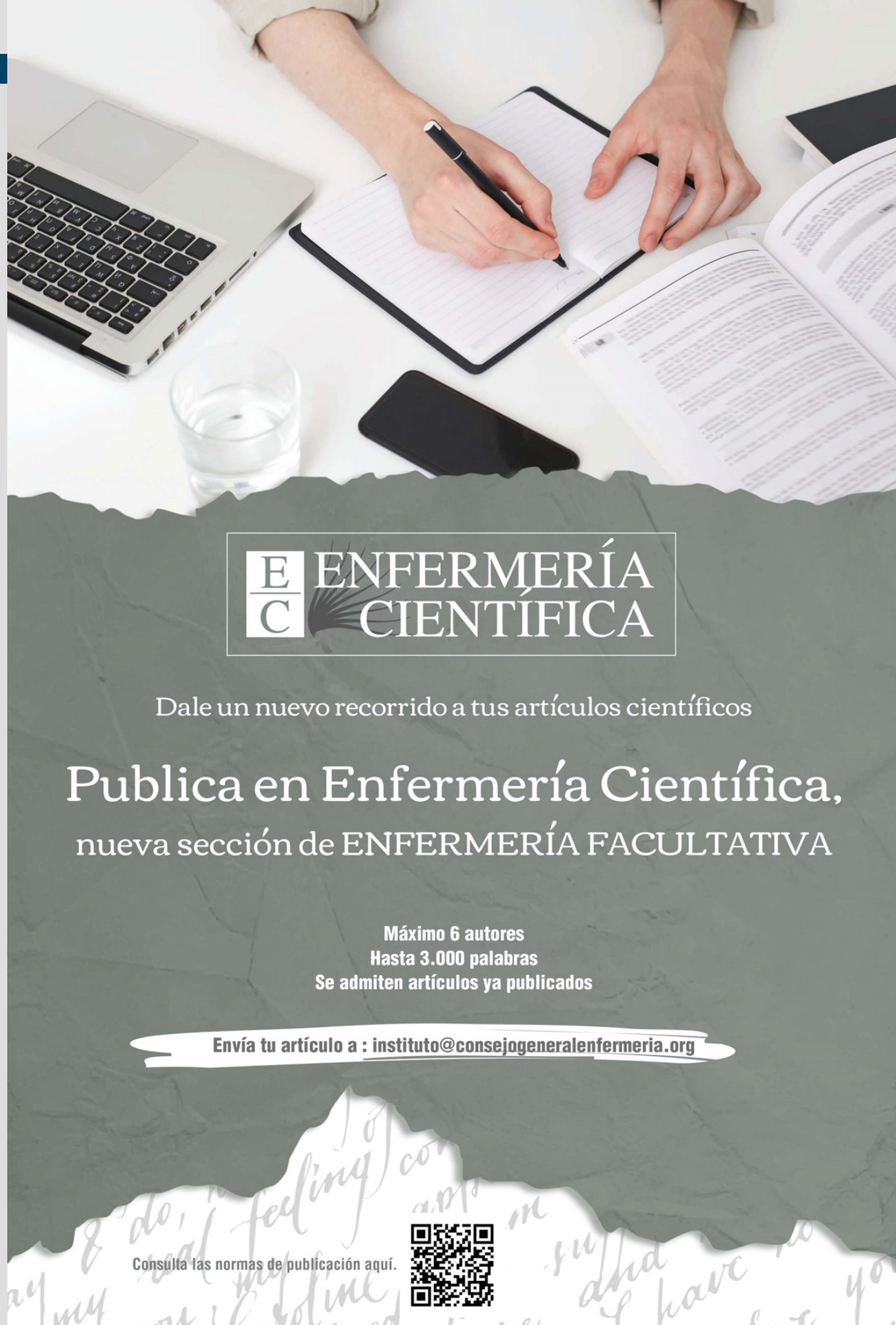
CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torrens.R.M. Atención al paciente oncológico desde la perspectiva de enfermería. c2010, Fundacion Dr. Antonio Esteve Llobet i Vall-Llosera
2. E-08032 Barcelona ISBN: 9788493816322.Direccion URL: http://www.esteve.org. 2. T. López-Fernández et al. Cardio-Onco-Hematología en la práctica clínica. Documento de consenso y recomendaciones Rev Esp Cardiol. 2017;70(6):474–486.
3. EU Ma rcela Díaz F.ET AL. Enfermería Oncológica: Estándares de Seguridad en el manejo del paciente oncológico [REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(4) 694-704].
4. Reñones Cregoa, M.C.et al. Estrategias para la mejora del cuidado del paciente oncológico: Resultados del proyecto SHARE (Sesiones interHospitalarias de Análisis y Revisión en Enfermería). Enferm Clin. 2016;26(5):312-320 dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.04.005
5. García González, Marta María. Actuación de enfermería frente a la toxicidad inmediata de la quimioterapia. Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla. Trabajo de grado Junio 2016.
6. Montesinos, JG y cols. Validación de un instrumento de valoración de enfermería cardiovascular con el enfoque de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2011;19 (1): 13-20.
