

LA REVISTA DE LOS PROFESIONALES COLEGIADOS DE ENFERMERÍA

enfermería

facultativa | Año XXVI | Número 399 | 16 - 30 SEPTIEMBRE 2023 |



ESPAÑA SIGUE SIN SOLUCIONAR LA FALTA DE ENFERMERAS ESCOLARES



Ya se puede elegir a los ganadores de los I Premios Nacionales de Enfermería



Así ha sido el paso de la Ruta Enfermera por Bizkaia, Pontevedra y A Coruña



Experto Universitario online
**Cuidados al Paciente Crónico y
Gestión de Casos en Enfermería**

Expertos Universitarios online para enfermería



Experto Universitario online
**Enfermería en Gestión Sanitaria
para Directivos de Enfermería**



Experto Universitario online
**Cuidados Enfermeros en
Nutrición**



Experto Universitario online
Enfermería de Salud Pública



Experto Universitario online
Enfermería Escolar



Experto Universitario online
Enfermería Oncológica

Certificados por UNIR



Experto Universitario online
Enfermería Pericial

Adelántate y fórmate en lo que te apasiona como enfermera

INFÓRMATE



“

Constantes vitales

”



**Florentino
Pérez Raya**

Presidente del Consejo
General de Enfermería

La necesidad de una apuesta firme

En estos días en los que estudiantes de todas las edades retoman las clases, debemos hablar de las enfermeras en los colegios y de cómo los centros educativos que incorporan una enfermera o enfermero a jornada completa están apostando por la salud de toda la comunidad, no sólo de los alumnos y alumnas, sino de los profesores, de los trabajadores del centro y, por extensión, de toda la sociedad, ya que los menores ejercen de correa de transmisión de los hábitos saludables y la prevención de la enfermedad.

No podemos pensar en una enfermera como un profesional que está para atender a alguien que sufre una herida en el recreo o tiene 39 de fiebre. Olvidemos esa concepción clásica. Las enfermeras escolares realizan una tarea fundamental de educación para la salud, de promoción de hábitos saludables, enseñan cómo alimentarse bien, promoción del ejercicio, educación sexual... Sabemos que ese aprendizaje sobre el autocuidado es tan importante como las matemáticas o las ciencias en edades tempranas, que tiene una repercusión positiva a largo plazo. Y por supuesto que si hay una enfermera cerca habrá atención de urgencia pero sus funciones, como decíamos, van mucho más allá de una cura.

Tampoco conviene olvidar que las enfermedades crónicas cada vez son más prevalentes en la población infantoyjuvenil. Los padres y madres de niños diabéticos, o con otras patologías, saben que sus hijos e hijas tienen un mejor seguimiento cuando se cuenta con una enfermera en el centro.

Las Organización Colegial de Enfermería, las sociedades científicas, los pacientes... llevamos años demandando un modelo de integración total de las enfermeras en los colegios e institutos, como ocurre en otros países avanzados.

Se van dando pasos, pero no siempre en la dirección adecuada. Cataluña, por ejemplo, ha anunciado estos días que este curso se ampliará a todos los centros de secundaria, y en 2024 a los de primaria, la figura de la enfermera referente desde Atención Primaria. Hablamos de acudir al centro dos horas y media por semana. Menos es nada, pero tal y cómo está la Atención Primaria en este país, saturada y escasísima de profesionales, creemos que el camino pasa por las enfermeras a pleno rendimiento dentro del centro educativo.

FOTO ENFERMERÍA 2023



Buscamos la foto enfermera del año

Del 1 de julio al 31 de diciembre de 2023.
Envía tus fotos a
concursofotos@consejogeneralenfermeria.org
Participa en Instagram con el hashtag
#fotoenfermeria2023



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España

con la colaboración de



Consulta las bases completas en la página web



Sumario

Número 399

16- 30 septiembre 2023

6

Portada

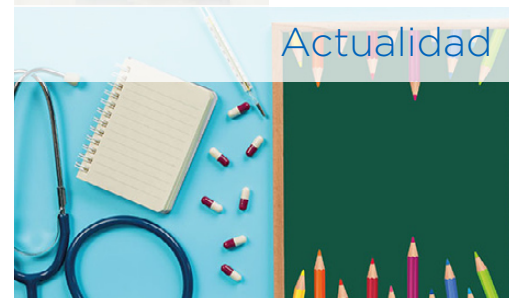
España continúa sin solucionar la falta de enfermeras escolares

