

LA REVISTA DE LOS PROFESIONALES COLEGIADOS DE ENFERMERÍA

enfermería

facultativa

Año XXV

Número 375

1-15 septiembre 2022



LA SALUD MENTAL, TEMA TABÚ EN EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO



Delimitan el marco de actuación de las enfermeras en Radiología



Las enfermeras alertan de la peligrosidad de los “pinchazos en las discotecas”



Premios de Investigación
Consejo General de Enfermería

Contribuye al avance de la profesión con tu iniciativa

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

2ª EDICIÓN

Hasta el 16 de octubre

6 galardones

55.000 € en premios

Manda tu propuesta a: instituto@consejogeneralenfermeria.org



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA

“

Constantes vitales

”



Florentino Pérez Raya

Presidente del Consejo
General de Enfermería

Acabar con el tabú

Arranca un nuevo curso político en el que la Sanidad no va a protagonizar los desvelos de nuestros representantes a nivel nacional ni autonómico. La pandemia colea y sigue presente -vamos a ver cómo llega la temporada otoño e invierno- pero por fortuna este negro capítulo de la historia reciente nos preocupa menos que el precio de la energía o la delicada situación geopolítica mundial. Pero no por ello debemos dejar de pelear por la salud de la población, por un sistema sanitario herido, desde esta institución y desde todos los frentes enfermeros (sindicatos, sociedades científicas, directivos, universidades...). Debemos trasladar a los máximos responsables sanitarios, en realidad a los líderes de todas las formaciones, que nuestra sanidad agniza entre otras razones por la falta de enfermeras, por sus condiciones injustas y por los frenos a su desarrollo. Resulta crucial trasladarles ese potencial para generar bienestar a una población envejecida y con patologías crónicas que propicia una enfermería fuerte, especializada, con capacidad para poner en marcha proyectos de salud innovadores.

Y precisamente en este número de ENFERMERÍA FACULTATIVA abordamos en detalle un proyecto pionero en materia de salud mental. Una iniciativa que tiene como escenario el Hospital Clínic de Barcelona y que se centra en un tema tabú como son los problemas de naturaleza psiquiátrica y psicológica en embarazo, parto y posparto. Tendemos a idealizar la maternidad y a establecer una teórica felicidad obligada cuando llega a la familia un nuevo miembro, buscado, querido y sano. Pero la realidad de un cambio tan drástico en la vida, en las rutinas, en la pareja, no siempre es acorde a los tópicos y a las ideas preconcebidas. Hay muchas madres que requieren de ayuda y apoyo especializado y las enfermeras de Salud Mental pueden tratar y abordar la depresión postparto —y otros trastornos asociados— para evitar que los casos evolucionen hacia situaciones de infelicidad permanente para todos, incluso poniendo —en un caso extremo— en riesgo la vida de madres e hijos.

2022

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

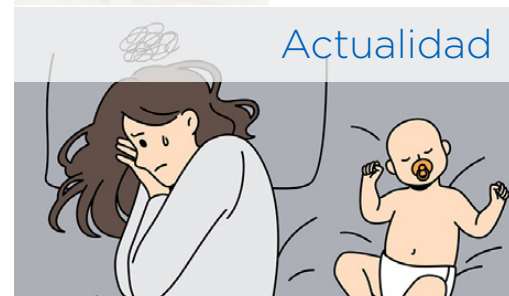
 **www.isfos.com**



Sumario

Número 375

1 - 15 Septiembre 2022



Actualidad

6

Portada

La salud mental, tema tabú en el embarazo, parto y postparto

14

Noticias

- Delimitan el marco de actuación de las enfermeras en Radiología
- Las enfermeras alertan de la peligrosidad de los “pinchazos en las discotecas”

Formación

Casi 125.000 enfermeras se forman con ISFOS desde su creación en 2020

44

Noticias

Abierta la inscripción a los cursos de expertos universitarios de ISFOS

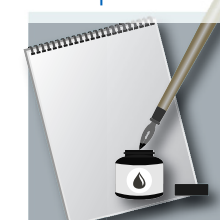
46

Un rincón para la reflexión ética

Rafael Lletget: “¿En qué quedó la campaña Nursing Now? (II)”

48

Servicios profesionales



Ocio y cultura



54

Viajes

Lanzarote: La vida entre volcanes

56

Motor

Nuevo Opel Astra Sports Tourer, a contracorriente

61

Cine

Un otoño de estrenos, que culminará con *Avatar 2*

Las funciones de la enfermera en un quirófano de trasplante capilar

65

Normas de publicación de artículos científicos

76

Enfermería Científica



Staff

Director: Florentino Pérez Raya. **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), Juan José Campillos (j.campillos@consejogeneralenfermeria.org), Irene Ballesteros (i.ballesteros@consejogeneralenfermeria.org). **Consejo editorial:** Pilar Fernández, José

Ángel Rodríguez, José Vicente González, Francisco Corpas, Diego Ayuso y José Luis Cobos. **Asesora Internacional:** Alina Souza. **Diseño:** Kelsing Comunicación. **Maquetación:** Fernando Gómara y Ángel Martínez. **Ilustraciones:** Augusto Costhazo. **Asesoría Socioprofesional:** María José Fernández. **Enfermería Científica:** Instituto de Investigación Enfermera (instituto@consejogeneralenfermeria.org).

Enfermería Facultativa: C/ Sierra de Pajarejo, 13. 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.

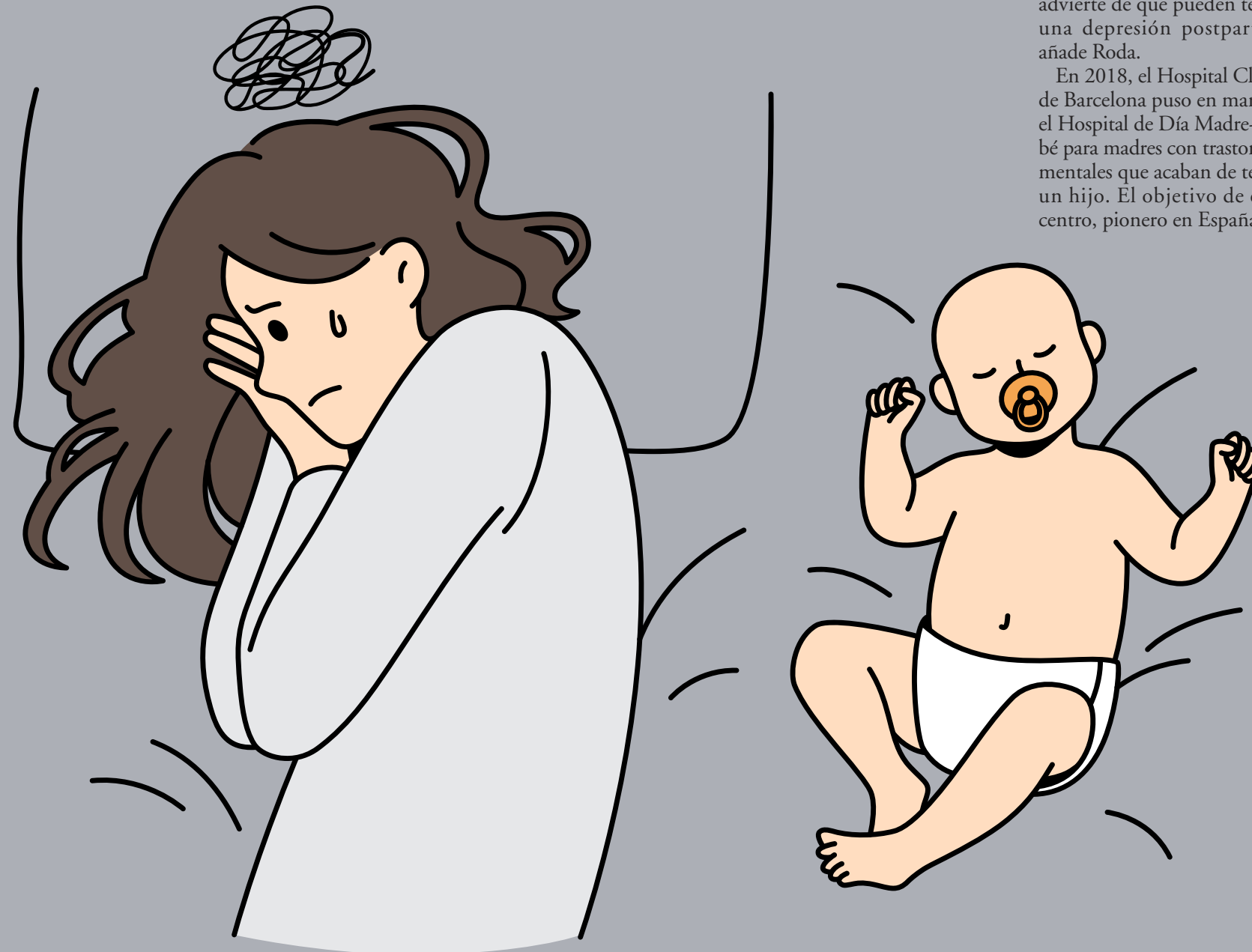
LA SALUD MENTAL, TEMA TABÚ EN EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

ALICIA ALMENDROS. Madrid

La creencia de que cuando nazca tú bebé y le veas la cara serás feliz de golpe es algo que solemos escuchar casi a diario cuando una mujer está emba-

razada. Nos preparan para el éxito feliz y, en muchas ocasiones, la realidad es bien diferente. “Hay una idealización de la maternidad. Representa

que tienes que vivir dentro de unos parámetros establecidos y hay que actuar en función a eso porque la sociedad así te lo inculca”, comenta Esther



Roda, enfermera especialista en Salud Mental del Hospital de Día Madre-Bebé del Hospital Clínic de Barcelona. “Por tanto, hay una idealización de la maternidad. A las mujeres no se les explica que van a tener náuseas durante el embarazo, complicaciones gastrointestinales, dolor durante el parto que no sabes si vas a poder gestionar, que el parto puede acabar en cesárea y lo que esto supone, que pueden separarlas del niño al nacer... Y, sobre todo, no se les advierte de que pueden tener una depresión postparto”, añade Roda.

En 2018, el Hospital Clínic de Barcelona puso en marcha el Hospital de Día Madre-Bebé para madres con trastornos mentales que acaban de tener un hijo. El objetivo de este centro, pionero en España, es

mejorar la prevención, la detección y la intervención de los trastornos mentales graves mediante el uso de tratamientos especializados en las patologías mentales perinatales. Ofrece terapias intensivas y específicas durante el año siguiente al parto y que evita el efecto que tiene el hecho de separar a la madre del bebé y facilitar que la madre siga amamantando y cuidando del bebé de forma supervisada, acompañada y asistida. Por ello, se elabora un programa

Una de cada 10 madres puede tener depresión postparto

individualizado, adecuado a las necesidades de cada mujer y su bebé, tanto durante el embarazo como en los primeros doce meses del niño. “El eje vertebrador de nuestro trabajo es la salud mental, pero en el hospital confluyen muchas especialidades y por tanto intervienen muchos profesionales: matronas, enfermeras, psiquiatras, psicólogas, pediatras, trabajadora social...”, expone Roda. “Trabajamos desde una perspectiva de género, para identificar el estigma de la enfermedad mental, desmontarlo, armarlo de manera constructiva y fomentar las fortalezas de las mujeres”, afirma la enfermera.

Vínculo con el bebé

La paciente puede llegar a este centro desde Atención Primaria, hospitalaria o cualquier dispositivo de salud mental. Y, una vez llegan al

centro se les hace un proceso de evaluación de diagnóstico y se establece un plan de atención específico para mejorar su estado y calidad de vida. “Evaluamos los diferentes patrones funcionales de la persona. Si tengo que destacar alguna patología, diría que la de la familia de la ansiedad es muy predominante, así como un ánimo afectado que al fin y al cabo es lo que define un poco lo que es la salud mental: pensamientos, emociones, conducta... Pero no sólo nos centramos en una única persona, nuestro foco de atención es la unión madre-bebé”, resalta la enfermera especialista en Salud Mental.

“El vínculo con el bebé es clave. Por tanto, nos ocupamos también de cuáles son las dificultades que existen en esa unión. Principalmente trabajamos todo lo que tiene que ver con los cuidados del bebé, ya sea a la hora del baño, porque la madre encuentre alguna dificultad para hacerlo sola o exista algún miedo; salir al parque a pasear, la introducción de alimentos, la lactancia ya sea materna o artificial...”, expone Carmen Naranjo, especialista en Pediatría del Hospital de Día Madre-Bebé del Hospital Clínic de Barcelona. “Y una vez que la madre se va de alta, hacemos grupos de parentalidad positiva en las que también interviene el padre”, añade.

Las personas se acaban aislando cuando existe una situación de discomfort emocional. “El bebé formaría parte de esa relación. Eso no quiere decir que no quieras al bebé de forma definitiva o inamovible, sino que estás pasando un proceso de enfermedad que siendo acompañada y tratada por un equipo multidisciplinar podrás superar”, afirma





Roda. “Ayer, por ejemplo, se iba una mamá de alta y comentaba que vino al centro con un bebé y se iba con su bebé”, cuenta la enfermera.

Salud Pública

Los Trastornos Mentales Perinatales (TMP) han sido destacados, en los últimos años, como un importante problema de salud pública, por el impacto que tienen sobre la salud y calidad de vida de las mujeres y de sus hijos a corto y largo plazo, y se ha señalado la necesidad urgente de mejorar la detección, prevención y tratamiento especializado. “La salud mental en general y la materna más específicamente continúan siendo temas tabú. Tanto a las madres como a la familia, e incluso a profesionales, les cuesta reconocer que están sufriendo algún problema de salud mental en una etapa en la que de ellas se espera ilusión y poder con todo”, argumenta Alba Roca, psiquiatra y jefa de la Unidad de Salud Mental Perinatal del Hospital Clínic. “Una de las formas de romper esas barreras es hablando sobre los trastornos mentales en la etapa perinatal, difundiendo su existencia a la población general y cómo identificarlos, e integrarlos en la atención a la salud de la mujer gestante donde se explora mucho la salud física pero poco la mental”, prosigue.

La salud perinatal es una etapa que engloba desde el embarazo hasta el primer año

“Existe una idealización de la maternidad”

de postparto. Hay un abanico muy amplio de patologías: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos... Pero dentro del periodo perinatal hay algunas entidades más específicas como por ejemplo la depresión perinatal. “Antes se hablaba mucho de depresión postparto, pero ahora el concepto ha cambiado porque se ha visto que muchas de estas depresiones se inician durante el embarazo. También existe el luto perinatal, que es la pérdida del bebé, un ámbito que últimamente se visualiza mucho más. Así mismo, hay la vivencia traumática del parto y esto tiene complicaciones como por ejemplo depresión o dificultad para vincularse con el bebé”, comenta Roca.

Depresión

Se calcula que 1 de cada 5 mujeres presentará un trastorno mental a lo largo de la gestación y/o postparto, siendo la depresión la complicación más frecuente del embarazo. También existe alto riesgo en este periodo para aquellas mujeres con trastornos mentales previos. El término depresión postparto es lo que más hemos escuchado y puede parecer que es el trastorno más frecuente. “Es de lo que se habla más porque, por suerte, se ha avanzado mucho en la detección y el diagnóstico. Aun así, estamos lejos de donde tendríamos que estar en el conocimiento y el buen tratamiento de las depresiones postparto. Afecta a un 10% de las mujeres y puede tocar a cualquier mujer independientemente de donde viva, su situación económica, la edad, la etnia... Hay varios grados de depresión postparto, desde depresiones leves hasta las

La depresión puede aparecer a lo largo de todo un año

más graves que pueden requerir ingreso”, explica la psiquiatra.

Muchas depresiones postparto empiezan antes del alumbramiento. “El 50% de mujeres empiezan a experimentar síntomas durante el embarazo. Por lo tanto, si lo detectas en este punto, ya puedes empezar a activar una serie de mecanismos de apoyo. Lo que pasa es que todavía está muy extendida la creencia de que será una cosa que pasará, que cuando nazca el bebé y le vea la cara, la madre ya será feliz de golpe. El vínculo no es automático y si estás deprimida es más probable que no sea bueno, porque las emociones están alteradas y por más que nazca un bebé no hará que la situación cambie de golpe. Al contrario, lo que puede hacer es empeorarlo”, resalta Roca. Y es que no se tiene que confundir la depresión postparto con un estado de tristeza o el conocido “Maternity Blues” que presenta el 70% de las madres los días siguientes al parto. “El cambio hormonal en el postparto puede producir alteraciones anímicas y esto no quiere decir que tengas una depresión. Ahora, si estos síntomas se mantienen en el tiempo: no siento vínculo con el bebé, empiezo a no dormir, a tener pensamientos negativos de manera sostenida... y además me está limitando el funcionamiento: no rindo



bien, no tengo ganas de salir y hacer cosas... Durante un tiempo no se ha dado entidad a la depresión postparto con la idea de que era la madre la que no se adaptaba del todo bien a su nuevo rol”, expone.

Detección de síntomas

En las entrevistas con estas mujeres, las enfermeras detectan los diferentes síntomas y pueden ayudar a las madres. “No siempre es fácil tener conciencia de la enfermedad, por eso nosotras compartimos conocimiento de por qué se siente así, cómo gestionarlo, cómo entender qué está pasando... no como una situación tangencial en tu vida, sino como la enfermedad”, prosigue Roda.

La psiquiatra de la Unidad del Hospital de Día Madre-Bebé comenta que “los británicos, por ejemplo, que van

muy avanzados respecto a nosotros, tienen estudios que indican que el 75% de las madres no son diagnosticadas y de las diagnosticadas, sólo un 10% recibe el tratamiento adecuado. ¿Cuál es el problema? Que a veces a las diagnosticadas se les trata la depresión

“Nuestro foco de atención es la unión madre bebé”

como en cualquier otra etapa, sin considerar que están embarazadas o acaban de tener un hijo. Se les aplica el mismo tratamiento que a una señora de 60 años, un adolescente o un hombre de 40. Y, en este caso, hay que buscar qué tratamientos funcionan mejor, porque la depresión no sólo les afecta a

ellas, sino que tiene un impacto directo en la salud del bebé. Por eso hace falta un tratamiento para los dos: que la madre venga con el bebé para trabajar la relación y hacer una recuperación completa”.