7. Proceso de Atención de Enfermería (PAE) Rev. Salud Pública Parag. 2013; Vol. 3 Nº 1; Enero-Julio2013. Pág.41-48. Disponible en: http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/viewFile/24/10
8. Alejandra Meaney et al. Un corazón sano durante la quimioterapia. GAMO Vol. 8 Supl. 3 2009. Artículo de revisión.
9. Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2016;69(10):939.e1-e87. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.09.004
10. Alonso Fdez, J. Información de Enfermería en Pacientes Oncológicos (Estudio piloto). Trabajo Fin de Grado. Junio, 2016.
11. Martín Padilla, E.et al Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. Rev Calid Asist. 2014;29(3):135-142. http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.11.007.
12. Naranjo B. Ic, Ricaurte G.GP.La comunicación con los pacientes.Invest.educ.enferm 2006; 24(1):94-98.
13. García Cruzate, M. V. Validación de una guía de cuidados para el manejo y control de los efectos secundarios post quimioterapia según la opinión de enfermeros. Servicio de Especialidades Médicas y Quimioterapia Hospital Alberto Sabogal Sologuren- Essalud. [Trabajo de Fin de Grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana. 2014.
14. Joana Mafalda da Cunha, Silva. Estrategias para el autocuidado de las personas con cáncer que reciben quimioterapia / radioterapia y su relación con el bienestar. Enfermería Global Nº 37 Enero 2015.
15. L.F. Nhola, H.R. Villarraga. Fundamentos de las unidades de cardio-oncología. Rev Esp Cardiol. 2017;70(7):583–589 http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.01.025
16. Promoción de la Salud Glosario - World Health Organization. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Manual Seom de Prevención y Diagnóstico Precoz del Cáncer. 2017. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) ISBN 978-84-697-4630-1.
18. Mazón-Ramos, P. Riesgo cardiovascular en el siglo XXI. Cómo detectarlo en prevención primaria. Cómo controlarlo en prevención secundaria. Rev Esp Cardiol. 2012;65(Supl. 2):3-9 - Vol. 65 Núm.Supl.2 DOI: 10.1016/j.recesp.2012.07.004
19. 1.ª CONFERENCIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD en la Práctica Clínica en España Prevención Cardiovascular. 2007, Ministerio de Sanidad y Consumo. ISBN: 978-84-96761-50-6.

20. Morales Yera RA, et al. Cardiotoxicidad inducida por quimioterapia. CorSalud 2018 Ene-Mar;10(1):68-77.
21. Nabal M et al. Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de control de síntomas. Aten Primaria. 2006;38(Supl 2):21-8.
22. Montesinos Jiménez, G.et al. Validación de un instrumento de valoración de enfermería cardiovascular con el enfoque de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2011;19 (1): 13-20.
23. Manrique F., Puerto H. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas en tratamiento oncológico. Investigación y Educación en Enfermería [revista en Internet] 2008 [acceso 05 de agosto del 2018], 23(5). Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/1052/105212447003.pdf
24. Suárez Lobo, M.J. et al. Asistencia a consultas de enfermería en Atención Primaria por pacientes oncológicos. PARANINFO DIGITALMONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD. ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n25/188.php
25. European SCORE Memo Card - European Society of Cardiology. https://www.escardio.org/.../Escardio/.../EACPR/.../risk-assessment-score-card.pdf
26. Armenian SH, Lacchetti C, Barac A, Carver J, y cols. Prevention and monitoring of cardiac dysfunction in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. J Clin Oncol. 10 Mar2017; 35(8):893-911. doi: 10.1200/JCO.2016.70.5400
27. Servicio Extremeño de Salud [sede Web]. Mérida: Junta de Extremadura; 2011 [actualizado 2011; acceso 16 de marzo del 2016]. Planes de cuidados de enfermería en Atención Especializada: estandarización en Extremadura. Disponible en: http://respir20.diba.cat/sites/respir20.diba.cat/files/libro_planes_cuidados_especializada.pdf
28. Capllonch Teba V. Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia. INQUIETUDES nº 49 - enero - diciembre 2015 - p. 35-43.
29. NANDA INTERNACIONAL. Titulo: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Editorial: Elsevier. Año: 2015.
30. Moorhead, S.- Johnson M.- Mass M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5th Edition ISBN: 9788490224151.
31. McCloskey Dochterman,J.- Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6th Edition. ISBN: 9788490224137.
32. García Cruzate, M. V. Validación de una guía de cuidados para el manejo y control de los efectos secundarios post quimioterapia según la opinión de enfermeros Servicio de Especialidades Médicas y Quimioterapia Hospital Alberto Sabogal Sologuren- Essalud. [Trabajo de Fin de Grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana. 2014 .
33. Joana Mafalda da Cunha, Silva. Estrategias para el autocuidado de las personas con cáncer que reciben quimioterapia / radioterapia y su relación con el bienestar. Enfermería Global Nº 37 Enero 2015.



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, subrayando 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 tesauro 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, sí 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 Conclusiones; 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 ilustraciones 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