12

Noticias

- Segunda edición de su programa de ayudas para enfermeras doctorandas
- Un canal de comunicación enfermera-paciente que monitoriza el grado de dolor en tiempo real

Actualidad



Internacional

Ya puedes inscribirte a la revista INR en español a un precio reducido

Opinión

Sergio Alonso: "No hay mimbres para un pacto por la sanidad"

Agenda

Congresos y premios

36

Servicios profesionales



38

40

Ocio y cultura



42

44

Viajes

Narva (Estonia), la ciudad donde chocan Oriente y Occidente

Motor

BYD, el "antitesla" llega a Europa

52

FotoEnfermería

Conoce los clasificados del mes de agosto de #FotoEnfermería2023

55

Quality of life and autonomy in patients with intermittent bladder catheterization trained by specialized nurses

68

Normas de publicación de artículos científicos

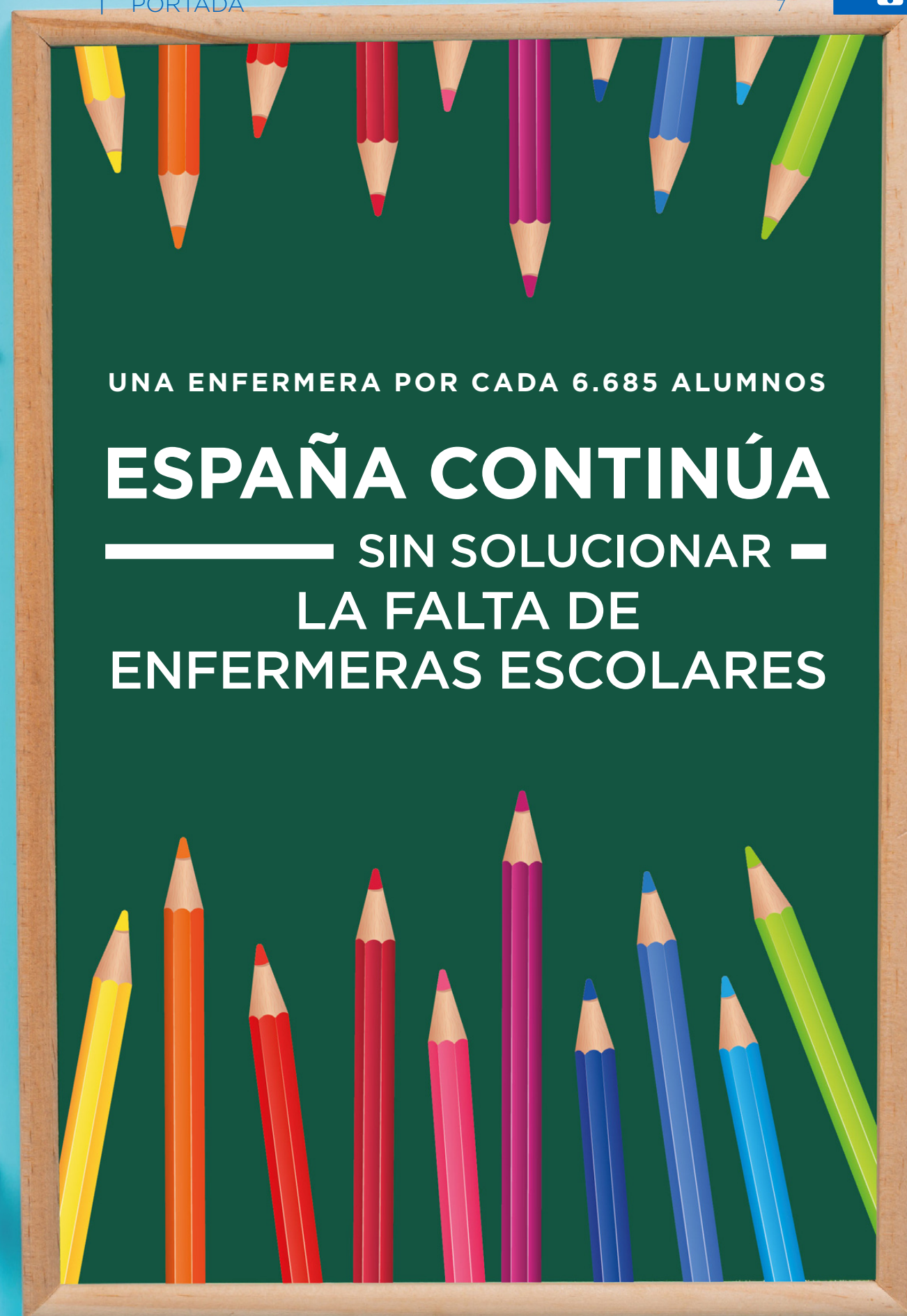
Enfermería Científica



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 Balles-teros (i.ballesteros@consejogeneralenfermeria.org). **Consejo editorial:** Raquel Rodríguez, José Ángel Rodríguez, Fernando Gómara y Ángel Martínez. **Ilustraciones:** Augusto Costhano. **Asesoría Socioprofesional:** María José Fernández. **Enfermería Científica:** Instituto de Investigación Enfermera (instituto@consejogeneralenfermeria.org).

Enfermería Facultativa: C/ 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.



UNA ENFERMERA POR CADA 6.685 ALUMNOS

ESPAÑA CONTINÚA

— SIN SOLUCIONAR —

LA FALTA DE ENFERMERAS ESCOLARES



De izda. a dcha.: José Canales, Guadalupe Fontán, Florentino Pérez Raya y Tamara Domingo

A.M. GREGORIS / A. ALMENDROS. Madrid