Tratamientos

A pesar de que el tratamiento psiquiátrico puede ser compatible con el embarazo y la lactancia materna sigue existiendo mucha controversia con este tema. “Sigue siendo un pensamiento extendido, incluso entre algunos pediatras, que al ver que están tomando determinados fármacos retiran automáticamente la lactancia. Esto tiene también un impacto negativo en las madres. Les genera más ansiedad, e incluso cuando vienen aquí y les explicas que eso no es así y que ambas cosas son compatibles se muestran reticentes e incrédulas. Hay veces que hemos tenido que hacer relactancias de

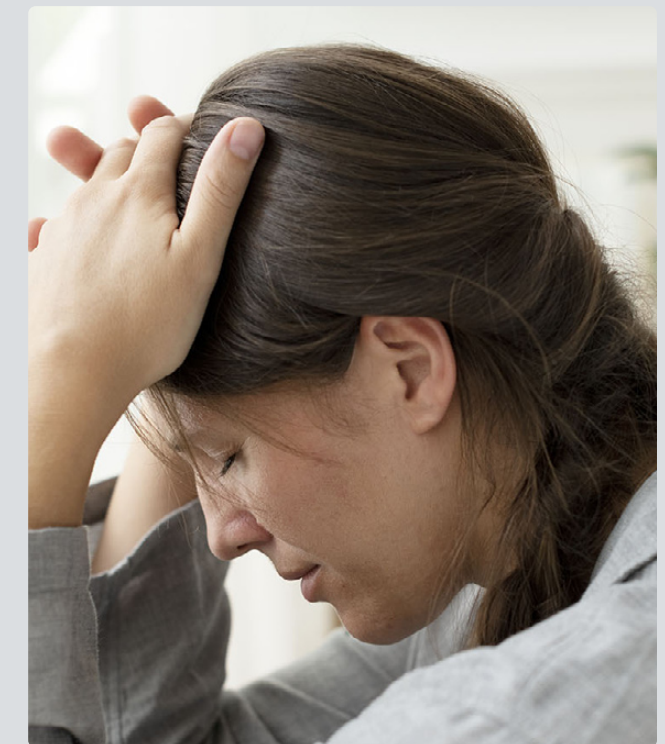
madres que han venido con el pecho retirado porque les habían puesto algún tratamiento, y al hacerles ver que ambas cosas eran compatibles se sentían mal y hemos vuelto a relactar para que se sientan bien”, afirma Naranjo.

“El vínculo con el bebé es clave”

“A día de hoy tenemos información suficiente sobre muchos de los psicofármacos que utilizamos para el tratamiento de las diferentes patologías en la etapa perinatal. Se requiere de formación y capacidad para la evaluación de riesgo-beneficio individualizada, pero seguro que existe una opción farmacológica para cualquier gestante/lactante que lo requiera”, argumenta la psiquiatra.

Diferencias entre la depresión postparto y la disforia postparto o “Maternity Blues”

No hay que confundir la depresión postparto con un estado de tristeza transitoria y cambios de humor que presentan el 70% de las madres los días siguientes al parto. Es habitual la presencia de un ánimo ligeramente triste, con llanto inexplicable, nerviosismo o irritabilidad durante la primera semana del postparto que se acompañan de sentimientos de inseguridad y de preocupación por el recién nacido. Es una reacción emocional asociada a los importantes cambios biológicos que se producen antes, durante y después del parto y el esfuerzo adaptativo para el desarrollo de conductas maternas como la lactancia, el vínculo y los cuidados del bebé. Estos síntomas suelen ser más intensos en el cuarto o quinto día después del parto y desaparecen de forma espontánea antes de dos semanas. En el caso de que estos síntomas persistan o se agraven, es aconsejable consultar y descartar la presencia de una depresión postparto.



Maternity Blues: prevenir y atender la depresión en torno al parto

RAQUEL GONZÁLEZ . Madrid

Maternity Blues es un proyecto ideado y liderado por enfermeras del Hospital Sanitas La Zarzuela. Su objetivo reside en prestar soporte emocional a aquellas mujeres que durante el embarazo y ya tras el parto presenten riesgo de depresión.

Proyecto interdisciplinar

La iniciativa, explica Juan Ángel Moreno Barbas, surge “tras darnos cuenta de que

más allá del soporte físico era necesario dar un soporte emocional a nuestras pacientes”. El proyecto parte de enfermería y es liderado por es-

“Estuve mal tanto a nivel físico como psicológico”

tas profesionales, pero integra a todos los profesionales implicados en la atención y el

seguimiento de la mujer durante el embarazo y el puerperio, como son ginecólogos, pediatras y, fundamental en este caso, psicólogos.

Inicio en 2019

Desde que se pusiera en marcha, a mediados de 2019, de las mil mujeres embarazadas que han pasado por el Hospital Sanitas La Zarzuela, más de cien pacientes se han beneficiado de este servicio.

El porcentaje, explica el supervisor de enfermería, Carlos Sánchez Roldán, coincide con los datos de los estudios publicados al respecto y es que “se estima que aproximada-

mente el 10% de las mujeres embarazadas pueden llegar a padecer depresión”.

Estos mismos estudios reflejan que el 65% de los casos no se diagnostican y sólo el 23% reciben tratamiento. Maternity Blues consigue no sólo detectar sino tratar estos casos de riesgo y prevenir procesos que pueden llegar a ser muy graves.

Para conseguir la detección temprana, señala Dalba Blanco Pérez, enfermera de Maternidad de este hospital, “se establecen cuatro cortes de cribado: uno en la semana 12 de gestación, otro en la 35, en el ingreso en planta y en la sexta semana de puerperio”.

Síntomas

“Cuando ingresan en la unidad —explica Dalba Blanco— hacemos una ficha de ingreso específica para ella y durante la anamnesis les preguntamos cuestiones clave como el hecho de haber padecido una depresión en anteriores o a lo largo de su vida o si han sufrido recientemente algún proceso traumático”.

Tras el análisis de las respuestas y ante cualquier señal de alerta, las enfermeras se ponen en contacto con el psicólogo para determinar si está justificado ofrecer terapia psicológica.

Curiosamente, explica esta enfermera, son muchas las pacientes a las que se ofrece esta terapia que, en un primer momento, la rechazan. Sin embargo, casi todas terminan por pedir ayuda. “La mayoría cree que es un estado pasajero y no necesitan atención. En estos casos, siempre les decimos que se lo piensen y que si al cabo de horas o días creen que pueden necesitarlo sólo tienen que decírnoslo. La mayoría vuelve”.



Los resultados han sido tan positivos, explica Juan Ángel Moreno, “que lo hemos extendido a todos aquellos padres que tienen un bebé que ingresa en UCI o un mortinato. En estas situaciones ya ni siquiera realizamos el cuestionario. Se les ofrece directamente”.

Factores de riesgo: depresión anterior y hechos traumáticos

La experiencia del paciente COVID

Cristina ha sido una de las mujeres que se han beneficiado de esta atención. En lo más duro de la pandemia se quedó embarazada. “Tenía mucho miedo al COVID y la situación me generaba muchísima ansiedad”, explica Cristina, que sufrió una depresión preparto que se prolongaría al dar a luz y se agravaría fruto de una cesárea complicada. “Estuve muy mal

tanto a nivel físico como psicológico. Las enfermeras me ayudaron muchísimo física y emocionalmente. Hoy siento que son parte de mi familia y sigo manteniendo el contacto con ellas. Reconozco que me costó muchísimo recuperarme, necesité apoyo psicológico continuo e incluso llegué a ingresar en un hospital psiquiátrico durante dos semanas. Hoy sólo puedo darles las gracias”.

El caso de Alba es distinto. Ella acaba de dar a luz en el hospital. Ha sido un parto prematuro y aunque ella y el bebé se encuentran bien, sabe que sus fuerzas pueden flojear. En el hospital ya han activado el protocolo y están listos para prestarle apoyo psicológico: “me han dado el alta, pero al ser un bebé prematuro debo irme a casa sin él así que soy consciente de que la situación puede que no sea fácil. Quizás no me suponga una depresión, pero estoy más sensible y podría afectarme así que voy a aceptar esta ayuda. De hecho, creo que todas las madres necesitan un apoyo de este tipo porque dar a la luz es una experiencia brutal donde las hormonas mandan y los sentimientos están a flor de piel”.



Delimitan el marco de actuación de las enfermeras en Radiología

GEMA ROMERO. Madrid

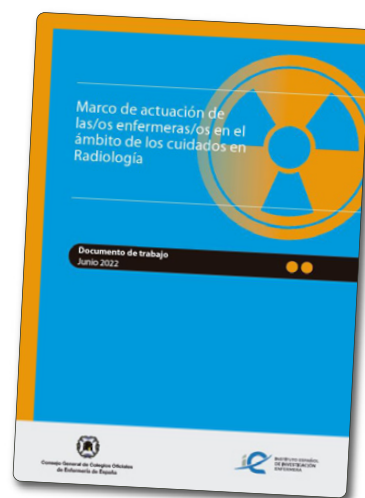
“Las enfermeras en el ámbito de los cuidados en Radiología trabajan tanto en el ámbito hospitalario como en los centros de Atención Primaria, ya sea con adultos o con pacientes pediátricos. Especialmente importante es su colaboración en la resonancia magnética, ya que los pacientes pediátricos requieren sedación. De forma global, su actuación se dirige a los servicios de Diag-

nóstico y Tratamiento por Imagen, Medicina Nuclear, Radioterapia Oncológica y Braquiterapia, así como todos aquellos servicios donde sean necesarios llevar a cabo cuidados relacionados con ellos. Su presencia es necesaria para prestar los cuidados de enfermería específicos de estas áreas, y prestar una asistencia sanitaria de calidad y excelencia”, afirma Florenti-

no Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería (CGE). Por eso, el CGE y la SEER delimitan el marco de actuación de las enfermeras en Radiología.

Enfermería en Radiología

Actualmente, los enfermeros que estaban en posesión de la



antigua especialidad de Radiología y Electrología —ya derogada— han podido convalidar su formación por la actual especialidad de Enfermería en Cuidados Médico-Quirúrgicos, pendiente de desarrollo. Ante la inexistencia de una especialidad reglada, las enfermeras en estos servicios se forman de manera autodidacta.

Como explica Antonio Hernández Martínez, presidente de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica (SEER), “la enfermera experta en cuidados en Radiología debe acreditarse mediante una formación específica y especializada en la protección radiológica, optando a la realización de cursos de operador o de supervisor en instalaciones de diagnóstico médico o de instalaciones radioactivas, dependiendo del departamento asignado, además están obligadas a renovar periódicamente las correspondientes licencias de acreditación, pero sin unos criterios comunes”.

El uso de las radiaciones está tan generalizado dentro de la Sanidad que resulta impensable ignorar su existencia y utilización. Teniendo en cuenta que las radiaciones ionizantes no solamente tienen efectos aplicativos beneficiosos, sino que a su vez pueden comportar un alto riesgo para la salud del individuo y de la comunidad, “resulta esencial la formación en radioprotección. De ahí que

Las radiaciones ionizantes tienen un alto riesgo para la salud



estos conocimientos, avalados mediante el curso de operador y reconocidos por el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN), deberían incluirse en el programa formativo del grado de Enfermería”, añade el presidente de las 330.000 enfermeras y enfermeros españoles.

Marco de actuación

Ante estas carencias y para explicar y ordenar las funciones y cuidados que deben desarrollar las enfermeras expertas en Radiología, el Consejo General de Enfermería junto a la Sociedad Española de Enfermería Radiológica (SEER), han elaborado el *Marco de actuación de la enfermera en el ámbito de los cuidados en Radiología*. En él se detallan todas las actuaciones, diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería en este ámbito. También se definen los contenidos mínimos de la formación que deben tener las enfermeras para prestar estos cuidados con calidad y seguridad.

“Enfermería necesitaba dar soporte documental a las funciones y actividades que realiza y desarrolla en Radiología,

Sólo una enfermera experta puede dar estos cuidados

de cara a poner en valor, de forma concreta y concisa, los cuidados específicos que sólo una enfermera experta puede prestar en estas áreas de actividad tan relevantes. No se puede entender un paciente con exploraciones y tratamientos relacionados con la Radiología sin la asistencia de una enfermera cualificada”, subraya el presidente de la SEER.

“No olvidemos —añade Pérez Raya— que los pacientes que son atendidos en los servicios tanto de Radiología y Diagnóstico por Imagen, como en los tratamientos de Medicina Nuclear y Radioterapia Oncológica, necesitan cuidados avanzados y específicos y sólo una enfermera experta puede proporcionar calidad y excelencia en la atención que precisan”, concluye.



Las enfermeras alertan de la peligrosidad de los “pinchazos en las discotecas”

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Tras la alarma durante el mes de agosto de los “pinchazos en discotecas”, el Consejo General de Enfermería (CGE) advirtió de los efectos que las drogas ilegales inoculadas que suponen graves riesgos para la salud de la víctima: inhibición de la voluntad, incapacidad para defenderse o tomar decisiones, caída de la presión arterial o pérdida de la consciencia son algunos de los síntomas.

Sustancias ilegales

Las primeras investigaciones detectaron que estos pinchazos podrían inyectar sustancias ilegales y, por tanto, que carecen de control sanitario alguno, como el éxtasis líquido, la ketamina o benzodiazepinas, que producen una reacción inmediata en la víctima de pérdida de control y, por tanto, facilidad para el abuso por parte del agresor. Los efectos son intensos, pero estas drogas permanecen poco tiempo en el organismo, por lo que detectarlo es complicado, si no se actúa con rapidez. “Estas prácticas atentan contra los derechos de la mujer, son ilícitas y, ante el auge e incremento que se está denunciando, deberían ser tipificadas específicamente por la ley. Las enfermeras pondrán

su granito de arena en la lucha contra esta actividad ilegal tan perjudicial para la salud y que está causando una de gran alarma social estos días”, afirma el presidente del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya.

Efectos

“Los efectos son bastantes inmediatos y, si se tiene sensación de pinchazo, hay que advertirlo, rápidamente, a gente de confianza, para que puedan vigilar, si se produce una situación de sedación o pérdida de control. Además, antes de que actúe la sustancia, es importante contar si se ha visto a alguien que pudiera ser sospechoso de haber realizado la intromisión a la intimidad de

Una reacción inmediata de pérdida de control

la mujer”, profundiza Diego Ayuso, secretario general del CGE. “Muchas veces, cuando la víctima llega a los servicios hospitalarios, la sustancia ya no se detecta en los análisis,

así que es muy importante estar atentos a cualquier sensación extraña”, apunta Ayuso. Aquellos pacientes con algunas patologías asociadas a tratamientos farmacológicos pueden tener reacciones adversas frente a estas sustancias, inyectadas sin consentimiento y sin ningún control. También, habría que tener en cuenta otras posibles sustancias que hayan consumido voluntariamente, mezclarse con una nueva dosis de otra droga, la persona podría llegar a sufrir una intoxicación mayor.

Agujas sin esterilizar

Además, el CGE también subraya que se están utilizando agujas fuera del entorno sanitario, por lo que es posible que no estén desinfectadas o se hayan podido usar con otras personas. Así, dependiendo del estado del material que se está empleando, la víctima podría llegar a estar expuesta a virus de transmisión sanguínea como el VIH o la hepatitis.

“Nos encontramos ante una situación que como pro-

fesionales de la salud nos produce absoluto terror. Es inconcebible que se estén produciendo este tipo de prácticas, ya sea para llevar a cabo un abuso posterior o simplemente para asustar a las mujeres. Desde las administraciones públicas se debe trabajar con absoluta premura en parar esta problemática, implantar protocolos para ayudar a las víctimas y condenar a los atacantes. En un país civilizado y plural como es España no podemos tolerar estos comportamientos”, afirma Pérez Raya.

Ante esta situación, desde el CGE se considera imprescindible que si se siente uno de estos pinchazos (es como un pellizco y suele quedarse un punto rojo en la zona), se pida ayuda rápidamente, comunicándolo a amigos/as o al personal de la sala, discoteca o festival en el que se encuentre la persona.

Servicios de emergencias

Además, se debe llamar cuanto antes a los servicios de emergencias y a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado para que acudan lo más rápido posible, así como no dejar sola bajo ningún con-



cepto a la víctima. “Los amigos y amigas de la persona que ha sufrido el pinchazo tienen un papel fundamental en este momento porque deben acompañarla en todo momento y vigilar los posibles síntomas que se deriven de esta situación”, explica Diego Ayuso.

Poner el foco en los atacantes y endurecer penas

Para la institución enfermera, más allá de proteger a la víctima y de crear protocolos

específicos para actuar con inmediatez, hay que endurecer los castigos y poner el foco en los atacantes, antes de que sea demasiado tarde. El órgano que aglutina a las más de 330.000 enfermeras y enfermeros de España recuerda que no son las mujeres las que deberían aprender a protegerse, sino los agresores los que tienen que saber que estas prácticas constituyen un delito.

En este sentido, el CGE insta al Gobierno central, Gobiernos autonómicos, Ministerio de Sanidad y Ministerio de Igualdad a trabajar en común para tomar las medidas necesarias y acabar con una situación que pone en riesgo la libertad de las mujeres.





¿QUÉ ES?

Administración mediante inyección de sustancias tóxicas con el objetivo de realizar abusos o hurtos cuyos efectos aparecen en minutos

SÍNTOMAS

- Picor en la zona del pinchazo
- Mareo
- Náuseas
- Visión borrosa
- Somnolencia o desorientación
- Pérdida de conocimiento
- Inhibición o pérdida de voluntad

IMPORTANTE. Avisar cuanto antes y actuar rápido para detectar si hay sustancias y tratar los efectos

VÍCTIMA

- Haz caso a tus sensaciones y si notas algo, avisa a alguien de confianza
- Verifica, revisando la zona donde has notado el pinchazo
- Obsérvate por si aparecen síntomas o mareos. Si aparecen, comunícalo
- Acude a un centro sanitario o avisa a los servicios de emergencias. Te realizarán análisis, pruebas y seguimiento de enfermedades de transmisión por vía sanguínea
- No te marches a casa directamente, no te cambies de ropa ni te vayas sola
- Llama a la policía o personal de seguridad
- Tramita siempre la denuncia

ACOMPañANTES, ENTORNO Y TESTIGOS

- Avisa si detectas que alguien no se encuentra bien o tiene una conducta sospechosa de haber sufrido uno de estos pinchazos
- Actúa y apoya, llama a los servicios de emergencia
- Vigila la aparición o agravamiento de síntomas
- Si te avisa una víctima de lo ocurrido, sepárala de la multitud y busca ayuda, comunicándolo a los responsables del local o personal de seguridad
- No dejes sola a la víctima
- No olvides la importancia de tramitar la denuncia

SUMISIÓN QUÍMICA

¿CÓMO ACTUAR ANTE UN PINCHAZO?



Piden no estigmatizar a ningún colectivo porque la viruela puede afectar a todos

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Tras la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), España se encuentra ante una emergencia sanitaria internacional para la que los profesionales de la salud como las enfermeras deben estar alerta y conocer todos los detalles para saber de-

tectar la infección a tiempo. El principal reto en estos momentos es frenar la transmisión y aislar a los afectados, así como tomar precauciones con sus contactos estrechos.

Con el objetivo de que tanto las enfermeras y demás profesionales, así como la población en general conozcan los datos clave de la enfermedad, el Consejo General de Enfer-

mería ha preparado una infografía de uso público con información detallada sobre las vías de transmisión, los síntomas, las recomendaciones y los posibles tratamientos frente a la viruela del mono.

Cercanos

“Para nosotros, como profesionales más cercanos al pa-

ciente, es fundamental conocer y ofrecer todos los datos de las enfermedades que puedan afectar a la población. En las últimas semanas, estamos asistiendo a un brote internacional de viruela del mono, una enfermedad descubierta en 1958, que ya afecta a más de 75 países. No podemos bajar la guardia y debemos ser conscientes de la necesidad de frenar su expansión. Hace ya más de dos años que vimos cómo una enfermedad ponía en jaque nuestra Sanidad, por lo que es imprescindible que, ante emergencias como esta, sepamos actuar a tiempo”, afirma Florentino Pérez Raya, presidente del CGE.

Hombres

Tal y como revelan los datos, el 98% de los infectados son



hombres y el contagio se produce por contacto físico estrecho con el afectado, con piel que tenga lesiones o fluidos corporales, saliva, gotitas respiratorias... Aunque no es una infección de transmisión sexual en el sentido tradicional, se puede adquirir por contacto físico cercano y la posibilidad de que fuese una ITS está en estudio.

las vías de transmisión y cómo detectar la enfermedad precozmente. La viruela del mono puede contagiarse entre todas las personas y esto es algo que no podemos dejar de repetir”, explica Guadalupe Fontán, coordinadora del Instituto Español de Investigación Enfermera del Consejo General de Enfermería.

Tratamientos

Desde el CGE se recuerda también que existen tratamientos antivirales y la vacunación. “Las personas con más factores de riesgo o que sean contactos estrechos de contagiados deben contactar con los profesionales sanitarios de referencia para conocer las posibilidades de ponerse la vacuna”, subraya Fontán.

Asimismo, recalca que “el contagio se produce desde el inicio del exantema hasta la curación de las lesiones, un periodo que se puede alargar entre dos y cuatro semanas”.

En definitiva, las enfermeras continúan con su labor educadora e instan a las administraciones a tener muy presentes las recomendaciones de la OMS y mejorar el diagnóstico, rastreo y seguimiento de casos.

Las enfermeras deben estar alerta

Gran parte de los contagios se han producido entre el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres, pero la institución enfermera considera inadmisibles que se señale con el dedo a determinadas personas por razones sexuales. “El colectivo LGTBI fue enormemente estigmatizado y rechazado hace 40 años con la aparición del VIH. No podemos permitir que vuelva a ocurrir algo parecido y nuestra función como enfermeras es educar y formar a la población para que conozcan la información disponible sobre

Declarada
emergencia
sanitaria
internacional





VIRUELA DEL MONO

Transmisión, síntomas y tratamientos

EMERGENCIA SANITARIA INTERNACIONAL

Rápido crecimiento de los casos
1 positivo contagia a 1,8 personas

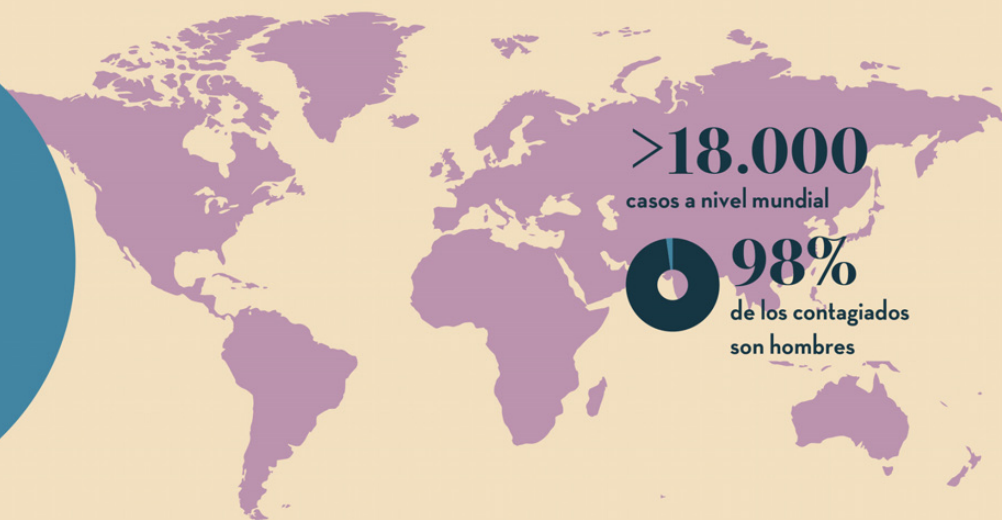


>18.000

casos a nivel mundial



98%
de los contagiados
son hombres



Enfermedad infecciosa descubierta en 1958



Periodo de incubación **7 DÍAS (de 3 a 20)**



Periodo de curación **2-4 SEMANAS**



La mayoría de los casos son leves

SÍNTOMAS



Erupción cutánea*



Dolor perianal



Llagas bucales



Amigdalitis con dolor

*Puede ser una úlcera única

Antes de la erupción pueden darse fiebre, mialgia, dolor de cabeza, malestar, cansancio y adenopatías.

RECOMENDACIONES DE LA OMS



Mejorar diagnóstico, rastreo y seguimiento de casos



Adopción de medidas de salud pública sin estigmatizar a ningún colectivo



Proteger a las personas vulnerables



Reducir el número de parejas sexuales

TRATAMIENTOS

ANTIVIRALES



VACUNACIÓN

Las personas con más factores de riesgo o contactos estrechos deben contactar con los profesionales sanitarios de referencia.

VÍAS DE TRANSMISIÓN

El contagio se produce desde el inicio del exantema hasta la curación de las lesiones (aparición de nueva capa de piel)



Contacto físico estrecho con el infectado o fluidos corporales



Saliva



Gotitas respiratorias grandes



Ropa y otras superficies u objetos



No es una infección de transmisión sexual en el sentido tradicional, aunque se puede adquirir por contacto físico cercano. La posibilidad de vía de transmisión sexual está en estudio.

Datos a 1 de agosto de 2022



Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España



Denuncian la “ilegalidad” de DomusVi por poner en peligro la salud de los mayores

REDACCIÓN. Madrid

La Mesa de la Profesión Enfermera, integrada por el Consejo General de Enfermería (CGE) y el Sindicato de Enfermería, SATSE, ha exigido a DomusVi, empresa que gestiona residencias y centros sociosanitarios en España, que no ponga en riesgo la salud y seguridad de las personas mayores y otros colectivos especialmente vulnerables al querer que personal no enfermero realice funciones y labores asistenciales y de cuidados para los que no están cualificados ni habilitados legalmente.

Los presidentes de SATSE, Manuel Cascos, y del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya, se han dirigido por carta a los responsables de DomusVi para trasladarles su enérgico rechazo a que esta empresa implante un Plan de Contingencia

por el que se pretende que personal de Formación Profesional realice funciones que son propias de enfermería.

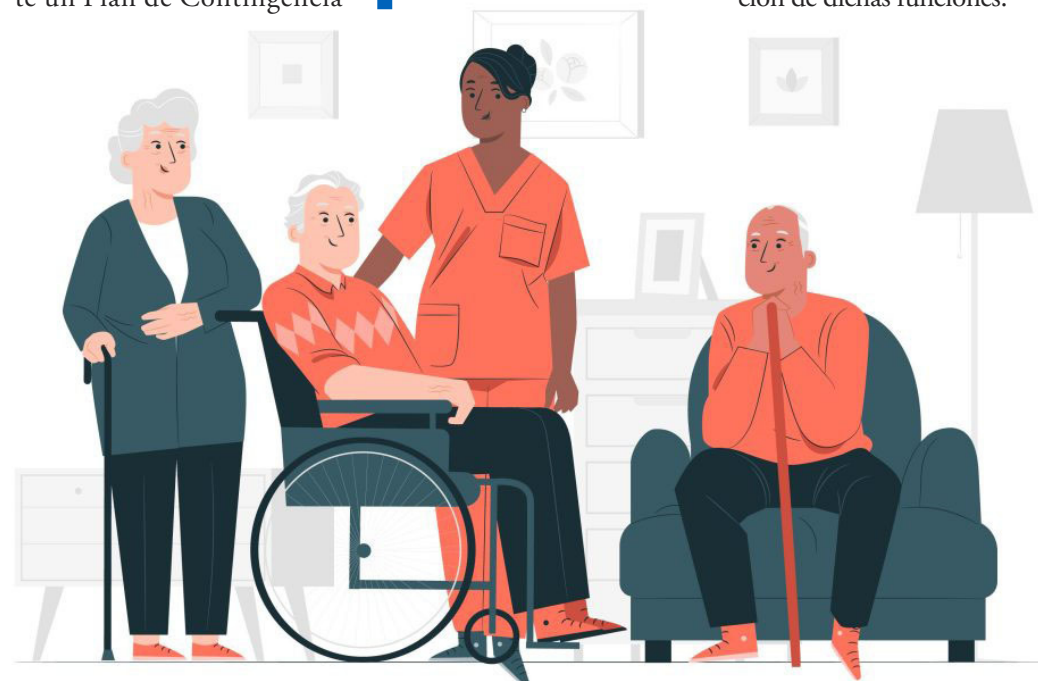
Numerosa legislación

La Mesa Enfermera subraya que, según establece numerosa legislación y jurisprudencia al respecto, todas estas funciones no pueden ser delegadas, en modo alguno, en personal que no cuente con la habilitación,

“No tienen la formación para desempeñar esas funciones”

competencia y formación legal necesaria. Tampoco podrán realizarlas, aunque la propia empresa pretenda dar una formación específica. “Una entidad privada como DomusVi no tiene el reconocimiento oficial ni la potestad para proceder a la capitación y habilitación legal respecto de profesionales de FP”, añade.

Aunque en el Plan de Contingencia no se indica qué personal técnico será el que se encargue de la realización de estas funciones, la Mesa Enfermera entiende que parece referirse a los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. En este caso, reitera que el Real Decreto 546/1995, por el que se establece el título de dichos técnicos y las correspondientes enseñanzas mínimas que el citado título exige para su obtención, no les permite la realización de dichas funciones.



Tu enfermera deja huella



Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España



El CGE denuncia que la Diputación de León prohíbe a las enfermeras dirigir una residencia

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

El Consejo General de Enfermería (CGE) denuncia un nuevo ninguneo contra la profesión, esta vez por parte de la Diputación de León, que ha impedido que los enfermeros y enfermeras puedan optar a la dirección de la residencia Santa Luisa, en León. A pesar de que Enfermería cuenta con estudios universitarios de grado desde hace ya 15 años, la administración leonesa ha decidido apartar la posibilidad de que puedan enviar candidaturas para el puesto.

En definitiva, la institución insiste en que la residencia podría estar dirigida por un arquitecto, un periodista o un abogado, pero no por una en-

Van a estudiarlo y abrirán las negociaciones

fermera, “profesionales que trabajan dentro de estos centros y conocen el manejo y la

gestión de los mismos”. Así, desde la institución que aglutina a los más de 330.000 enfermeros de España se considera inadmisibile que hayan acotado la posibilidad de presentarse a profesionales del grupo A1, quitando la oportunidad a las enfermeras.

Nivel inferior

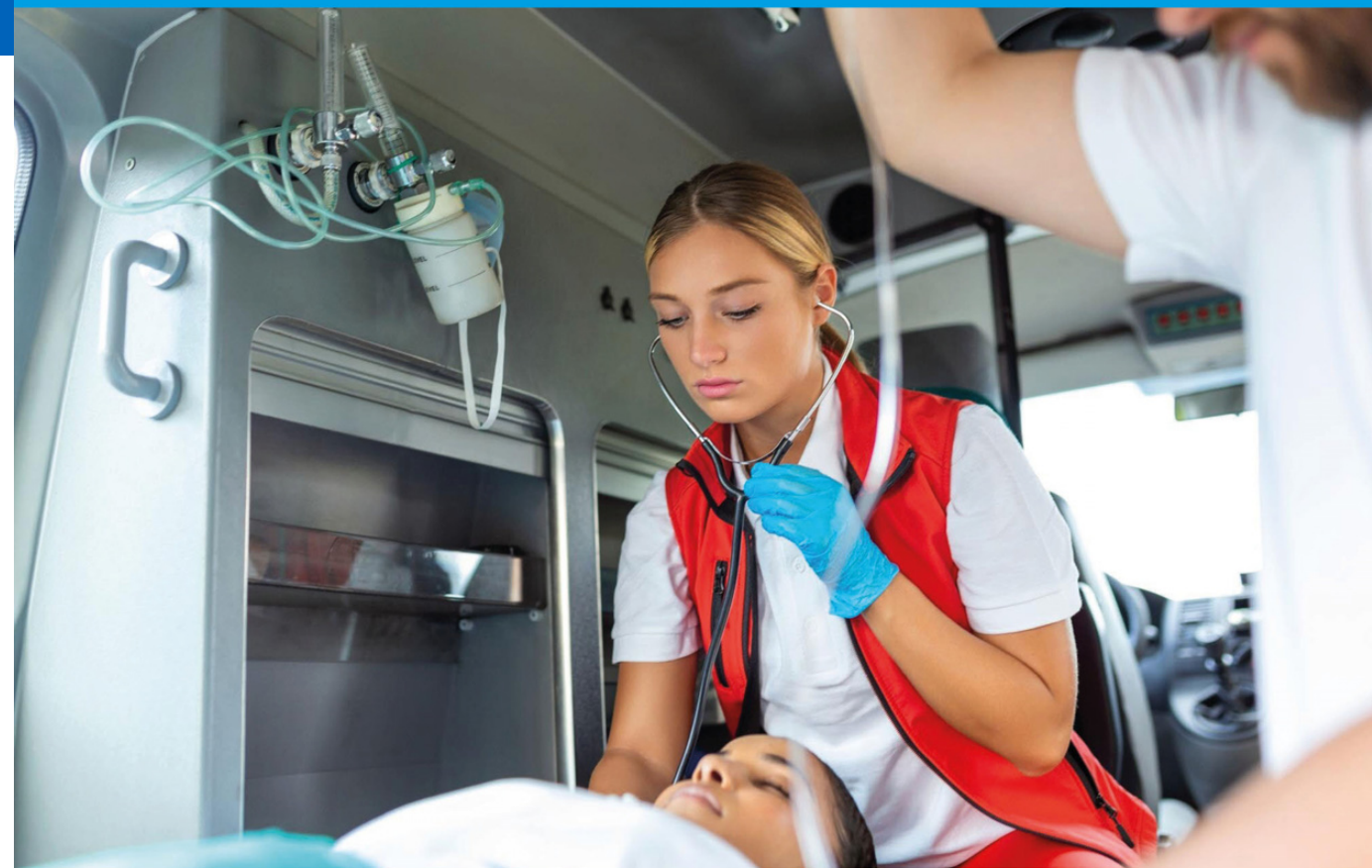
“Este es un nuevo ejemplo de cómo las enfermeras se encuentran actualmente en un nivel inferior en lo que a la escala pública se refiere. Quién mejor que un profesional sanitario para dirigir una residencia sociosanitaria. Por eso, reclamamos al Gobierno que ponga fin a este despropósito”, afirma Florentino Pérez Raya, presidente del CGE.

Tras la denuncia del CGE, la Diputación de León ha asegurado que desbloqueará esta situación con una nueva negociación con los sindicatos.

Ana Arias, diputada de Recursos Humanos, ha asegurado que volverá a abrir la negociación y ha resaltado que el equipo de gobierno apuesta por dar oportunidad a los trabajadores de ambos grupos (A1 y A2).

Sindicatos

Tal y como publica Leonoticias, Arias apunta a que, “ante la necesidad de proveer la plaza de director de la residencia, el Servicio de Centros de Atención Especializada de la Diputación propuso modificar la Relación de Puestos de Trabajo de la institución para abrir la convocatoria a determinadas categorías de funcionarios A2”. Fueron en este caso los sindicatos con representación en la Diputación los que se opusieron y alegaron que ese puesto estaba reservado a funcionarios A1”.



Experto Universitario semipresencial Urgencias y Emergencias

10/2022 - 05/2023

Descubre cómo actuar en situaciones de emergencia y catástrofes

INFÓRMATE



ISFOS
Instituto Superior de
Formación Sanitaria



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



Un proyecto pionero de “píldoras” formativas sobre investigación

JUANJO CAMPILLOS. Madrid

El Consejo General de Enfermería (CGE) ha lanzado una iniciativa pionera para situar a la profesión en la vanguardia de los cuidados sanitarios y científicos enfermeros. Lo ha hecho mediante un nuevo proyecto *online* que consiste en **píldoras formativas** para promover la investigación enfermera, disponibles en la web de su Instituto Español de Investigación Enfermera (IEIE).

Para el CGE, es fundamental que los más de 330.000 profesionales de la enfermería que trabajan en España continúen con el desarrollo científico enfermero, que ayuda a avanzar y mejorar la atención y cuidados sanitarios.

“La investigación enfermera es fundamental para mejorar, con criterios científicos, la calidad de la atención al pacien-

te, la familia y la comunidad. Desde el CGE se han puesto en marcha multitud de iniciativas para potenciar la investigación enfermera en toda España, porque una profesión no crece si no se forma en investigación. Todo esfuerzo es poco para hacer crecer a la profesión en todos sus ámbitos competenciales”, afirma Florentino Pérez Raya, presidente del CGE.

“Una profesión no crece si no se forma”

Una de las líneas estratégicas de la dirección actual del CGE es la investigación y es-

tas píldoras, que se pueden encontrar en la página web del Instituto, es una de las nuevas herramientas que se están poniendo en marcha para potenciarla. Asimismo, se busca potenciar la investigación en el ámbito enfermero y dotar a los colegiados de herramientas de apoyo en su ámbito profesional y personal.

Línea estratégica

El compromiso del Consejo General de Enfermería con la investigación va mucho más allá y desde el Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS), a través de los colegios de Enfermería provinciales, se han puesto en marcha numerosos cursos para enfermeras para formarse en materia de investigación.



Experto Universitario semipresencial Enfermería en los Cuidados Críticos

10/2022 - 05/2023

Aprende las claves de atención al paciente crítico, politraumatizado y quemado

INFÓRMATE



Instituto Superior de
Formación Sanitaria



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



El CGE insta a integrar a los enfermeros en la Escala de Oficiales del Cuerpo Militar

ÁNGEL M. GREGORIS Madrid

El Consejo General de Enfermería aplaudió la decisión de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional de admitir parcialmente un recurso que presentaron 71 oficiales enfermeros de las Fuerzas Armadas contra la resolución de la directora general de personal, dictada por delegación de la ministra de Defensa, por la que se inadmite la solicitud formulada por los recurrentes, al amparo del derecho de petición, instando que se desarrolle la disposición final sexta de la Ley 39/2007, de 19 de noviembre, de la Carrera Militar.

En esta, se pide al Gobierno que elabore y remita al Congreso de los Diputados un proyecto normativo que

“Merecen una solución lo más pronto posible”

regule definitivamente el régimen, escalas y cometidos del Cuerpo Militar de Sanidad de las Fuerzas Armadas, una vez

concretadas, en el ámbito de las Administraciones Públicas, las titulaciones exigidas para su ejercicio, produciéndose la integración de la Escala de Oficiales Enfermeros en la Escala de Oficiales del Cuerpo Militar de Sanidad.

Así, los 71 enfermeros militares acudieron a esta vía después de que el Ministerio de la Presidencia remitiese el expediente al Ministerio de Defensa y este último no admitiese la solicitud formulada.