España vuelve a suspender en enfermería escolar y cuenta con una enfermera por cada 6.685 alumnos, lo que mejora un 30% los datos del año anterior cuando se contabilizaba una enfermera por cada 8.497 alumnos. Así lo recogen los datos obtenidos por el Observatorio de Enfermería Escolar del Consejo General de Enfermería (CGE), con la colaboración de la Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar (AMECE), Asociación Científica Española de Enfermería y Sa-

lud Escolar (ACEESE) y el Instituto de Investigación Enfermera del CGE.

“España está lejos de los estándares global”

“Los resultados son mejores que los presentados el año pasado, pero siguen siendo alarmantes. Estamos muy lejos de

las recomendaciones de la Asociación Americana de Enfermeras Escolares (NASH), la Asociación Internacional de Enfermeras Escolares (SNI) y la International Association of School Nurses & Health Promotion (ISNA): una enfermera por cada 750 alumnos y una por cada 350 en aquellas escuelas de educación especial”, resalta Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería.

“No podemos pensar en una enfermera como un profesional que está para atender a alguien que sufre una herida en el recreo o tiene 39 de fiebre. Olvidemos esa concepción clásica. Apostemos por hablar más de salud y menos de enfermedad. Las enfermeras escolares realizan una tarea fundamental de educación para la salud, de promoción de hábitos saludables, detección de conductas de riesgo, promoción del ejercicio, educación sexual... Sabemos que ese aprendizaje sobre el autocuidado es tan importante co-



mo las matemáticas o las ciencias en edades tempranas, que tiene una repercusión positiva a largo plazo. Y por supuesto que si hay una enfermera cerca habrá atención de urgencia si fuera necesario”, añade.