Motivos

Entre los motivos que se resaltaron para inadmitir la solicitud se encuentra que los enfermeros la presentaron de forma colectiva y deberían haberlo hecho de forma individual. Por esto, la sentencia de la Audiencia Nacional anula el procedimiento, con retroacción de las actuaciones al momento de la presentación de la solicitud a fin de que por el Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática se requiera a los recurrentes para que en el plazo de quince días subsanen el defecto advertido, presentando individualmente la petición, bajo apercibimiento de tenerlos por desistido en caso de no verificarlo, debiendo continuar posteriormente el procedimiento conforme a sus trámites legales.

“No es de recibo que siempre seamos las enfermeras y enfermeros los que salgamos perdiendo. Nuestros compañeros merecen una explicación y una solución lo más pronto posible. Instamos al Ministerio competente, así como al Gobierno en general, a buscar las vías necesarias para esclarecer esta desigualdad”, afirma Florentino Pérez Raya, presidente del CGE.



Experto Universitario semipresencial Enfermería en el Área Quirúrgica

10/2022 - 05/2023

Aprende a proporcionar cuidados de calidad al paciente en los procesos asistenciales quirúrgicos

INFÓRMATE



ISFOS
Instituto Superior de
Formación Sanitaria



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España

El liderazgo enfermero en Atención Primaria a debate

IRENE BALLESTEROS. Madrid

Formación, falta de reconocimiento político y de las administraciones o empoderamiento enfermero. Estas son algunas de las claves que han destacado tres enfermeras gestoras en la mesa de debate que ha precedido a la entrega de premios del MRS (Monitor de Reputación Sanitaria), en la sede del Consejo General de Enfermería (CGE), encargado de reconocer en un gran evento a las mejores direcciones de Enfermería de los centros de salud y centros sociosanitarios.

La mesa, compuesta por Begoña González Bustillo, enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria y técnica en la dirección general de Asistencia Sanitaria y Humanización de la Consejería de Sanidad de Castilla y León; Sonia López Palacios, directora asistencial enfermera del área centro de la Co-

munidad de Madrid y Mercedes García Murillo, enfermera de Atención Primaria y coordinadora de cuidados de la Unidad de Gestión de Carmona (Sevilla), ha desarrollado cuáles son los retos a los que las enfermeras de Aten-

La formación es una de las claves para lograr la gestión enfermera

ción Primaria se enfrentan para poder llegar a puestos de gestión, los cuales “merece cualquier profesional porque han sido expertos en la gestión del cuidado dando una respuesta integral a todos los

niveles”, afirmaba Mercedes García.

Lo cierto es que “el liderazgo es un motor para la acción y, si le ponemos la palabra enfermero, hablamos de especificidad”, proseguía Sonia López. Pero ¿cuáles son las claves para lograr el liderazgo enfermero en Atención Primaria? Las tres enfermeras gestoras que han participado en esta mesa de debate han destacado las necesidades para posicionar a las enfermeras como líderes en cuidados. “Como claves para alcanzar un puesto de gestión en enfermería estarían la comunicación, que es fundamental que sea ágil, transparente y concisa. Cuidar de nuestros profesionales, saber detectar el impacto que puede tener una situación de crisis y el compromiso y la capacidad de compartir. Es necesario que cada uno sepa su lugar, misión y visión, lo que implica una formación continua”, aseguraba López Palacios.

Aprovechar el momento de reivindicación que vive la profesión enfermera es fundamental para mejorar, entre otras cosas, el ámbito de la gestión enfermera. “Las enfermeras no podemos dejar escapar este momento histórico, tenemos que ser pioneras y liderar la atención comunitaria”, continuaba González Bustillo.



Durante el desarrollo de la mesa de debate también ponía en el punto de mira en la reciente polémica vivida en la Comunidad de Madrid por el plan que incluye la ausencia de médicos en algunos centros sanitarios en época estival. López Palacios, como directora asistencial de Enfermería de uno de los centros de la comunidad, destacaba que la materialización del documento “se realiza porque llevamos dos años de pandemia con una situación crítica en cuanto a cobertura de profesionales

El liderazgo enfermero es un motor para la acción sanitaria

en los centros de salud y cada vez es más difícil contratar a enfermeras en la Comunidad de Madrid. Es un respaldo para las propias enfermeras, porque en ese documento se dice que tenemos capacidad para muchas cosas. Las enfermeras tenemos capacidad y competencias suficientes y detrás necesitamos un plan de contingencias. Las enfermeras se pueden quedar sin médicos en los centros de salud porque siempre han conocido su trabajo”, subrayaba.

Debates como este ponen en valor el hecho de que la Atención Primaria necesita del liderazgo de las enfermeras y enfermeros para poder dar respuesta a las necesidades de la comunidad. Una base sólida de habilidades de liderazgo ayudará a estas profesionales a enfrentarse a multitud de retos.



La atención sociosanitaria ha de ser progresiva e interconectada

GEMA ROMERO. Madrid

Cada vez vivimos más años y cada vez hay más personas mayores que conviven con varias patologías crónicas. Cómo afrontar este reto de presente y de futuro en el segundo país con la esperanza de vida más larga del planeta, desde la visión enfermera, ha sido el objetivo del debate “Innovación en el ámbito de la atención sociosanitaria”, celebrado en Madrid, en la sede del Consejo General de Enfermería, con motivo de la entrega de premios a los mejores equipos de enfermería de centros sociosanitarios según el ranking del Monitor de Reputación Sanitaria (MRS), en el que ha sido el último acto público conducido por Íñigo Lapetra, director de comunicación del CGE, recientemente fallecido.

Como explicaba Juan José Tirado, presidente del Conse-

jo Valenciano de Enfermería (CECOVA) y gran experto en la materia, pues ha dirigido centros sociosanitarios durante gran parte de su carrera como enfermero, “la atención sociosanitaria tendría que ser progresiva: primero el domi-

El futuro de la geriatría pasa por profesionalizar los cuidados

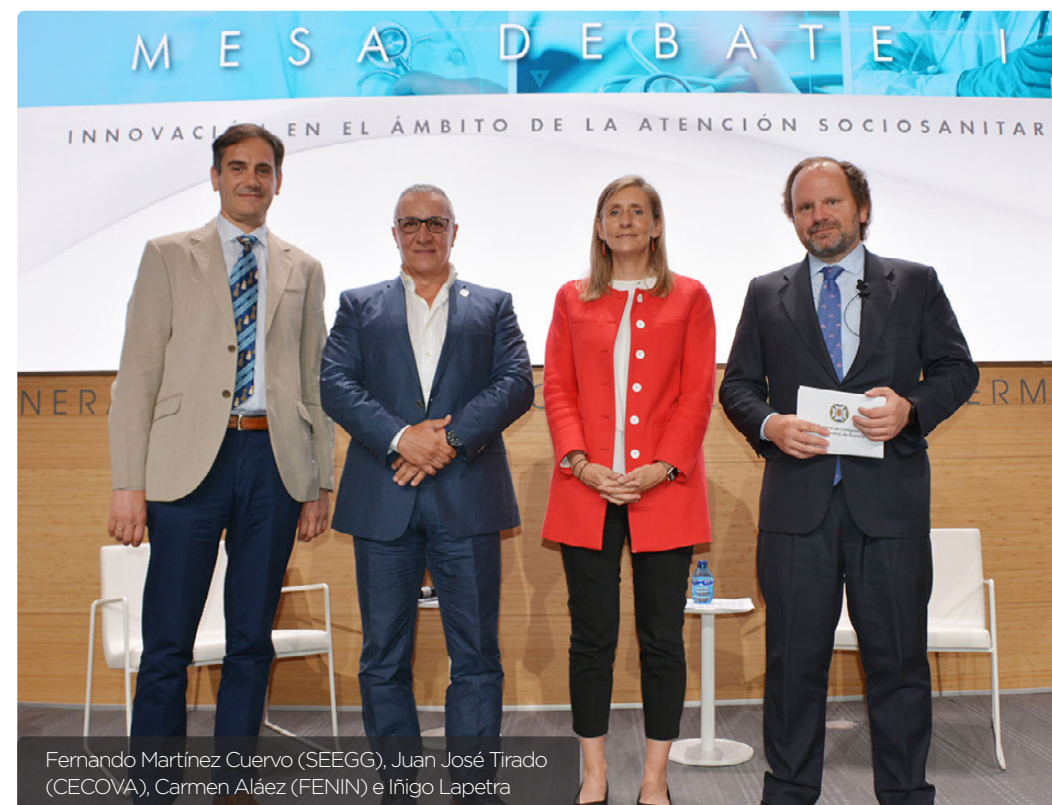
cilio, luego la atención en el centro de día y después la residencia. Sin olvidar que en todo este proceso la persona puede tener distintas afecciones sanitarias”. Pero para que

esto sea factible es necesaria una planificación: de recursos, de personal y de reciclaje. Algo que a su juicio no se hace “porque la visión política es cortoplacista”.

Fernando Martínez Cuervo, presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG), también necesitamos “la conexión entre Atención Primaria, residencia y también con otros ámbitos como hospitales”. De ahí que sea fundamental “potenciar figuras como las áreas de capacitación específica, la enfermera de enlace o la gestora de casos, pues es importante para la continuidad de los cuidados independientemente de donde esté el mayor. Si no, estaremos perdiendo oportunidades”. Así Martínez Cuervo señalaba la discriminación que se tiene hacia los mayores: “Estamos en una historia sanitaria única desde que nacemos, pero cuando estamos en residencia, duplicamos la historia, no se comparten datos y se pierden oportunidades de hacer cuidado de calidad”.

De la misma opinión es el presidente del CECOVA, para quien “la coordinación sociosanitaria nunca ha existido. Sanidad hace una cosa y Servicios Sociales, otra. Hay solapamientos, olvidos, desconocimiento y eso sólo provoca fallos en la continuidad de cuidados”.

A este respecto Carmen Aláez, adjunta a la Secretaría General de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN) señalaba que “tenemos muchas soluciones digitales, para paliar estas situaciones. Se está trabajando en el conjunto mínimo de datos, para ampliarlos. Todo es posible, puesto que ya hay la tecnolo-



Fernando Martínez Cuervo (SEEGG), Juan José Tirado (CECOVA), Carmen Aláez (FENIN) e Íñigo Lapetra

gía para desarrollarlo”. Como ejemplo ponía los sistemas de monitorización remota para evitar consultas.

FP Sociosanitaria

Uno de los principales retos que afronta la Enfermería Geriátrica en nuestro país viene de la mano de la creación del nuevo título superior de FP en materia sociosanitaria.

Como señalaba Juan José Tirado, el problema de fondo estriba en que “quien ha organizado esta FP no sabe lo que es una residencia. Han tomado decisiones sobre el papel. Sin saber que más del 75% de los centros sociosanitarios son privados o concertados, donde el criterio de los concursos sólo es el precio, no se tiene en cuenta la calidad de los cuidados. En estos centros, con estas características, resulta difícil fidelizar a los profesionales, de ahí que tengan tantos problemas para contra-

tar y retener personal”, subrayaba.

Cambio de paradigma

Para la SEEGG el futuro de la Enfermería Geriátrica pasa por la profesionalización de los cuidados. Las enfermeras tenemos que abanderar el cambio

“No puedes hacer dependiente a quien no lo es”

y trabajar por la modernización de los centros, hacia la integralidad de la atención a los mayores, adoptando los cuidados a cada persona que vive en estos centros. Debemos tener todo el peso en la implantación y gestión de los cuidados.

Hoy, existe la especialidad de Enfermería Geriátrica, pero no tenemos el perfil profesional. Tenemos 10.000 especialistas, pero que no tienen un perfil de puesto donde desarrollar esas competencias”. A su juicio, de lo que se trata es de “apostar por desarrollar todas esas competencias que tienen las enfermeras dentro del cuidado del mayor. No sólo con la enfermera especialista, también con la enfermera de enlace, la coordinadora o la gestora de casos, para que pueda desarrollar una labor integral dentro de lo que es el cuidado de los mayores”.

Y es que, para Juan José Tirado, “no puedes hacer dependiente a quien no lo es. Hay mucha gente que está en residencias que no debería estar. Por ello hay que cambiar el paradigma, y fomentar el autocuidado de las residencias, pues en muchas ocasiones infantilizamos el trato”, concluía.





Reforzar los cuidados de la piel del paciente oncológico en verano

ALICIA ALMENDROS. Madrid

La piel es el órgano que ocupa la mayor parte de nuestro organismo, en cambio muchas veces su cuidado pasa desapercibido. “El cuidado de la piel es muy importante en todas las personas, pero el paciente oncológico debe tener una mayor precaución en estos días de calor”, resalta Julio de la Torre, jefe de estudios del Grado de la Escuela de Enfermería de San Juan de Dios de la Universidad Pontificia de Comillas.

Cada año hay más de 18 millones de casos nuevos de cáncer en el mundo y la previsión para 2040 es que ascien-

da a 30 millones, los cánceres de la piel siguen siendo una parte muy importante dentro de esas cifras, “y esa predicción le da más importancia, si

“Debemos insistir en la protección solar”

cabe, a la necesidad de educar a la población a evitar factores de riesgo, que en el cáncer de piel pasaría por tomar el sol con la debida precaución, su-

mado a la educación y al uso de factores de protección”, resalta de La Torre. “Con un incremento del 63 por ciento de afectados en las próximas décadas hay que actuar en la educación de la población desde la base de la prevención. Además, se debe apostar por la formación de profesionales que atienden todos estos nuevos casos para lograr su detección lo antes posible para evitar su expansión”, añade.

Tratamientos

Los tratamientos que recibe el paciente oncológico afectan a la piel en buena parte de su metabolismo por lo que los cuidados deben ser más concretos. “Es como cuando uno tiene un niño pequeño que tiene la piel muy sensible. Hay tratamientos que producen acné o síndrome de mano pie... con lo cual insistimos mucho en la higiene. Debe ser con agua templada, jabones basados en avena, suaves y neutros; y después usar cremas específicas. Al existir una gama de precios de todo tipo, intentamos buscar las más

económicas y mejores en ese sentido. Nos adaptamos a la piel del paciente en función de lo que necesita”, explica De la Torre.

En caso de que el paciente se esté sometiendo a un tratamiento de radioterapia se recomienda directamente no tomar el sol. “Y si se toma, se deben seguir recomendaciones como usar cremas con factores de protección muy elevados. No nos vale cualquier protector solar. De hecho, se necesita una pantalla total que haga de protección completa. El objetivo es que hagan una vida lo más normal posible y tenemos herramientas para ello. Con lo cual insistimos mucho en que lleve una botella grande de agua, que use protección y prendas de deporte que venden con protección solar. Esto es fundamental”, resalta el enfermero.

Exposición al calor

La piel es también un mecanismo de termorregulación de tal manera “que debemos hidratarnos tanto por fuera como por dentro para que con la sudoración no nos deshidratemos. Por otra parte, el cambio climático, las tormentas solares y demás hacen que los rayos ultravioletas incidan de forma más profunda y más incisiva en la piel de toda la población. Nosotros en España, en general, la población tenemos una piel muy blanquita, con lo cual tenemos que buscar esa protección si cabe, con mucho más ímpetu, además de hidratarnos”, resalta De la Torre.

Algunas de las advertencias son evitar la exposición solar directa en las horas centrales del día y utilizar un protector solar adecuado para cada tipo de piel. “En este sentido —

explica—, hemos de personalizar el consejo de cuidado; hay seis fototipos de piel, y a cada uno le conviene un factor de proyección diferente”.

“El paciente no debe sentir que tiene dieta de enfermo”

Al tipo 1 pertenecen las personas de piel y pelo muy blanca, con pecas, ojos claros. Se suelen quemar siempre y necesitan un factor de protección de 50 hacia arriba. Las personas con tipo 2 se caracterizan por tener la piel clara, cabello claro, de los que se suelen quemar fácilmente y necesitan un factor de protección entre 30 y 50. Las personas de fototipo 3, son las que tienen una piel blanca, que se suele quemar al sol, y toma color de forma fácil. Estas también deben protegerse y no bajar la guardia con un factor de protección entre 15 y 30.

También están las personas con tipo 4 y 5 de piel blanca pero ligeramente oscura, pelo y ojos castaños u oscuros. Se pigmentan con facilidad y de

forma rápida. Apenas se queman alguna vez, pero necesitan una protección entre 5 y 10. Finalmente, las personas de piel negra, fototipo 6, que no se queman, pero precisan también de un mínimo de protección (FP5).

Alimentación

Unos cuidados en los que la alimentación tiene mucho que decir. “La buena alimentación, el ejercicio físico y estar bien hidratado por dentro es fundamental para que nuestros pacientes estén bien cuidados. Hay que innovar en la cocina para que los pacientes sientan que tienen una dieta equilibrada y completa sin pensar que tienen una dieta de enfermo”, apunta el enfermero.

Dar consejos y recomendaciones es algo que las enfermeras transmiten muy bien. “Debemos insistir en este tema todos los años. Es cierto que cada vez hay más conciencia de protección solar, pero debemos ser conscientes de que hay una franja de población que hemos vivido quemaduras solares, tenemos muchos lunares y manchas y debemos vigilarnos y seguir cuidándonos porque la piel tiene memoria”, finaliza De la Torre.



Las cualidades de la vacuna española contra el COVID-19 facilitarán el trabajo de las enfermeras

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Otoño de 2022. Esta es la fecha que baraja el laboratorio Hipra para que la Agencia Europea del Medicamento (EMA por sus siglas en inglés) autorice la administración de la vacuna española contra el COVID-19. Una vacuna de proteína recombinante que supondrá un gran impulso a la campaña de vacunación, no sólo en España, sino a nivel mundial. Tal y como ha desgranado Elia Torroella, directora de I+D y Registros de Hipra, presenta una eficacia alta como “booster heterólogo” (dosis de re-

cuerdo) y tiene las cualidades de conservación y administración de este tipo de vacunas (puede conservarse en neveras convencionales entre 2 y 8°C y no requiere reconstitución previa).

Es en este punto en el que la vacuna de Hipra facilitará

“Presenta una eficacia alta como dosis de recuerdo”



enormemente el trabajo de las enfermeras, ya que agilizará el proceso. Además, han anunciado que se está trabajando en la posibilidad de ofrecer la vacuna en viales monodosis.

Monodosis

“A día de hoy está pasando que muchas veces se pierden dosis sobrantes porque si en un vial tienes cinco dosis y sólo aparecen tres personas, las otras dos hay que tirarlas. Es importante, poco a poco, dar más flexibilidad a las vacunaciones y a todo el personal que aplica las vacunas”, ha comentado Torroella.

Por su parte, Ángel Gil de Miguel, catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos, también alabó el gran trabajo de las enfermeras en la campaña de vacunación española, una de las más exitosas del mundo. “La logística de la vacunación frente a una enfermedad que se va a quedar endémica en nuestro país pasa por una vacunación de calendario, anual, que se tendrá que llevar a cabo en los centros de salud. Esto implica a todos los profesionales de enfermería. Poder tener vacunas que se conserven así y que las podamos tener pronto como monodosis facilita el trabajo de los profesionales de enfermería, que son los que permiten lograr esas coberturas de vacunación tan altas”, aseveró.

Prevención

Asimismo, puso en valor la importancia que supone tener disponible una vacuna más de cara a la prevención de la enfermedad. “Vamos a ganar más seguridad porque disminuyen las reacciones ad-

versas. Con esta vacuna se mejora y flexibiliza mucho el trabajo de Atención Primaria”, explicó.

Apostar por ella

Carmen Cámara, secretaria de la Sociedad Española de Inmunología apuntó que “apostar por la vacunación heteróloga es la estrategia que se ha demostrado más efectiva para estimular el sistema inmune, especialmente a nivel celular, porque las células de memoria T son las que nos protegen de la enfermedad severa”.

“Flexibiliza el trabajo de Atención Primaria”

“Ya tenemos ensayos clínicos recientes que confirman que la combinación de cualquiera de las vacunas existentes con las vacunas de proteína como esta mantiene la protección. Si tenemos que plantearnos una cuarta dosis, está más que demostrado que lo mejor para el sistema inmunitario sería que dicha dosis fuera heteróloga real como la de Hipra”, subrayó.

Por último, el embajador en misión especial para la Crisis Internacional COVID-19 y Salud Global del Ministerio de Asuntos Exteriores, Borja Cabezón, puso en valor el compromiso de España con la vacunación. “Más del 93% de la población tiene la pauta completa, un porcentaje poco común en la mayoría de los países del mundo”.

“Ya tenemos ensayos clínicos recientes que confirman que la combinación de cualquiera de las vacunas existentes con las vacunas de proteína como esta mantiene la protección. Si tenemos que plantearnos una cuarta dosis, está más que demostrado que lo mejor para el sistema inmunitario sería que dicha dosis fuera heteróloga real como la de Hipra”, ha subrayado.



Lanzan un programa para facilitar la autoadministración endovenosa en pacientes con DAAT

ALICIA ALMENDROS. Madrid

El déficit de Alfa-1-Antitripsina (DAAT) es una de las enfermedades raras e infradiagnosticada más común con manifestación pulmonar. Se estima que afecta a uno de cada 2.500 personas y en España, alrededor de 14.500 personas padecen la forma más grave de este déficit.

Tratamiento

“El único tratamiento para los pacientes adultos con DAAT grave, consiste en la reposición de la proteína que falta, a tra-

vés de infusiones intravenosas para disminuir la progresión de

Lo más importante es que el paciente quiera hacerlo

la enfermedad”, expone María Torres, neumóloga del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo.

Para su aplicación deben acudir al hospital cada semana o quince días, con lo que eso conlleva para la rutina diaria de estos pacientes. Sin embargo, CSL Behring pone a disposición de estos pacientes un programa de soporte cuyo principal objetivo es formar y facilitar la capacitación de los pacientes en la técnica de autoadministración endovenosa de AAT, llamado MyAlpha1. “Es un tratamiento de por vida y hacerlo en el domicilio es una ventaja frente para tener que acudir al hospital y depender de los sanitarios”, resalta Ana Priegue, enfermera del Servicio de Neumología del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo.

“Lo llevamos en las venas”

Para dar a conocer en detalle este programa, así como las ventajas de la autoadministración endovenosa para el paciente o cuidador, CSL Behring presenta en rueda de prensa la campaña de sensibilización “Lo llevamos en las venas”, con la que se pretende ofrecer recursos a los profesionales sanitarios entorno a esta alternativa de administración del tratamiento para DAAT. Existe la posibilidad de autoadministrarse el tratamiento mejorando su calidad de vida a través de la independencia de poder decidir cuándo, dónde y cómo infundirse.

La dificultad de acudir al hospital

“Tras ver la dificultad por parte de los pacientes de acudir al hospital y después de comprobar que las técnicas de autoadministración en otras enferme-



dades habían funcionado decidimos llevarlo a cabo en los pacientes con DAAT”, comenta José Aznar, Head of Medical Affairs Iberia CSL Behring.

En primera persona

En actualidad el programa sólo tiene un paciente, Marta López: “Mi experiencia es estupenda. Ha sido un antes y un después porque ir al hospital me suponía perder una mañana todas las semanas y ponerme en casa da libertad”.

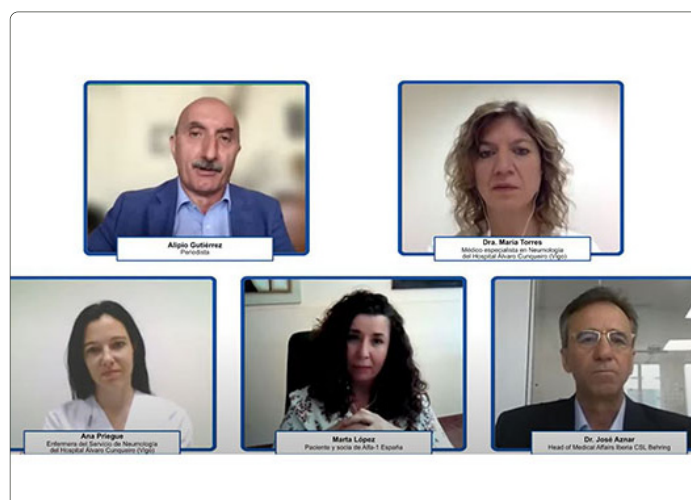
“Lo más importante es que el paciente quiera hacerlo y, una vez toma la iniciativa, comprobamos que reúne los hábitos de vida mínimos para poder autoadministrarse o que un familiar lo haga. Después se inicia la formación y

cuando la supere comienza el proceso de autoadministración”, expone la neumóloga. “Marta es una paciente peculiar. Tiene unas venas complicadas, pero ella quería probarlo y nos pusimos en marcha.

Una iniciativa que consigue empoderar a los pacientes

El programa tiene un kit de entrenamiento que llevamos a cabo. La higiene de manos es clave, hay que trabajar en una zona estéril. Después tiene que aprender a preparar la perfusión, pero es fácil por-

que cuenta con un trasvasador. Canalizar la vía es la parte más complicada, pero le enseñamos cómo hacerlo”, argumenta la enfermera. “Tenemos que asegurarnos de que el paciente es muy constante con el tratamiento porque tiene que haber un registro de todo”, añade. Y ante cualquier problema el paciente sólo tiene que acudir a su hospital o recurrir al equipo externo de enfermería que tiene el programa MyAlpha1. “Existe muy buena coordinación. El primer día que Marta vino a consulta participó también la enfermera del programa. Y cuando Marta se tuvo que pinchar en casa también estuvo con ella”, expone Priegue. Sin duda, una iniciativa que consigue empoderar a estos pacientes.



Isabel Balaguer, enfermera del Servicio de Reumatología y Salud Ósea del Hospital General de Valencia

“Las personas mayores también necesitan calcio”

A. ALMENDROS / D. RUIPÉREZ. Madrid

Isabel Balaguer, enfermera del Servicio de Reumatología y Salud Ósea del Hospital General de Valencia, repasa en la revista ENFERMERÍA FACULTATIVA, cuáles son los factores de riesgo, los hábitos que pueden ayudarnos a prevenir la osteoporosis, los bu- los que corren sobre ella y la

importancia de la adherencia terapéutica.

Acabas de organizar un curso en el que muchas enfermeras se han puesto al día en el tema de la osteoporosis. Se han arrojado datos como que la prevalencia de esta

patología va a ser mayor en España que en otros países de nuestro entorno. ¿A qué se debe?

La osteoporosis ya es una enfermedad con una incidencia muy elevada y que no le damos la importancia que realmente tiene. Es una patología silenciosa, se conoce como una epidemia prácticamente silenciosa, porque no da ningún síntoma, no da la cara hasta que no aparecen las fracturas. Y como sabéis, sobre todo personas con edad avanzada tienen mucho más riesgo. El aumento de la esperanza de vida va a hacer que la incidencia sea aún más elevada de lo que es hoy en día. Y, aunque parezca una paradoja, la mayoría de los pacientes que necesitan tratamiento para la osteoporosis no lo llevan y, por el contrario, hay muchos que realmente no lo necesitarían llevar y sí que lo llevan.

“Se necesitan unos hábitos saludables desde la infancia”

¿Crees que existe cierto desconocimiento entre los profesionales sanitarios?



Isabel Balaguer

Sí, sobre todo porque es una enfermedad sin síntomas. El cribado que se hace se lleva a cabo cuando el paciente ya se ha fracturado. En mujeres, por ejemplo, a raíz de la menopausia la densidad ósea de forma automática se ve alterada, por lo que debería ser el punto donde se realizara un cribado para descartar aquellas personas con más riesgo de fractura en el futuro. Pero hoy en día, al ser una enfermedad que no da síntomas y no produce dolor no es tan conocida.

¿Qué labor tienen las enfermeras de Primaria?

Nosotros como enfermeras que trabajamos en hospitales, la mayor parte de las veces vemos al paciente ya fracturado, pero en Atención Primaria se puede llegar a controlar ese paciente antes de la fractura realizando una buena prevención, educación sanitaria en cuanto a hábitos de vida saludables, dieta, ejercicio, prevención de caídas...

¿Es importante una vida saludable con esta enfermedad?

Sí, porque muchas veces las medidas más básicas las tenemos a nuestra mano y son las que menos se utilizan. La alimentación es básica para la osteoporosis desde la infancia. Lo que conviene es llegar a una edad adulta con un pico de masa ósea lo más fuerte posible. Para eso se necesitan unos hábitos saludables desde la infancia, manteniéndolos en la edad adulta y siguiendo durante la vejez. El mito de que las personas mayores no absorben el calcio, no hace falta que tomen leche o la leche les sienta mal no es así. Es más, es el momento clave en el que necesitan toda esa



educación y todas esas medidas.

Hablamos del calcio, de la leche... ¿qué otros alimentos son importantes para proteger la salud de los huesos?

Aparte de los lácteos, que sabemos que son los más importantes, tenemos otra serie de alimentos como son las verduras de hoja verde, acelgas, espinacas, coliflores, frutos secos, pescados azules, las semillas de soja, sésamo...

“La osteoporosis tiene una incidencia muy elevada”

Llevas tres años de responsable del seguimiento de las personas que tienen una fractura de cadera. Cuéntanos tu trabajo como enfermera en esa parte de la unidad de Reumatología donde trabajas.

Sí, nosotros llevábamos años intentando controlar a los pacientes que ingresaban por

fractura de cadera, pero sobre todo por falta de recursos humanos no había sido posible hasta ahora. Lo que hacemos es que todo paciente que ingresa con una fractura de cadera osteoporótica en nuestro hospital es valorado a pie de cama por parte de enfermería. Acudimos una compañera y yo, les hacemos una entrevista completa valorando todos sus hábitos de vida, factores de riesgo y, a partir de ahí, con una analítica con perfil de metabolismo óseo, se le pauta un tratamiento adecuado a sus características, a sus necesidades y a sus requerimientos. Entonces ese paciente posteriormente, una vez dado de alta, con sus respectivas pautas de rehabilitación de traumatología, recibe por nuestra parte un seguimiento más continuo durante los dos primeros años, y posteriormente un seguimiento anual para favorecer sobre todo la adherencia, porque en la osteoporosis, por desgracia, la adherencia suele ser baja y para intentar elaborarles también un plan de cuidados adecuado a sus características en cuanto alimentación, prevención de caídas, ejercicios... y estar un poquito más pendientes de ellos en ese sentido y prevenir que vuelven a refracturarse.

Casi 125.000 enfermeras se forman con ISFOS desde su creación en 2020

GEMA ROMERO. Madrid

El Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS), una entidad que pertenece al cien por cien a la Organización Colegial de Enfermería, presentó el balance de su actividad desde su creación en 2020. En estos casi tres años de existencia, un total de 124.750 enfermeras de toda España —e Iberoamérica— se han formado en los 471 cursos que han impartido de forma *online*, repartidos entre 414 cursos de formación continuada, 36 de formación especializada y 21 webinars, de los temas más diversos, desde la gestión y el liderazgo enfermero, al maltrato infantil, las agresiones a personal sanitario, pasando por los múltiples aspectos y tipos de vacunas o todas las novedades sobre el COVID-19 y cómo afrontarlo. Unos seminarios web con un enfoque rompedor, más cercano al espectáculo televisivo, que a una serie de conferencias en cadena. En total han impartido más de 47.000 horas de formación.

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. “Queremos que las enfermeras tengan acceso a la mejor formación posible y vean cubierta cualquier necesidad formativa que surja y así podamos seguir afirmando, orgullosos, que contamos con las mejores enfermeras y enfermeros de Europa y del

Han impartido más de 470 cursos de forma *online*

mundo, unos profesionales que contribuyen a sostener el sistema sanitario y la calidad de vida de los pacientes gracias a sus cuidados”, destaca Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería.

“Pretendemos ser los referentes en la formación en el ámbito de la Enfermería y poder acercar esa formación de calidad a todas las enfermeras, independientemente de su localización geográfica y con el ánimo de facilitar la conciliación entre la vida pro-

fesional y la vida universitaria. De ahí nuestra apuesta decidida por la formación *online*”, señaló Pilar Fernández, directora de ISFOS.

Así, Fernández, que también es vicepresidenta del Consejo General, aseguró que estos datos reflejan “el compromiso de toda la Organización Colegial de Enfermería por dar respuesta a todas las necesidades de la profesión con una formación con una metodología diferente, adaptada a los nuevos tiempos. En ISFOS contamos con profesionales procedentes de distintas disciplinas y apostamos por una formación profesional de calidad, pues la formación *online* nos permite llegar a todo el que desee formarse”, subrayó la directora de ISFOS.

Desafío Nightingale

Enmarcado en la campaña Nursing Now, el CGE e ISFOS también se adhirieron al Desafío Nightingale, un programa formativo internacional para impulsar el liderazgo de las enfermeras y su acceso a puestos clave en la toma de decisiones desde todos los ámbitos de la profesión enfer-



mera, desde la enfermería asistencial y la gestión sanitaria, hasta la investigación, la docencia y la política. Gracias a este programa ya se han formado más de 15.000 enfermeras, tanto en España como en Iberoamérica.

Clave durante la pandemia

Desde marzo de 2020, el COVID-19 ponía en jaque al sistema sanitario español. ISFOS ha dado respuesta a las necesidades de las enfermeras con tres cursos gratuitos que todavía están abiertos: “Actualización en el plan de respuesta ante el COVID-19 (coronavirus)”, “Herramientas de apoyo psicológico ante la pandemia del COVID-19” y “Pruebas diagnósticas, interpretación de resultados y recomendaciones para SARS-CoV-2. Sin duda, un ejemplo de la capacidad de la organización de adaptarse al día a día de la profesión. “Es-

tos cursos han sido un éxito sin precedentes no sólo en España, también en varios países de América Latina con los que siempre hemos trabajado e intercambiado experiencias formativas”, ha comentado el presidente de la Organización Colegial de Enfermería. De hecho, desde sus inicios se han formado más de 24.400 enfermeras.

Da servicio a los colegios de enfermería de toda España

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”, asegura la directora de ISFOS.

Tras el verano, la actividad de ISFOS será aún más intensa con nuevos cursos de experto en distintos ámbitos como las Urgencias, Críticos o Quirófano. Pero en el momento crucial que atraviesa la profesión con la puesta en marcha de la prescripción enfermera, la Organización Colegial pondrá a disposición de las más de 300.000 enfermeras y enfermeros españoles una oferta formativa sin precedentes en este campo, con cursos y webinars para hacer más fácil y segura la indicación de medicamentos en las áreas para las que ya se han aprobado las guías y protocolos correspondientes.





Abierta la inscripción a los cursos de expertos universitarios de ISFOS

ALICIA ALMENDROS. Madrid

Comprometidos con la formación de las enfermeras, el Instituto de Formación Superior ISFOS del Consejo General de Enfermería (CGE) ha abierto el plazo de inscripción a sus cursos de Expertos Universitarios Semipresenciales, que darán comienzo el próximo mes de octubre. Las 330.000 enfermeras y enfermeros de España ya pueden ampliar su formación en Urgencias y Emergencias, Enfermería en los Cuidados Críticos y/o Enfermería en el Área Quirúrgica.

Con estos cursos de 500 horas de duración, los alumnos obtendrán un título experto universitario expedido por la UDIMA (Universidad a Distancia de Madrid) y 20 créditos ECTS, válidos para

conseguir puntos en oposiciones y bolsas de empleo, trabajar en el extranjero, promocionar en el lugar de trabajo, conseguir el traslado a otro centro o comunidad autónoma o acceder a una especialidad.

Estamos ante un método pedagógico flexible y dinámico

Como explica Pilar Fernández, directora de ISFOS, “lo que hace diferente a estos expertos de los demás es que se imparten en modalidad semipresencial. Disponemos de

un método pedagógico flexible y dinámico que combina eficientemente la presencialidad, de 75 horas de duración, y la formación *online*. Todo ello bajo la dirección de profesionales con experiencia docente y asistencial y un periodo de prácticas garantizado en servicios de Emergencias Extrahospitalarias, UCI y quirófanos de hospitales, según el curso elegido”.

Para enfermeras

Estos cursos van dirigidos a enfermeras en posesión de un título universitario de Grado o Diplomado en Enfermería expedido por una Universidad Española; enfermeros que dispongan de la homologación o declaración de equiva-

lencia del Ministerio español con competencias en Educación por estudios de Enfermería realizados en universidades o centros de enseñanza superior en el extranjero; y/o a estudiantes con más de 180 créditos del Grado o la Diplomatura en Enfermería, que justifiquen estar matriculados del total de las asignaturas restantes para la obtención del título oficial. No obstante, no tendrán derecho a la expedición del correspondiente título de formación permanente hasta que justifiquen la obtención de la titulación oficial.

Urgencias y emergencias

El curso experto universitario en “Urgencias y Emergencias” permite obtener los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para trabajar en el área de las Urgencias y Emergencias.

Aprenderás cómo los servicios de urgencias deben actuar ante situaciones de gran

complejidad, como son las emergencias colectivas o las catástrofes.

Aplicar las técnicas más avanzadas a los pacientes

Además, tendrás la oportunidad de descubrir cómo aplicar las técnicas más avanzadas a los pacientes que se encuentran en una situación delicada en espacios de trabajo reducidos.

[Más información e inscripción, pincha aquí.](#)

Cuidados Críticos

El curso experto universitario “Enfermería en los Cuidados Críticos” aborda los distintos procesos y sistemas orgánicos asociados al paciente crítico, así como la atención a personas politraumatizadas o que han sufrido grandes quemaduras.

El alumno aprenderá a ser un enfermero versátil, capaz de reaccionar ante cualquier situación y atender a los pacientes más complejos, trabajando en equipos multidisciplinares de profesionales sanitarios altamente cualificados.

[Más información e inscripción, pincha aquí.](#)

Área quirúrgica

El curso “Enfermería en el Área Quirúrgica” te proporcionará los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para que seas capaz de desarrollar con satisfacción y competencia las funciones propias de la Enfermería en el área Quirúrgica.