Dos modelos

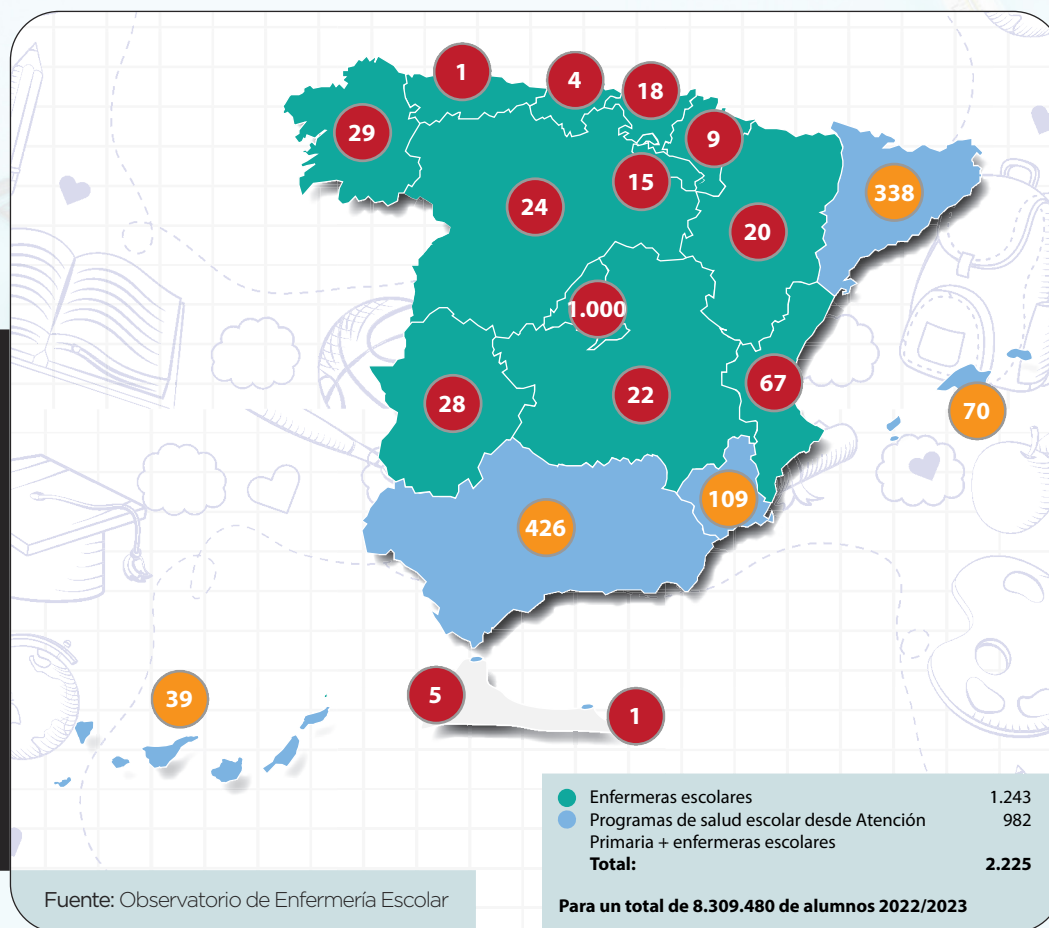
A pesar de las advertencias del Consejo General de Enfermería (CGE), las asociaciones de pacientes y sociedades científicas enfermeras escolares, las desigualdades entre comunidades autónomas son notables. Castilla-La Mancha, por ejemplo, cuenta con 22 enfermeras escolares

para 363.126 alumnos, Asturias 1 para 133.837 o Navarra 9 para 117.871. “Además de que son enfermeras insuficientes, en algunas comunidades sólo reflejan las que es-

“Cada vez hay más demanda por parte de las familias”

tán en centros de educación especial y en otras nos encontramos que conviven distintos modelos de atención que

no aportan el mismo valor ni cubren las mismas necesidades detectadas: el de la enfermera asignada en un centro presencial a jornada completa, que es el que reclamamos desde el Consejo General de Enfermería porque aporta más valor, y el de la enfermera referente que va desde Atención Primaria a hacer educación para la salud en momentos puntuales, como ocurre en Andalucía, Murcia o Cataluña. Con este último modelo no se cubren todas las necesidades que tiene la comunidad escolar”, expone Guadalupe Fontán, coordinadora del Instituto de Investigación Enfermera del CGE.



Cataluña, por ejemplo, ha anunciado estos días que este curso se ampliará a todos los centros de secundaria, y en 2024 a los de primaria, la figura de la enfermera referente desde Atención Primaria. “Hablamos de acudir al centro dos horas y media por semana. Menos es nada, pero tal y cómo está la Atención Primaria en este país, saturada y escasísima de profesionales, creemos que el camino pasa por las enfermeras a pleno rendimiento dentro del centro educativo”, recuerda el presidente de las enfermeras españolas.

De hecho, tan sólo Madrid presenta una cifra de enfermeras fijas en los centros que se acerca a los estándares internacionales, con 1.000 enfermeras en toda la Comunidad, lo que arroja una ratio de una enfermera por cada 1.247 alumnos.

Por su parte, Natividad López, presidenta de AMECE, critica la falta de voluntad política en este asunto. “Cada vez hay más demanda por parte de las familias y un aumento de determinadas enfermedades, incluidas las de salud mental. Esto no es más que una falta de voluntad de

“Un 25% de los menores es un paciente crónico”

los responsables a nivel estatal y autonómico para favorecer esta implantación. En países de nuestro entorno y en otros continentes, es un perfil pro-

fesional regulado e imprescindible”, puntualiza.

En esta misma línea se expresa Engràcia Soler, presidenta de ACEESE: “Aunque existe una demanda por parte del profesorado y de las familias, a nivel político no se han tomado medidas para implantar la figura. La enfermera juega un papel importantísimo y es necesaria para garantizar el derecho de todos los alumnos al acceso a la educación porque existen alumnos que por determinadas patologías tienen dificultades para asistir siempre”.

Estudio de necesidades

Durante la rueda de prensa, también se prestaron los resultados de un estudio que evalúa



De izda. a dcha.: Guadalupe Fontán, Diego Ayuso, Tamara Domingo y Natividad López

la necesidad de instaurar esta figura desde la perspectiva de los directores de centros educativos, padres, madres y de las propias enfermeras escolares en el que se pone de manifiesto la situación en los centros que han participado, modelos existentes, condiciones laborales, así como las actividades que realizan y que mejoran la calidad de vida no sólo de los menores en particular sino de la comunidad educativa y de las familias en general desde el punto de vista de los participantes en el estudio.

Cronicidad

Según la Asociación Española de Pediatría de Atención Pri-

maria, se estima que un 25% de los menores que acuden a un centro escolar padece una enfermedad crónica. “De hecho, en el estudio que hemos realizado refleja que las enfer-

“El número de enfermeras es insuficiente”

meras escolares prestan atención sanitaria a alumnos con problemas de salud crónicos, al menos, una vez al mes. Más del 70% de las enfermeras encuestadas reconoce haber atendido situaciones gra-

ves como crisis respiratorias, hipoglucemias o crisis alérgicas, además de realizar atención directa a una media de 20 alumnos por día, hacer seguimiento a crónicos y realizar actividades de promoción para la salud”, explica Tamara Domingo, enfermera del Instituto de Investigación Enfermera.

Los directores escolares y los padres y madres de alumnos se muestran altamente satisfechos con su enfermera escolar. Aunque esa satisfacción se ve algo reducida en aquellos casos en los que la enfermera sólo acude al centro para programas de salud concretos, apoyo y determinadas revisiones o cuando es llamada por el centro, es decir, no tiene una relación programada y continua con el centro. “El 93,8% de los directores y el 90,6% de los responsables de AMPA, reconocen que es necesaria la figura de la enfermera escolar. Entre las funciones que creen que debería desempeñar existe un amplio consenso en que deben atender la salud del alumnado, promover programas de salud e higiene y la atención de urgencias”, argumenta Fontán.



Segunda edición de su programa de ayudas para enfermeras doctorandas

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

El Consejo General de Enfermería, en su apuesta firme por la investigación, y tras el éxito de la primera convocatoria, abre el plazo para presentar solicitudes para la segunda edición de su programa de ayudas para enfermeras y enfermeros en periodo de doctorando. Esta iniciativa es una de las muchas que ha puesto en marcha la Organización Colegial en los últimos años con el objetivo de potenciar, incentivar y continuar avanzando en la investigación enfermera.

“Desde el Consejo General tenemos una cosa clarísima desde hace muchos años y es que la profesión debe seguir creciendo acompañada de una investigación y una evidencia científica clara y concisa. Estas ayudas buscan seguir potenciando la investigación de la mano de enfermeras y enfermeros que se encuentran actualmente o buscan iniciar un doctorado. Queremos apoyar la generación de conocimiento e investigación a través de subvenciones que pueden ser utilizadas para el acceso a motores de búsqueda bibliográficas o artículos de pago,

adquisición de herramientas necesarias para la investigación, métodos y análisis estadísticos, traducción a otros idiomas y/o publicación en revistas de impacto”, afirma Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería.

Cuántía pendiente de definir

La cuantía, pendiente de definir en función del número de solicitudes recibidas, forma parte de la partida de más de dos millones de euros para desarrollo profesional e investigación del Consejo General de Enfermería para este 2023. “No tenemos ninguna duda de que para continuar avanzando con criterios científicos en los cuidados de la población hay que apostar por la formación y la investigación como motores de cambio. Vamos a continuar incentivando el crecimiento de la profesión, ayudando a todos y todas aquellas que quieran potenciar y hacer crecer aún más a la población”, añade el presidente de las 330.000 enfermeras y enfermeros españoles.

El plazo de presentación de solicitudes en los colegios provinciales irá desde el 5 de septiembre hasta el 31 de octubre de 2023, y pueden acceder a ellas todas las enfermeras y enfermeros matriculados hace menos de cinco años en un

315 enfermeras obtuvieron ayuda en 2022

programa de doctorado y que estén en la actualidad cursando el programa. Además, los solicitantes deben ser ciudadanos españoles o ciudadanos extranjeros residentes en territorio español, y estar colegiados, con el pago de cuotas colegiales al día.