Con esta formación el alumno adquirirá los conocimientos precisos para prestar una atención al paciente integral, de calidad y segura, que combine los cuidados técnicos más avanzados y punteros, con los dirigidos a atender las necesidades psíquicas y emotivas del paciente.

[Más información e inscripción, pincha aquí.](#)


Rafael Lletget Aguilar

 Enfermero
 Máster en Bioética
 lletgetaguilar@gmail.com


¿En que quedó la campaña Nursing Now? (II)

Un proyecto que, desde su presentación el 27 de febrero de 2018, lo sabíamos todos, era imprescindible en un país como el nuestro en el que el futuro del Sistema Sanitario debía transitar por un cambio de paradigma que hemos denominado, “DEL CURAR AL CUIDAR”. Las enfermeras constituimos la mitad de la fuerza de trabajo profesional a nivel mundial y brindamos el 90% de la atención ofrecida por los profesionales sanitarios.

Sabíamos también que las enfermeras, a menudo, están infravaloradas y son incapaces de utilizar sus conocimientos y habilidades al máximo rendimiento. La sociedad debía saber que esto es un enorme desperdicio de talento y recursos, empeorado en muchos casos por salarios y condiciones deficientes. España, con sus más de 350.000 enfermeras y enfermeros, Europa con sus seis millones y el resto del mundo no podían permitirse ese desperdicio.

Éramos conscientes de que todos los estudios realizados al respecto, dentro y fuera de nuestras fronteras, habían demostrado que cuando las enfermeras reciben competencias acordes con su capacitación y tienen un mayor alcance para expandir sus funciones, ofrecen resultados impresionantes para los pacientes.

Pensábamos que Nursing Now era luchar día a día por mejorar la gestión clínica, la docencia o la investigación para generar evidencia y para incentivar la práctica de una nueva enfermería basada en los valores.

Nursing Now significaba que no puede estar en tela de juicio el rol ni las funciones que desarrolla la enfermera en el ámbito de la gestión clínica, que no puede haber un hospital donde no exista una dirección de enfermería, que no puede haber un centro escolar donde un niño que padece una enfermedad rara, o que es un paciente crónico, no pueda disponer, en su hábitat natural que es la escuela, de una asistencia enfermera adecuada y tenga que recibir medicación de manos de su maestra que ya bastante tiene con preocuparse de su instrucción y su educación.

Nursing Now debería haber significado —y así lo dijimos muchos— que nadie habría de rasgarse las vestiduras porque un enfermero o enfermera, con cuatro años de formación universitaria, dos de especialidad y, cada vez con mayor frecuencia, con su tesis doctoral defendida y aprobada, que le posiciona en el más alto nivel académico, dirija proyectos de investigación, lidere equipos multidisciplinares, ejerza responsabilidades políticas de alto nivel o sea rector o rectora de Universidad.

El balance, visto lo visto, desde luego en nuestro país, no ha sido satisfactorio. A pesar de ello muchos seguimos pensando que la profesión enfermera es una fuerza imparable en el escenario de salud español y mundial. Como enfermero —ya jubilado, por cierto—, os invito de la mano de D. Miguel de Unamuno a que “procuremos más ser padres de nuestro porvenir que hijos de nuestro pasado”.


DIARIOENFERMERO

El mejor portal de noticias de enfermería y salud



legal



investigación



reportajes



ocio

diarioenfermero.es

síguenos en:





Sergio Alonso

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



Un curso electoral malo para la Sanidad

El curso que arranca va a ser especialmente movido en Sanidad. En apenas medio año, el partido que respalda al Gobierno volverá a foguearse en las elecciones locales y autonómicas tras el varapalo sufrido en Madrid y, más recientemente, en Andalucía. Será la prueba de fuego previa a unas elecciones generales que se celebrarán dentro de aproximadamente 15 meses y en las que Pedro Sánchez y su equipo han fijado el reto de su resucitación.

Después de años de confinamientos y restricciones de libertades, subidas desmesuradas de precios de productos básicos e incrementos voraces de impuestos, la corriente no fluye precisamente en favor del presidente del Ejecutivo, y las empresas demoscópicas no hacen sino corroborarlo: a medida que transcurre el tiempo, peores son los resultados que cosecha el líder socialista y mejores los de la oposición.

¿Qué va a intentar hacer el Gobierno para revertir esta tendencia? Lo primero es disparar el gasto público, como anticipa el nuevo techo récord aprobado en Consejo de Ministros antes del verano. Esta nueva inyección de liquidez obtenida a costa de disparar la deuda pública tendrá su traslación en el anteproyecto de presupuestos, pero, por desgracia, no servirá para corregir las deficiencias estructurales de la Sanidad, sino para poner parches y regar de dádivas a grupos específicos a cambio de votos.

A favor del Gobierno juega el disparado incremento de los ingresos por mor de la infla-

ción, lo que le permitirá aplazar alguna de las terribles subidas impositivas que estaba pergeñando. Eso sí, a diferencia de Alemania, no deflactará el IRPF, lo que en la práctica supondrá una merma más de ingresos para los hogares. Por desgracia, el dinero que salga de ellos no irá a parar a corregir las listas de espera, ni a apuntalar la deteriorada primaria o a mejorar las paupérrimas retribuciones de los sanitarios, sino que se destinará a engordar el presupuesto de defensa y a acompasar las pensiones al IPC,

sumiendo aún más en la quiebra a la Seguridad Social.

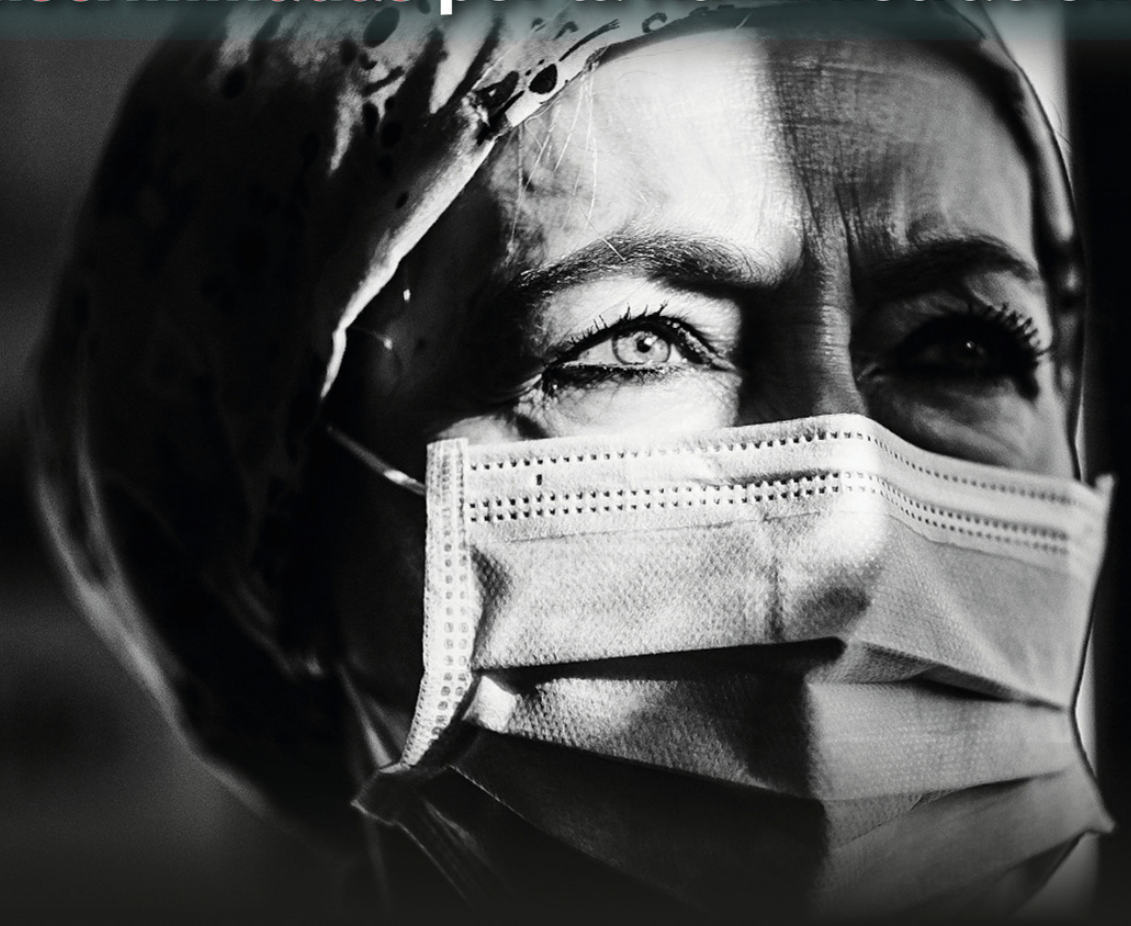
No es descartable, eso sí, que el Gobierno trate de aplacar el enfado de las profesiones sanitarias y consolide alguna concesión histórica para frenar nuevas manifestaciones. Ya ha hecho algún guiño en este sentido aumentando las plazas de formación especializada, poniendo las bases para la estabilidad en el empleo y sembrando el terre-

no para la extensión de la prescripción enfermera. Habrá más gestos en este sentido. No es descartable que en esta coyuntura económica el Gobierno aproveche también para radicalizar su mensaje y la tome contra dos de los fetiches preferidos de la ultraizquierda: la industria farmacéutica y la sanidad privada. La primera ya ha recibido mensajes relativos a una posible confiscación de ingresos al estilo de la que se está extendiendo por Europa. La segunda viene siendo testigo de afrentas autonómicas y barreras estatales que no aventuran nada bueno en año electoral.



ENFERMERAS

esenciales en la pandemia discriminadas por la Administración



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

enfermerA1.com

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

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



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

**Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España**



XVI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Organiza:
Asociación Portuguesa de Enfermeros

Fecha:
del 21 al 23 de septiembre de 2022

Lugar:
Lisboa

Dirección:
Estrada do Paço do Lumiar Nº 57 – A. 1600-543
Lisboa – Portugal

Email:
apenfermeiros@gmail.com

Más información:
<https://www.apenfermeiros.pt/>



XX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLÓGICA

Organiza:
Sociedad Española de Enfermería Radiológica (SEER)

Fecha:
del 29 de septiembre al 1 de octubre de 2022

Lugar:
Gijón

Más información:
<https://www.xxcongresoseergijon.com/>



XXVI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLOGICA

Fecha: del 20 al 22 de octubre

Lugar: Ciudad Real

Organiza:
La Asociación de Enfermería Hematológica

Tel.: 661 410 381

Email: secretaria@aneh.es

http://www.aneh.es/26congreso.html



XI JORNADAS NACIONALES ASOCIACIÓN ENFERMERÍA COMUNITARIA

Organiza: Asociación Enfermería Comunitaria

Fecha:
del 26 al 28 de octubre de 2022

Lugar: Logroño

Más información:
<https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/jornadas2022-inicio/2801-xi-jornadas-nacionales-asociacion-enfermeria-comunitaria-aec-y-ix-encuentro-nacional-de-tutores-y-residentes-de-enfermeria-familiar-y-comunitaria-logrono-2022>



XX CONGRESO DE ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Organiza: Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia

Fecha: del 2 al 4 de noviembre de 2022

Lugar: Palma de Mallorca

Dirección: C/ Las Naves 13 3º 28005 Madrid

Email:
eugeniavidal@fabulacongress.es/
albertomoraga@fabulacongress.es

Más información:
<https://www.aeeto.es/congreso/ava-nce-programa>



XIII PREMIO NACIONAL DE ENFERMERÍA JUAN CIUDAD DE GRANADA

Organiza:
Colegio de Enfermería de Granada

Plazo: 15 de septiembre de 2022

Objetivo:
Fomentar y promover la investigación en los profesionales de la enfermería

Dotación:
3.000 euros para el trabajo premiado en la modalidad "trabajo de investigación finalizado"; 2.000 euros para el premiado en la modalidad "proyecto de investigación" y 1.000 euros para el premiado en el Accésit Enfermería Joven.

https://codegra.es/p/27/premio-juan-ciudad

II EDICIÓN DE LOS PREMIOS DE INVESTIGACIÓN DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA

Organiza:
Consejo General de Enfermería

Plazo: 16 de octubre de 2022

Objetivo:
Incentivar y motivar a las enfermeras y enfermeros en la elaboración y desarrollo de Proyectos de Investigación, así como otorgar visibilidad, difusión y transferencia de conocimiento con las aportaciones de la profesión enfermera a los resultados de salud.

Dotación:
55.000 euros

https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/premios-y-becas/premios-de-investigacion/premios-de-investigacion-2022

XXXVIII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA "CIUDAD DE SEVILLA"

Organiza: Colegio de Enfermería de Sevilla

Plazo: 31 de octubre de 2022

Objetivo: Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos y que, con anterioridad, no se hubiesen presentado a ningún otro premio o certamen de esta misma naturaleza. No serán objeto de estos premios los trabajos subvencionados por otras entidades científicas o comerciales, ni las tesis doctorales presentadas a tal fin.

Dotación: 4.140€ para el primer premio; 2.070€ para el segundo y 1.380€ para el tercer y Accésit Enfermería Joven 1.150€.

http://colegioenfermeriasevilla.es/profesion/premios/certamen-nacional-de-enfermeria/bases/



International Nursing Review

EN ESPAÑOL

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

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



Suscríbete aquí

LANZAROTE: LA VIDA ENTRE VOLCANES



ÁNGEL M. GREGORIS. Lanzarote

Lanzarote es sinónimo de viento y magia. Al final, la magia gana al viento, pero es cierto que hay días en los que ir a la playa se puede convertir en toda una aventura y en un buen momento para hacerse un exfoliado corporal completo con la arena.

Eso sí, a pesar de ese pequeño inconveniente, Lanzarote ofrece todo un pack para que disfruten los que quieren sol y mar, pero también los que buscan turismo y paseos. Para muchos y muchas, la mejor isla del archipiélago canario. Playas turquesas como la Papagayo, otras de arena negra como la Quemada y algunas con vistas espectaculares como la de Famara. Sin olvidarse de una visita a las piscinas naturales "Los charcones", que, si bien la carretera no está muy acondicionada, el paraje es espectacular. Además, la temperatura es muy estable y, por ejemplo, mientras este año en la península se sobrepasaban los 40°, allí no llegaban a los 30°.

Timanfaya

Pero fuera del descanso en la arena, la isla regala al visitante uno de los parques nacionales más bonitos de toda España, el del Timanfaya. Fue en 1730 cuando la tierra se abrió paso y durante seis largos años estuvo expulsando lava. Varios pueblos quedaron enterrados y la zona sur se transformó por completo, dando lugar a

coladas impresionantes y a varios cráteres que hacen de ese paisaje un lugar único. La llegada en coche mientras ves esa lava solidificada a los lados te traslada a otro planeta. Sin haber estado nunca, me lo imagino algo así como la luna.

"Una de las mejores islas de Canarias"

Para recorrer el parque, al estar protegido, hay que hacerlo en autobús y acompañado de un guía. A través del paseo se van viendo las formaciones y cómo fueron actuando los distintos volcanes que explotaron en aquella época. Pero allí también hay tiempo de conocer un poco más cómo funcionan los volcanes y, además, comprobar que 300 años después de las erupciones el interior sigue caliente.

Más de 200°

A pocos metros de la superficie, las temperaturas alcanzan más de 200 grados. Aunque esta zona está acotada y muy protegida, muy cerca se encuentra el primer volcán que se formó en esa erupción de 1730, la Caldera del Cuervo. En este sí que se puede pasear, rodear e, incluso, entrar dentro del mismísimo cráter. No

suele ser una parada de las excursiones, pero si hay oportunidad, no hay que perderse.

Los Jameos del Agua o la Cueva de los Verdes son otros ejemplos de estas formaciones que se hicieron con los volcanes. El primero, intervenido por la mano de César Manrique, el artista más aplaudido de la isla, y el segundo, un recorrido por el interior de un túnel que se formó durante las erupciones y que ahora puede transitarse. También los pueblos de interior como Tegüise, Yaiza o Arrecife merecen una visita.

Sin duda, Lanzarote es sinónimo de viento y magia. Espectacular se queda corto para definir a una isla que sigue viva.

La Graciosa

Cogiendo un ferry desde el norte de la isla se puede llegar a otra isla mucho más pequeña y virgen, La Graciosa. La experiencia en este lugar, si hace buen tiempo, puede ser otra maravilla. Es posible hacer todo el perímetro en bicicleta, con tramos más fáciles y otros más complicados. Totalmente recomendable, ese paseo hasta las playas más escondidas y no tan explotadas. A pesar de que no deja de haber mucho turismo, sigue manteniendo esa frescura de una isla virgen, sólo habitada en determinados rincones.



Nuevo Opel Astra Sports Tourer

A CONTRACORRIENTE

JUAN JOSÉ CAMPILLOS. Madrid

El mercado automovilístico ha cambiado. Desde hace unos años, los SUVs dominan con mano de hierro las carreteras españolas, pero hay marcas que todavía se resisten a

dar su brazo a torcer. Una de ellas es Opel que, con su nuevo Opel Astra Sports Tourer, sigue apostando por los modelos compactos familiares. Todo ello con su indiscutible

diseño y corazón alemán, pero con alma francesa, ya que se sustenta sobre la plataforma EMP2, utilizada también por Peugeot y Citroën.

No se alarmen, sólo la base es gala, todo lo demás, pura ingeniería teutona, incluido, claro está, el motor. Presenta versiones de 110 y 130 caballos para gasolina y diésel, hasta aquí, nada nuevo en el horizonte. La novedad estriba en que este Sports Tourer se ofrecerá con dos niveles de potencia en las versiones híbridas enchufables (180 y 225 CV), lo que lo convierte en el primer familiar electrificado de la marca.

Y si necesitamos potencia para llevar a la familia, también un buen maletero. Es la

razón de ser del modelo. Ofrece hasta 600 litros de espacio útil de almacenamiento con los respaldos traseros en la posición más vertical y hasta 1.634 cuando se abaten. Si optamos por las versiones híbridas, estas cifras se reducen, a causa de la batería de litio con la que cuenta.

Su gran paso adelante está en los trazos exteriores y en el minimalismo del interior. Por fuera, y de frente, puede verse el nuevo frontal de la marca, conocido por Opel Vizor, donde la parrilla y los faros son uno para quedar incrustados en el parachoques. Si miramos la parte trasera, destacan unos pilotos especialmente finos.

Interior minimalista

Elegante es su interior, hasta el punto del rozar el minimalismo. Controlaremos el coche con un volante finísimo, que otorga una visión perfecta de las dos pantallas de diez pulgadas con las que cuenta, una pa-

ra la instrumentación digital y otra para infoentretenimiento. La climatización la regularemos a través de mandos físicos, siempre favorable para no tener que andar toqueteando la

pantalla, y los asientos presentan certificación AGR, con la cual nos aseguraremos de reducir la fatiga y el cansancio en los viajes largos. Como punto negativo, el plástico negro piano de los embellecedores. Se raya con solo mirarlo.

En definitiva, un coche que contará con mucha presencia en el segmento y que batallará frente a los SUV. Lo que sí parece casi imposible es que pueda ganar la guerra.

Es el primer familiar electrificado de la marca



El Codem presenta el libro solidario *101 Relatos de la Enfermería*

ALICIA ALMENDROS. Madrid

El Colegio de Enfermería de Madrid (Codem) ha sido escenario de la presentación del libro solidario *101 Relatos de la Enfermería*. Una publicación que reúne 101 historias escritas por enfermeras de toda España y que abordan hechos y personajes relacionados con la profesión enfermera. “La idea de este libro se gestó en la presentación de *101 relatos de bibliotecarios*. Ahí fue donde al ser yo enfermera pensamos que sería buena idea hacer un libro donde nuestra profesión fuese la protagonista”, explicaba Ana María Ruiz, enfermera del SUM-

MA 112 y una de las autoras del libro. “En este libro los lectores van a encontrar historias escritas con amor, con generosidad y con mucho talen-

Homenajear a la profesión y a quienes la ejercen

to. Entre los relatos hay temas relacionados con la pandemia, pero también momentos

trágicos y alegres. Son parte de nuestra historia. Es importante que la gente vea de lo que somos capaces de hacer juntas, porque juntas somos más fuertes”, añadía Ruiz.

Durante la presentación, Mar Rocha, tesorera y portavoz del Codem, destacó la apuesta de las enfermeras por “la comunicación con nuestros pacientes, con sus familias, con los demás profesionales con los que nos relacionamos, y con toda la sociedad” y resaltó el caso de la literatura como ejemplo y como “herramienta imprescindible para dar a conocer

los principios científicos, humanísticos y éticos que son fundamento de la profesión enfermera”.

Rocha, además, no quiso dejar pasar la oportunidad de poner en valor el papel del Codem como colaborador del proyecto y de la participación de las colegiadas con sus relatos. “Es un proyecto muy participativo por parte de colegiadas de muchas otras provincias españolas. Es un orgullo poder presentar aquí este libro. Un proyecto solidario donde las enfermeras una vez más muestran su parte más amable, más social, de una manera altruista participando con este o con cualquier tipo de proyectos”, resaltaba Rocha.

Además, los beneficios que se saquen van íntegramente para causas sociales. “Este proyecto nace en el mes de diciembre, precisamente aquí en esta casa, cuando pensamos que los *100 relatos bibliotecarios* podían ser una pre-



cuela de los *101 relatos de la enfermería* y a partir de ahí se han sucedido los acontecimientos de una manera tan vertiginosa, que aquí estamos”, comentaba. “Nuestra fundación está especializada en intentar generar sonrisas a niñas de un montón de países del mundo”.

Al acto acudieron decenas de personas entre las que se encontraban gran parte de las autoras de estos relatos. Nati-

cernos visibles y embarcarnos en todos los proyectos que surjan porque tenemos capacidad para liderar mucho más de lo que estamos liderando ahora mismo”.

Sin duda, un evento que sirvió para homenajear a la profesión y a quienes la ejercen, reconociéndolas por su imprescindible papel no solo durante la pandemia, sino también a lo largo del resto de la historia tal y como ha quedado reflejado en muchos de los relatos.

Los beneficios del libro irán a causas sociales

vidad López, presidenta de la Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar (Amece), es la autora de uno de ellos: “Mi historia tiene lugar en un hospital pediátrico y es bastante autobiográfico. Bajo el título *1.200 palabras para ellos* recorre de alguna forma los más de 43 años que he trabajado con alumnos con complejidad crónica. Estoy muy contenta por haber participado. Las enfermeras tenemos que ha-

Homenaje

La presentación sirvió también para homenajear a la doctora María Teresa Miralles Sangro, colegiada madrileña, por su trayectoria y su decisiva contribución a la profesión y a la historia de la Enfermería.

Teresa Miralles es la protagonista de uno de los 101 relatos que forman parte del libro y la enfermera autora del mismo, Virginia Soto, tuvo ocasión de intervenir durante el acto para reconocer la aportación de Miralles al desarrollo de la profesión.

El libro solidario *101 Relatos de la Enfermería* puede adquirirse a través de la página web de Editorial Vinatea 8.





Frida Kahlo: frente a frente

“La columna rota” es uno de sus autorretratos más dolorosos

RAQUEL GONZÁLEZ . Madrid

Si alguien ha sabido plasmar en sus lienzos el sufrimiento físico y emocional al que puede llegar una mujer esa ha sido Frida Kahlo. La fuerza y la pasión que emanan de sus obras y su derroche de color e imaginación han convertido sus lienzos en uno de los motivos de merchandising más rentables. Su estética inconfundible ha sido reproducida hasta la saciedad en los soporíferos más variopintos, sin embargo, pocas ocasiones hemos tenido en nuestro país de admirar su obra frente a frente. Hoy, y después de casi 40

años, nos brinda esta oportunidad la Fundación Casa de México en España, ubicada en Madrid.

Hasta el próximo 30 de noviembre, ya se puede disfrutar de 31 de sus obras originales más emblemáticas y 91 fotografías.

La muestra, Frida Kahlo: alas para volar, explora su compleja producción pictórica, contribución a esta disciplina y dimensión humana. Así, se adentra en el contexto biográfico y en su parte más íntima, invitando al espectador a disfrutar del derroche

estético en el marco del contexto histórico en el que vivió.

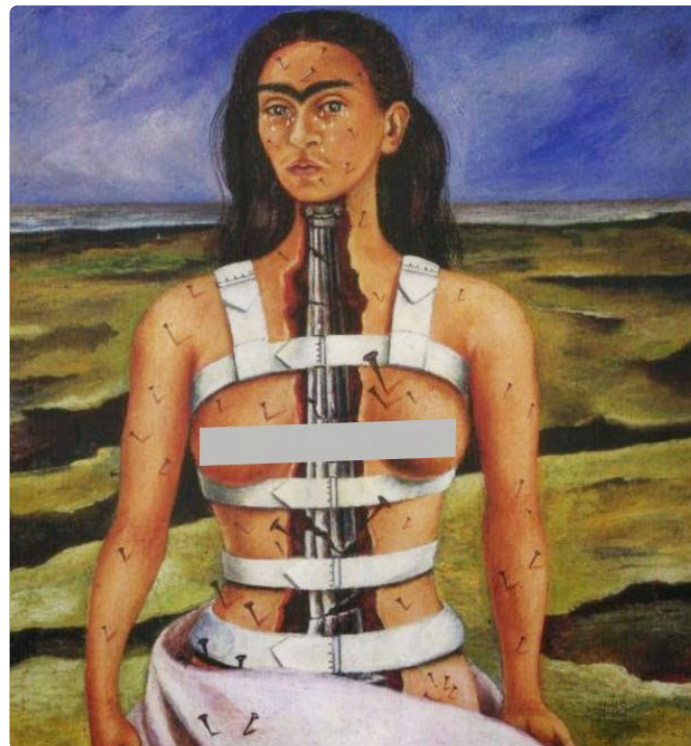
El dolor, la muerte, la mujer, la violencia de género, las relaciones de pareja, la maternidad, la naturaleza, la herencia prehispánica y mexicana son algunos de los temas fetiche de esta artista que ahora nos acerca la Fundación.

Dolor y destrucción

Dentro de todos ellos, ocupa un papel destacado en sus obras el amor desgarrador y hasta destructivo que vivió con el pintor Diego Rivera, de quien se separaría tras la infidelidad con su propia hermana y con quien, sin embargo, años más tarde volvería a casarse.

Las ansias de una maternidad que no llega a materializarse dan lugar también a algunas de sus obras más impactantes y dolorosas.

Y siempre presente, de una forma u otra, el trágico accidente de autobús que marcaría su vida con apenas 19 años, tras ser atravesada por una barra de hierro. Además de largos periodos en cama, Frida tuvo que someterse hasta 32 operaciones quirúrgicas. Este hecho daría lugar, precisamente al ya mencionado autorretrato “La columna rota”, que muestra a la pintora mexicana semidesnuda, atravesada por una columna jónica.



Un otoño de estrenos, que culminará con Avatar 2



ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

El inicio del curso viene también cargado de estrenos cinematográficos para el último cuatrimestre del año. Uno de los más esperados se hará de rogar hasta diciembre. Hablamos de *Avatar 2*, que, después de 13 años, llegará a las pantallas de todo el mundo el próximo 16 de diciembre. Bajo el subtítulo de *El sentido*

del agua, volveremos al mundo de Pandora, creado por James Cameron. Una de las cintas más taquilleras de la historia estrenará, por fin, su secuela, protagonizada por Sam Worthington, Sigourney Weaver, Zoe Saldana y Kate Winslet, entre otros.

Tras *La noche de Halloween* y *Halloween Kills*, la historia

de Michael Myers llegará a su fin con *Halloween Ends*. Mucho más intimista que sus predecesoras, según el directo David Gordon Green, el estreno está previsto para el 14 de octubre, dos semanas antes de “la noche de los muertos”.

Marvel

Marvel es otra de las franquicias que nunca para. El 11 de noviembre llega la nueva aventura de *Black Panther*. Y si de secuelas va la cosa, también se estrenará (23 de noviembre en EEUU) la tercera parte de *Creed* y la cuarta de *Los Mercenarios* (fecha por determinar).

Secuelas, estrenos y mucho más

Más allá de en las salas de cine, el mundo audiovisual ha evolucionado tanto que los estrenos en plataformas digitales también cuentan con gran expectación. Es lo que le pasa al biopic sobre Marilyn Monroe, *Blonde*, que está protagonizado por una Ana de Armas en uno de sus mejores papeles. Llegará el 23 de septiembre a Netflix. En esta misma plataforma, todavía sin fecha de estreno, se podrá ver *Puñales por la espalda 2*, *Luther* y *Pinocho* de Guillermo del Toro.

Otras muchas películas han sido aplazadas para 2023. La pandemia, el confinamiento y la imposibilidad de rodar hizo que tuvieran que posponerse numerosas grabaciones, lo que supuso un cambio en los calendarios de todas las productoras.

YA SE CONOCEN LOS PRIMEROS CLASIFICADOS DE #FOTOENFERMERÍA 2022



IRENE BALLESTEROS. Madrid

Pacientes ostomizados, emergencias en helicóptero, suministro de medicación y marcas en la piel. [#FotoEnfermería2022](#) nos muestra diferentes realidades de la profesión enfermera en cuatro instantáneas al mes. El mejor concurso artístico-sanitario, organizado por el [Consejo General](#)

de Enfermería (CGE), presenta a los clasificados del mes de julio con cuatro fotografías, dos de la categoría General y dos de Instagram.

En esta ocasión el jurado, basándose en la creatividad y calidad fotográfica, ha seleccionado dos fotografías que reflejan la importancia de la enfer-

mería para calmar el dolor de sus pacientes, así como las huellas que dejan en la piel la labor enfermera diaria. En la categoría Instagram, los usuarios se han decantado por la presencia enfermera en dos ámbitos diferentes de la profesión.

El concurso continúa y os recordamos que hay dos for-

mas de participar: General o Instagram. En la categoría Instagram se clasificarán mensualmente para la final las dos fotos que más "me gusta" reciban y se participará enviando la foto con los datos requeridos en las bases al e-mail y subiendo la foto elegida mencionando [@FotoEnfermería](#) y [#FotoEnfermería2022](#).

En la categoría General será el jurado, compuesto por enfermeros y fotógrafos de prestigio, el que elegirá las dos mejores fotos. Para participar tendrán que enviar las instantáneas al e-mail con los datos que se exigen en las bases. Todas las imágenes finalistas competirán por los premios de 1.000, 500 y 250 euros para cada una de las categorías.

Todos los enfermeros colegiados en España y estudiantes de Enfermería pueden participar y cada mes, las cuatro fotografías elegidas serán publicadas en la revista ENFERMERÍA FACULTATIVA y en otros medios corporativos del CGE. A partir de diciembre de 2022 se fallarán los premios. Consulta [aquí](#) las bases completas.

GENERAL



Never grow up.
[Andrea Sáenz](#)

Por fin vacunada,
[Antonio Alcalde](#)



INSTAGRAM



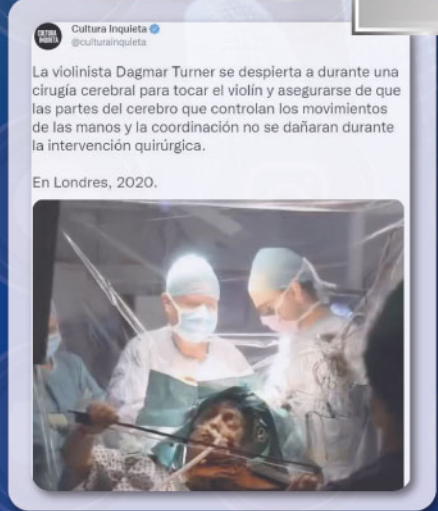
Saber empatizar
siendo paciente y
profesional,
[@ostobag](#)

Tres corazones en
uno,
[@henaontoria](#)



100 ISO 400 ISO 800

LO + VIRAL



ENFERMERÍA CIENTÍFICA

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

■ Número 19 ■ 1 - 15 Septiembre 2022



SUMARIO

Las funciones de la enfermera en un quirófano de trasplante capilar **66**

PRÁCTICA CLÍNICA

Las funciones de la enfermera en un quirófano de trasplante capilar

Autora: M^a del Carmen García Retorta¹

⁽¹⁾ Enfermera de quirófano HU La Paz, Madrid, Experta en tricología y trasplante capilar. Directora Experto Universitario en Tricología y Trasplante capilar (IFSES estética – UDIMA)

INTRODUCCIÓN

Actualmente están incrementando de manera exponencial las cirugías de trasplante capilar. Ya que es uno de los servicios más demandados por el público masculino, en gran medida, debido a que se percibe el tener pelo como signo de juventud, atractivo e incluso éxito laboral y social (1).

El trasplante capilar es un tipo de cirugía limpia, que no precisa de un ambiente estéril de quirófano. Normalmente se desarrolla en una consulta preparada para realizar cirugía menor ambulatoria (figura 1).

El incremento de estas cirugías, además incrementa una demanda de personal de enfermería, y es necesario que las enfermeras que están en estos quirófanos tengan la formación suficiente, habilidades y destrezas necesarias para realizar su trabajo en este quirófano, sin olvidar los cuidados específicos de enfermería a estos pacientes, ya que son cirugías muy largas, (normalmente tienen una duración de 6 a 8 horas) hay varios cambios de posiciones quirúrgicas, así como la preparación específica del paciente en cada tiempo quirúrgico.

El tipo de actividades que va a llevarse a cabo en estas cirugías son actividades independientes, como son las relacionadas con las posiciones quirúrgicas y el confort del paciente, y actividades multidisciplinarias como son la administración de medicación, colaboración en la extracción e implantación folicular, mantenimiento y clasificación de unidades foliculares y realización de la cura.

Además de lo anteriormente citado, también la enfermera llevará a cabo el registro de la hoja de circulante, donde se registrará todo lo acontecido en el quirófano, personal que interviene en la cirugía, comienzo y fin de cirugía, comienzo de extracción y comienzo de implante, tiempos de isquemia de unidades foliculares, etc... además de llevar a cabo junto con el resto del equipo el check list de la cirugía.

La finalidad de este trabajo es dar a conocer las funciones que lleva a cabo una enfermera dentro de una cirugía de trasplante capilar, tanto funciones autónomas, como funciones multidisciplinarias.

Por lo tanto, los objetivos que perseguimos en este trabajo son los siguientes:

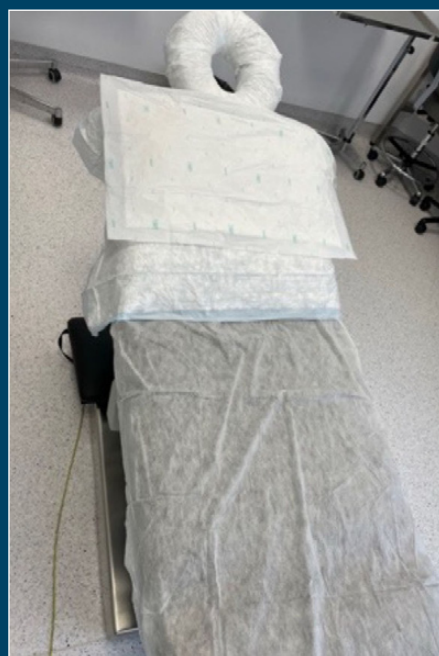
- Definir las funciones que realiza una enfermera en un quirófano de trasplante capilar.
- Conocer los diferentes tipos de cirugía de trasplante capilar.
- Describir en qué consiste la técnica FUE (Extracción de unidades foliculares) de trasplante capilar.
- Coordinar el trabajo en equipo dentro de un quirófano de cirugía capilar.

Entre las funciones que desarrolla una enfermera dentro de este quirófano son:

- Preparación del quirófano (previo a cirugía).
- Recepción y preparación del paciente.
- Monitorización del paciente.
- Colocación paciente (diferentes posturas quirúrgicas según momento de la cirugía).
- Proporcionar ambiente agradable y de confort al paciente (son cirugías muy largas, y un ambiente tranquilo, música de fondo.... Mejoran ese confort).
- Administración de medicación prescrita por facultativo.
- Colaboración en la extracción folicular.

FIGURA 1

Mesa de quirófano para cirugía capilar con soporte de cabeza



- Clasificación y mantenimiento de las unidades foliculares.
- Preparación de unidades foliculares para implante (en el caso de implantar DHI).
- Colaboración en la implantación folicular en zona donante.
- Realización cura de zona donante.
- Registro de hoja de circulante y check-list.

Además de lo anteriormente citado, también la enfermera llevará a cabo el registro de la hoja de circulante, donde se registrará todo lo acontecido en el quirófano, personal que interviene en la cirugía, comienzo y fin de cirugía, comienzo de extracción y comienzo de implante, tiempos de isquemia de unidades foliculares, etc... además de llevar a cabo junto con el resto del equipo el check list de la cirugía.

Este tipo de cirugías de trasplante capilar pueden ser realizadas con diferentes técnicas de extracción de unidades foliculares (técnica FUE y técnica de la tira) e implantación de unidades (se pueden implantar con un método tradicional con pinza, o mediante dispositivos de implantación DHI). En este trabajo me voy a centrar en la técnica de extracción FUE, que es la técnica de extracción de unidades foliculares con un. Micromotor, y es una técnica mínimamente invasiva.

Cuando hablamos de técnica FUE, nos referimos a la "extracción de unidades foliculares, cirugía descubierta por William Rassman et al. En 2002 como una cirugía de restauración capilar mínimamente invasiva para la alopecia androgenética" (2). En la técnica FUE, los injertos de pelo se extraen como unidades foliculares individuales del área donante con un micromotor y se implantan en el área receptora bien mediante técnica manual de pinza, bien con técnica de implantar DHI. Tiene varias ventajas, entre ellas destaca que no deja cicatrices, tiene un tiempo de curación más rápido, menor tiempo de inactividad y además se requiere menos personal en el quirófano.