Colegios provinciales

La solicitud será canalizada a través de los colegios provinciales de Enfermería, que se encargarán de enviar hasta la secretaria general del Consejo General de Enfermería las propuestas recibidas. “Es para nosotros un orgullo enorme poder continuar con este programa que pusimos en marcha el año pasado y que ha sido tan bien acogido por todos nuestros compañeros y compañeras. También tenemos en



marcha la nueva edición de los premios de investigación, así como ayudas específicas para programas de investigación y formación a través de los colegios provinciales. Sin duda, toda una apuesta por el crecimiento de la enfermería que seguiremos llevando a ca-

bo en los próximos años”, puntualiza Pérez Raya.

Edición 2022

En 2022, un total de 315 enfermeras se han beneficiado de las ayudas y se han repartido un total de 220.500 euros. La

Comisión Ejecutiva del Consejo General de Enfermería ha concedido una ayuda directa para cada colegiado solicitante de 700€. Por provincias, las que acumulan un mayor número de beneficiarios son Barcelona (72), Madrid (53), Valencia (13) y Asturias (12).



**Plazo
abierto
hasta el 31
de octubre**

**MÁS
INFORMACIÓN**

Bases y solicitud

Ruta Enfermera por Bizkaia, Pontevedra y A Coruña

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

La Ruta Enfermera continúa su periplo por España y en los últimos días ya ha pasado por Bizkaia, haciendo parada en Bilbao y Barakaldo; Pontevedra, con parada en Vigo y Pontevedra ciudad, y A Coruña. Hábitos saludables, consejos para mejorar la calidad de vida y divulgación sanitaria se han

dado cita en estos lugares. Dos enfermeras junto al equipo de cada colegio han dado a conocer a miles de personas la labor de la profesión.



Bilbao: inauguración del tráiler en la Plaza de los Profesionales Sanitarios

PRÓXIMAS PARADAS

CIUDAD	FECHAS
Santiago de Compostela (Parque de la Alameda)	18 y 19 de septiembre
Lugo (Plaza Horta do Seminario)	20, 21 y 22 de septiembre
Ourense (Plaza Obispo Cesáreo)	26 y 27 de septiembre
Barco de Valdeorras (Ourense)	28 de septiembre



Bilbao: la Consejera de Salud del Gobierno Vasco, Gotzone Sagardui Goikoetxea, visitando el tráiler



Barakaldo: enfermeras antes de empezar una charla en la Herriko Plaza



Barakaldo: autoridades visitando el tráiler



Vigo: la inauguración en el interior del tráiler



Vigo: un grupo de personas en el taller de RCP



Pontevedra: inauguración en la Plaza de España



Pontevedra: una de las charlas en el interior del tráiler



A Coruña: medios de comunicación conociendo el tráiler



A Coruña: autoridades durante la inauguración del tráiler



Apoyo y cuidados antes, durante y después del trasplante autólogo de médula ósea

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

El trasplante de médula ósea autólogo es un procedimiento en el cual el donante de la médula es el mismo paciente. Consiste en obtener las células madre de la persona afectada y luego volver a dárselas después de realizarles un tratamiento. Pilar Rodríguez, enfermera de la Unidad de Oncohematología (trasplante de médula ósea), del Hospital San Pedro de Alcántara (Cáceres), ha querido poner en valor el enorme trabajo que realizan las enfermeras en un área como esta. “Somos la esperanza de vida del paciente, que, además, tiene un largo trayecto desde su diagnóstico hasta que se decide el trasplante. Nosotras nos encargamos de realizar lo que es la infusión de la médula ósea, pero no es tan rápido. Primero están en una unidad aisla-

dos mucho tiempo y nosotros somos como una gran familia para ellos”, apunta Rodríguez.

“Cuando no entienden algo, nos lo preguntan”

Para ella, es imprescindible la labor humana en esta unidad. “Ser enfermera significa ser una gran cuidadora. Muchas veces están aislados de su familia, de su entorno, de todo su mundo... por lo tanto, nosotros hacemos de esa familia”, puntualiza.