El equipo humano básico que nos encontramos en estas cirugías está formado por un cirujano capilar, una enfermera, que en este caso hará labor de circulante y también de instrumentista- asistente, que deberá estar entrenada en esta técnica de cirugía y un TCAE formado y entrenado en trasplante capilar.

Son cirugías ambulatorias, donde el paciente pasa muchas horas tumbado, con una posición en decúbito prono, decúbito lateral derecho, decúbito lateral izquierdo y otra en supino. La labor de enfermería en la colocación del paciente es fundamental a la hora del confort del paciente durante la cirugía, además de que la posición de decúbito lateral va a facilitar la cirugía en ciertos momentos de la extracción y del implante del folículo.

Una buena recepción del paciente y preparación del paciente, preparación del quirófano y de los materiales, así como la extracción, mantenimiento e implantación de las unidades foliculares son labores que llevamos a cabo en un quirófano de cirugía capilar.

En estas cirugías es muy importante el trabajo en equipo, ya que ese trabajo en equipo facilitará las relaciones entre los componentes del equipo, y por lo tanto mayor seguridad para el paciente, menos tiempo de isquemia de los folículos y un éxito en el trasplante.

PRÁCTICA CLÍNICA

La cirugía del trasplante capilar es una cirugía menor ambulatoria, mínimamente invasiva, que actualmente está muy demandada, pero donde la labor de enfermería es fundamental, ya que desde el momento de la recepción del paciente hasta la salida del paciente del bloque va a estar siempre acompañado por la enfermera.

El trasplante capilar es una técnica quirúrgica que permite mejorar la densidad capilar en pacientes con diferentes formas de alopecia, principalmente en alopecia androgenica. Esta cirugía consiste en trasladar unidades foliculares de la zona donante (habitualmente la zona occipital) a la zona de alopecia (area receptora), permitiendo mejorar de forma significativa la densidad capilar de una forma muy natural.

Existen dos tipos de cirugías de trasplante capilar según la técnica de extracción que se emplee, la clásica emplea la técnica de la tira, también conocida como FUSS (esta técnica consiste en seccionar una banda de piel con cabellos de unos 15-20 cm de longitud por 1-2 cm de ancho, de ahí se extraerán las unidades foliculares, y necesita tras la resección una sutura, lo cual va a tener un mayor postoperatorio, más probabilidad de infección, dehiscencias, dolor, queda la cicatriz...) y la más moderna es la conocida como técnica FUE, que es una técnica menos invasiva (se realiza la extracción de folículos de la zona donante mediante un punch de aproximadamente entre 0,8 y 1mm de diametro, normalmente el punch se conecta a un micromotor que es lo más habitual, aunque también se puede hacer de forma manual) no deja cicatriz, y el tiempo de recuperación es menor.

Aunque en ambos casos, el proceso de implantación en la zona receptora se realiza de igual manera, se implanta bien con pinza o bien con implantar DHI.

En este trabajo me voy a centrar en la cirugía que realizamos de forma más habitual que es la extracción con técnica FUE.

Estas cirugías no son posibles sin un trabajo en equipo y sin que haya comunicación entre los integrantes del equipo, ya que son muchas horas de cirugía y hay mucha variedad de técnicas e intervenciones, sin olvidar que el único fin es el bienestar y confort del paciente y que la cirugía tenga éxito.

A la llegada al quirófano, la enfermera se reúne junto al cirujano y el TCAE para comprobar y confirmar la cirugía que se va a realizar. Todos los materiales deberán estar correctos, y estériles, los que deban de estar estériles.

Los materiales que se emplean son: Rasuradora eléctrica, micromotor con punch de varios tamaños, pinzas quirúrgicas adson rectas, pinzas acodadas y de relojero, y en caso de emplear técnica DHI los implanters de varios tamaños, cápsulas de Petri con separaciones, cápsulas metálicas, cubetas de hielo para mantenimiento de los folículos, rotuladores dermatográficos, pulverizador.

La anestesia que se emplea es anestesia local, a criterio del cirujano, aunque lo más habitual es una solución compuesta de 60ml de solución salina 0,9% + 20ml de lidocaína 2%+ 10ml de bupivacaína 0,5% + 0,6ml adrenalina, y la tumescencia que consta de una solución de 100ml de solución salina 0,9% + 1cc de adrenalina.

La medicación que se emplea en estas cirugías será a criterio del cirujano, pero normalmente se prepara una dosis intra-

venosa de antibiótico (normalmente 1 gramo de amoxicilina), un protector gástrico (pantoprazol) y antiinflamatorio. Todo esto se administrará previa prescripción médica de forma intravenosa, y se dejará una vía periférica con una perfusión continua de suero salino al 0,9% a 50ml/h.

A. Preparación del paciente:

A la llegada del paciente se comprobará su identidad, nos aportará una prueba PCR realizada las 24-48h previas a la cirugía, y consentimiento informado de la cirugía. En ese intervalo, mientras el paciente entrega la documentación, se aprovecha para la realización de un test de antígeno al paciente, a pesar de tener una PCR negativa.

Se realiza una foto inicial, del paciente de las zonas donante y receptora y se procede al rasurado del pelo con la rasadora eléctrica en cuchilla de 0,5. (fig 2).

Una vez rasurado, el cirujano diseñará cuál es la zona donante, y dejará dibujada la zona receptora.

Tras este procedimiento, el paciente ya pasa al quirófano y se le coloca en posición de decúbito supino, se le monitoriza con pulsioximetría y una tensión arterial periférica, y acto seguido se canaliza la vía periférica, para la administración de la medicación pautada por el cirujano. (figura 3)

FIGURA 2

Rasurado del paciente



FIGURA 3

Canalización de vía periférica



Una vez canalizada la vía periférica se colocará al paciente en decúbito prono con protecciones en zona de rodillas y talones, y dejando margen de movimiento a miembros superiores, ya que el paciente estará en todo momento despierto (figura 4). Es en este momento cuando el cirujano procederá a realizar el bloqueo anestésico de la zona donante (la zona donante de pelo, preferentemente es la zona occipital).

B. Desarrollo de la cirugía

Una vez anestesiada la zona el cirujano empezará a realizar la extracción con el micromotor, es en este momento en que la enfermera ya pasa a asistir y a ayudar en esta técnica de extracción de unidades foliculares con pinza. (figura 5).

Es muy importante registrar en este momento la hora del inicio de la extracción y de la hora de finalización de la extracción. Se dejará registrado en la hoja de circulante de quirófano, pues los tiempos de isquemia del folículo son muy importantes para una buena viabilidad del trasplante.

Durante la extracción habrá un momento en que el paciente tome la posición de decúbito lateral izquierdo y otra de decúbito lateral derecho (figura 6), para facilitar la extracción, ahí facilitaremos la colocación del paciente colocando almohadas entre las piernas.

FIGURA 4

Posición del paciente en decúbito prono para extracción folicular



FIGURA 5

Extracción de unidades foliculares

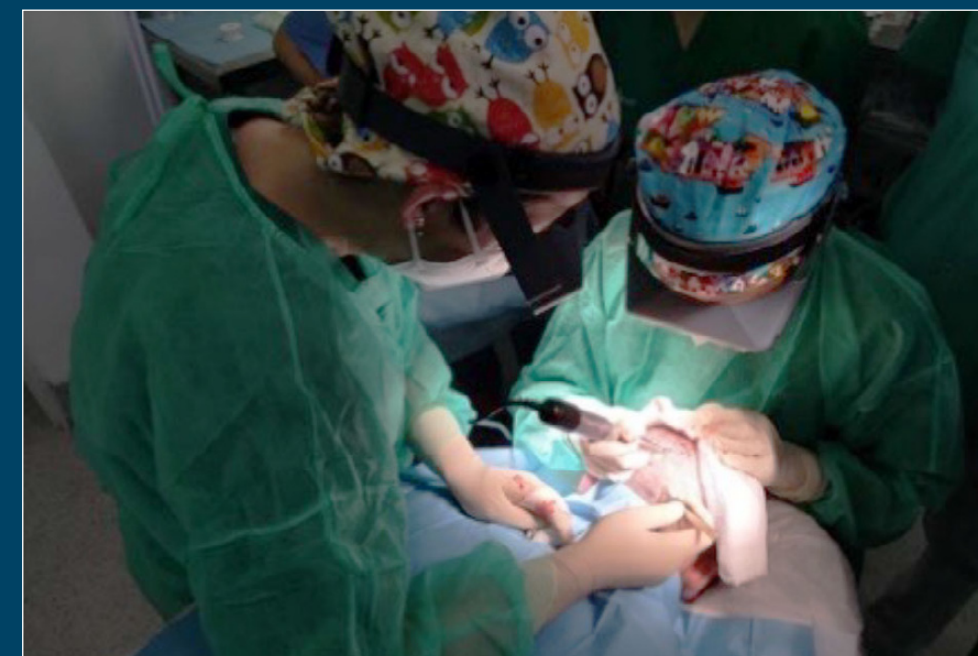


FIGURA 6

Paciente en decúbito lateral derecho para facilitar la extracción



Mientras se van extrayendo los folículos, la enfermera los va depositando en una cápsula con suero salino y el TACE los irá recogiendo y clasificando según el número de pelos que haya por folículo y los irá colocando en tiras sobre una gasa sin hilos y húmeda y a su vez sobre las placas de frío (hay que mantener la temperatura de las unidades foliculares en torno a los 4°C) e irá contando el número de unidades foliculares extraídas. (Figuras 7 y 8).

Una vez extraídas las unidades foliculares esperadas se limpiará la zona con solución salina y se dejará una compresa con tul y una pomada antibiótica de ácido fusídico en esa zona a modo de cura.

Ya realizada la extracción el paciente va a cambiar su posición a decúbito supino, y posición de fowler, y se colocarán las protecciones correspondientes a esta posición (figura 9).

El cirujano volverá a marcar la zona receptora, y realizará el bloqueo anestésico de la zona receptora y la tumescencia para elevar el plano y poder injertar mejor, y procederá a realizar los tuneles para el implante, esta vez con un bisturí de punta de zafiro. En el caso de emplear técnica DHI de implantación no será necesario hacer el paso de la tunelización.

En este intervalo en lo que el cirujano está anestesiando y haciendo los canales de implante, la enfermera junto con el TACE seguirán clasificando folículos y ordenándolos según el número de pelos (véase figura 8), para a posteriori realizar exitosamente el implante. Y contabilizará el número final de unidades foliculares extraídas.

Una vez preparada la tunelización, y con el paciente en posición de fowler se procederá a implantar. En este caso, si la

FIGURA 8

Clasificación unidades foliculares



FIGURA 7

Clasificación y disposición de unidades foliculares



FIGURA 9

Comienzo de la implantación y resto del equipo sigue preparando las unidades foliculares, en este caso se emplean Implanters DHI



FIGURA 10

Implantación de folículos con pinza



técnica es manual, se procederá a implantar las unidades foliculares con pinza (figura 10) en los canales que ha preparado el cirujano, esta forma de implantar lo harán enfermera y cirujano, y el técnico lo que hará es seguir clasificando, en el caso de que sigan quedando folículos por clasificar, y si ya está todo clasificado, procederá al lavado del material que ya no sea necesario.

En el caso de emplear la técnica DHI, será el cirujano quien vaya implantando con el dispositivo las unidades foliculares, y tanto como la enfermera como el TACE lo que hacen es preparar los folículos dentro de cada implanter para que el cirujano pueda implantarlo (figura 11 y 12).

Cuando hablamos de actividad delegada, significa que el cirujano delega esa función en enfermería, siendo la enfermera quien realiza la implantación, bajo la supervisión del cirujano.

Durante todo este procedimiento se pulverizará de forma continua la zona receptora, ya que se necesita tener todo muy hidratado, y no se emplearán gasas, ni habrá roces ya que puede arrancar el implante.

C. Al finalizar la cirugía

Tras la cirugía y la implantación se darán las instrucciones posteriores al paciente sobre los cuidados que debe de llevar a cabo en su domicilio.

Se realiza la cura sólo de zona donante con pomada antibiótica de ácido fusídico, y la zona receptora de dejará expuesta al aire libre y sin cubrir, pero realizando frecuentes pulverizaciones suaves con solución salina.

Ayudaremos al paciente a vestirse. Se les aconseja traer una camisa de botones o cremallera, ya que no se debe meter prendas de vestir por la cabeza, porque podría arrancar el pelo implantado.

RESULTADOS

Como resultado de este proceso obtenemos el resultado final del trasplante capilar en óptimas condiciones.

Otro resultado es que cuando el trabajo está protocolizado por parte del equipo, donde cada componente tiene unas funciones claras, se agiliza el proceso en beneficio tanto del paciente como de la cirugía.

La colocación del paciente en las distintas fases de esta cirugía es muy importante, tanto para que la cirugía tenga éxito, como para que haya un buen confort del paciente.

La enfermera en estos quirófanos desempeña un papel muy

FIGURA 11

Hilado de folículo sobre implanter DHI



FIGURA 12

Implantación con DHI, aquí la actividad de la enfermera es delegada, el cirujano delega en la enfermera esta actividad



relevante ya que realiza tanto funciones autónomas como colaborativas dentro de un equipo multidisciplinar.

CONCLUSIONES

Las conclusiones en este trabajo son varias. La primera es que el trabajo en equipo multidisciplinar es imprescindible en este tipo de cirugías (figura 13).

Otra de las conclusiones que podemos destacar es la relevancia del papel de la enfermería que desempeña tanto funciones autónomas como colaborativas.

Entre las funciones colaborativas destacan la asistencia al cirujano, y el nexos y coordinación de la cirugía entre el cirujano y el TACE.

Por último, la importancia de la figura de la enfermera en este tipo de quirófanos para garantizar cuidados al paciente, tanto los propios de la cirugía, como los propios asistenciales, a lo que se refiere a posiciones quirúrgicas, mantenimiento de ambiente confortable, así como la realización de la cura del paciente.

FIGURA 13

Equipo multidisciplinar con alumnos de enfermería en formación en una cirugía capilar



BIBLIOGRAFÍA

1. Bader KL, Ishii M, Joseph A, Su P, Nellis J, Ishii LE. Perception of Hair Transplant for Androgenetic Alopecia. JAMA Facial Plast Surg. 2016 Dec 1;18(6):413-418. doi: 10.1001/jamafacial.2016.0546. PMID: 27560098; PMCID: PMC5469375.
2. Kerure AS, Deshmukh N, Agrawal S, Patwardhan NG. Follicular Unit Extraction [FUE] - One Procedure, Many Uses. Indian Dermatol Online J. 2021 May 12;12(3):381-388. doi: 10.4103/idoj.IDOJ_522_20. PMID: 34211903; PMCID: PMC8202483.
3. SHARMA R, RANJAN A. FOLICULAR UNIT EXTRACTION (FUE) HAIR TRASPLANT [Internet]. 2022 [citado 8 enero 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12663-019-01245-6>
4. Vañó Sergio, Jaen Pedro. Manual práctico de tricología. madrid: medical communications; 2020.
5. Bicknell L, Kash N, Kavouspour C, Rashid R. Follicular unit extraction hair transplant harvest: a review of current recommendations and future considerations. Dermatology online journal. 2014.
6. Vargas T, Nohora I. La Enfermera y la vision de seguridad del paciente en quirófano en aspectos con la asepsia y la tecnica esteril. [Internet]. 2013 [citado 8 enero 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a15.pdf>



**E ENFERMERÍA
C CIENTÍFICA**

Dale un nuevo recorrido a tus artículos científicos

Publica en Enfermería Científica,
nueva sección de ENFERMERÍA FACULTATIVA

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

Envía tu artículo a : instituto@consejogeneralenfermeria.org

Consulta las normas de publicación aquí.



NORMAS DE PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

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

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

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

INSTRUCCIONES GENERALES



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

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

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

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

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

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

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

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

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

autoría, si hayan facilitado la realización del trabajo.

TIPOS DE ARTÍCULOS



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

- Título: Debe ser claro, conciso y concreto. Se considera adecuado si no supera las 15 palabras
- Resumen y palabras clave tendrá la siguiente estructura: Objetivos del estudio, Método, Resultados más destacados y las principales Conclusiones.
- Introducción: Contendrá los antecedentes, justificación y aplicabilidad, para terminar con la definición de los objetivos del estudio.
- Método: Especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas y cómo han sido medidas, el/los instrumento/s empleados y los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños.
- Resultados: Las tablas, cuadros, gráficos e imágenes han de ser claras y relevantes, acotadas en el texto. Número máximo: 6 ilustraciones. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y reseñar o resumir sólo las observaciones más destacables sin discutir ni interpretar los datos.
- Discusión y Conclusiones: Se discutirán los resultados comparándolos con otros trabajos previos similares y relevantes, comentando las diferencias y las similitudes. Se señalarán las fortalezas y las limitaciones del estudio.
- Bibliografía: el contenido de este apartado se ajustará a lo indicado con anterioridad en las Normas Generales para la Presentación de Artículos. Se recomienda un máximo de 35 referencias bibliográficas.

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

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

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

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

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

REQUISITOS ÉTICOS Y LEGALES



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

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

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

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

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

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

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

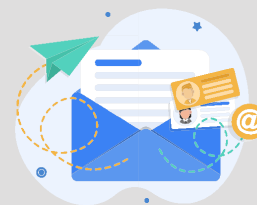
El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todas las personas autoras en la que declaren que son ciertas las afirmaciones que se indican en el siguiente listado:

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

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

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

ENVÍO DE DOCUMENTOS



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

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

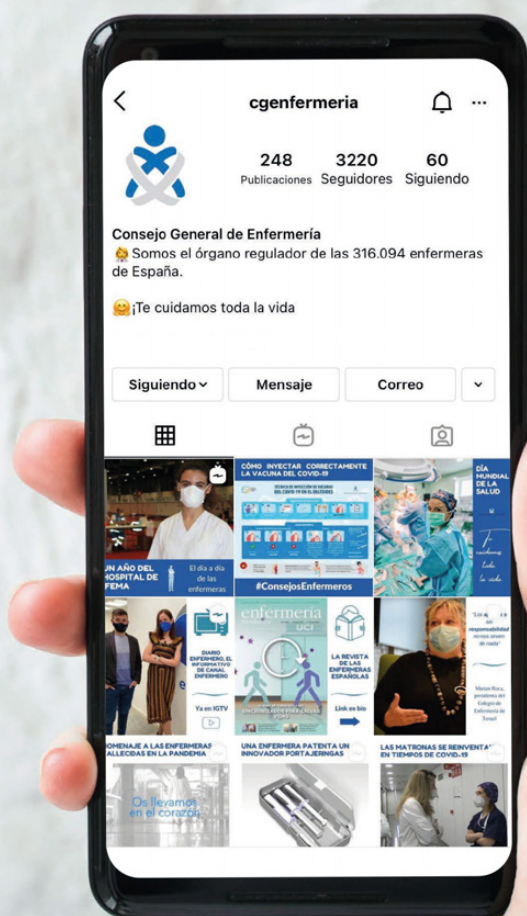
PROCESO EDITORIAL



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

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

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



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

► @cgenfermeria ◀

Síguenos también en