La enfermera considera fundamental empatizar, pero recuerda que para cuidar hay

que cuidarse: “Hay que tener cuidado porque existe lo que se llama la fatiga de la compasión y la podemos sufrir aquellos que estamos en continuo contacto con el dolor y con la muerte. Nosotros nos tenemos que proteger”.

Verbal

Sin duda, Rodríguez subraya que “la enfermera es la que pasa más horas con ellos”. “Cuando no entienden algo, nos lo preguntan. Y qué importante es esa comunicación verbal, pero mucho más la no verbal.

En definitiva, cuando la soledad y el aislamiento se cierne sobre los pacientes, las enfermeras siempre están ahí para darles una mano confiante.

¿Enfermedad mental y eutanasia? Enfermeras para acompañar

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

La denominada Ley de Eutanasia, publicada en el Boletín Oficial del Estado en marzo de 2021, pretende dar una respuesta jurídica sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia. En el texto se repite en numerosas ocasiones la premisa “sufrimiento físico o psíquico”. Una premisa que deja desamparados a ciertos pacientes, que ven cómo la ley no recoge determinadas situaciones en las que poder solicitar esta ayuda. Son los pacientes con enfermedades de salud mental.

“Esta ley deja a estas personas un poco desprotegidas porque es una ley farragosa a la vez que garantista y no explicita la enfermedad mental”, explica Belén Maside, enfermera especialista en salud Mental y miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario de A Coruña.

Profilaxis activa

Ella considera que el profesional de enfermería aquí tiene un papel clave. En primer lugar, “de profilaxis activa con-

tra el suicidio”; y, en segundo lugar, “de escuchar esas demandas de acompañamiento en la muerte de los pacientes con enfermedad mental cuando ya ha transitado por muchos caminos, muchos profesionales, muchos tratamientos y muchas opciones terapéuticas”. “Este es un trabajo que requiere mucho tiempo, mucha prudencia y una escucha activa y basándose en la singularidad de cada paciente”, apunta.

Es un trabajo que requiere mucho tiempo

Como especialista, considera fundamental esa escucha y conocer al paciente. Es fundamental saber diferenciar cuándo un paciente quiere morir porque ya no tiene otra opción o porque la propia patología puede llegar a tener ideación continua de muerte, pero esto último no es una petición de eutanasia. “Creo que aquí el papel de los profe-

sionales, y en concreto enfermería es clave.

Día a día

Trabajamos con ellos día a día, hora a hora. La clave está en el tiempo de deliberación, en el trayecto de cada persona y no en un momento de opacidad. No se trata de afrontar esto en un momento en el que los síntomas sean muy claros o en un momento de desesperanza. Hay veces que los pacientes llevan una trayectoria de sufrimiento que es cuando toman la decisión. Antes de todo esto, tenemos que ver que se le haya ofertado al paciente todos los tratamientos posibles, desde una orientación farmacológica, hasta la biológica, la cognitiva-conductual, la psicoanalítica... Después de probarlo todo es cuando habrá que, por lo menos, escuchar a ese paciente”, puntualiza.

Para Maside, “todavía queda un camino por recorrer y se irá viendo a medida que vaya habiendo casos de estos pacientes que lo soliciten”. “Tenemos que acompañarlos con prudencia y entenderlos”, concluye.



Ya se puede elegir a los ganadores de los I Premios Nacionales de Enfermería

GEMA ROMERO. Madrid

Hasta el 30 de septiembre se podrá votar para elegir a los ganadores de la primera edición de los Premios Nacionales de Enfermería del Consejo General de Enfermería. Se ha designado un total de 30 finalistas, distribuidos en seis categorías, entre los que se pretende reconocer a enfermeros y enfermeras de distintos ámbitos de la profesión, y también a aquella persona ajena a la enfermería que más haya difundido o potenciado la labor enfermera fuera del ámbito de la profesión. Así, se premiará la actividad profesional en el ámbito asistencial, gestor, docente e investigador, además de a la trayectoria profesional a lo largo de toda la vida. Cada una de las categorías cuenta con cinco finalistas.

Como explica Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería, “hablamos de una profesión que cuida a la sociedad en todas las etapas de la vida, que educa en salud, que previene la enfermedad con la promoción de hábitos de vida saludable, que cura, que vacuna, que realiza técnicas complejas, que investiga, que prescribe, que gestiona... Una profesión que, en nuestro país, cuenta con una de las formaciones más avanzadas del mundo y desde la organización que las representa queremos premiar a quienes más destacan en el ejercicio profesional en todos sus as-

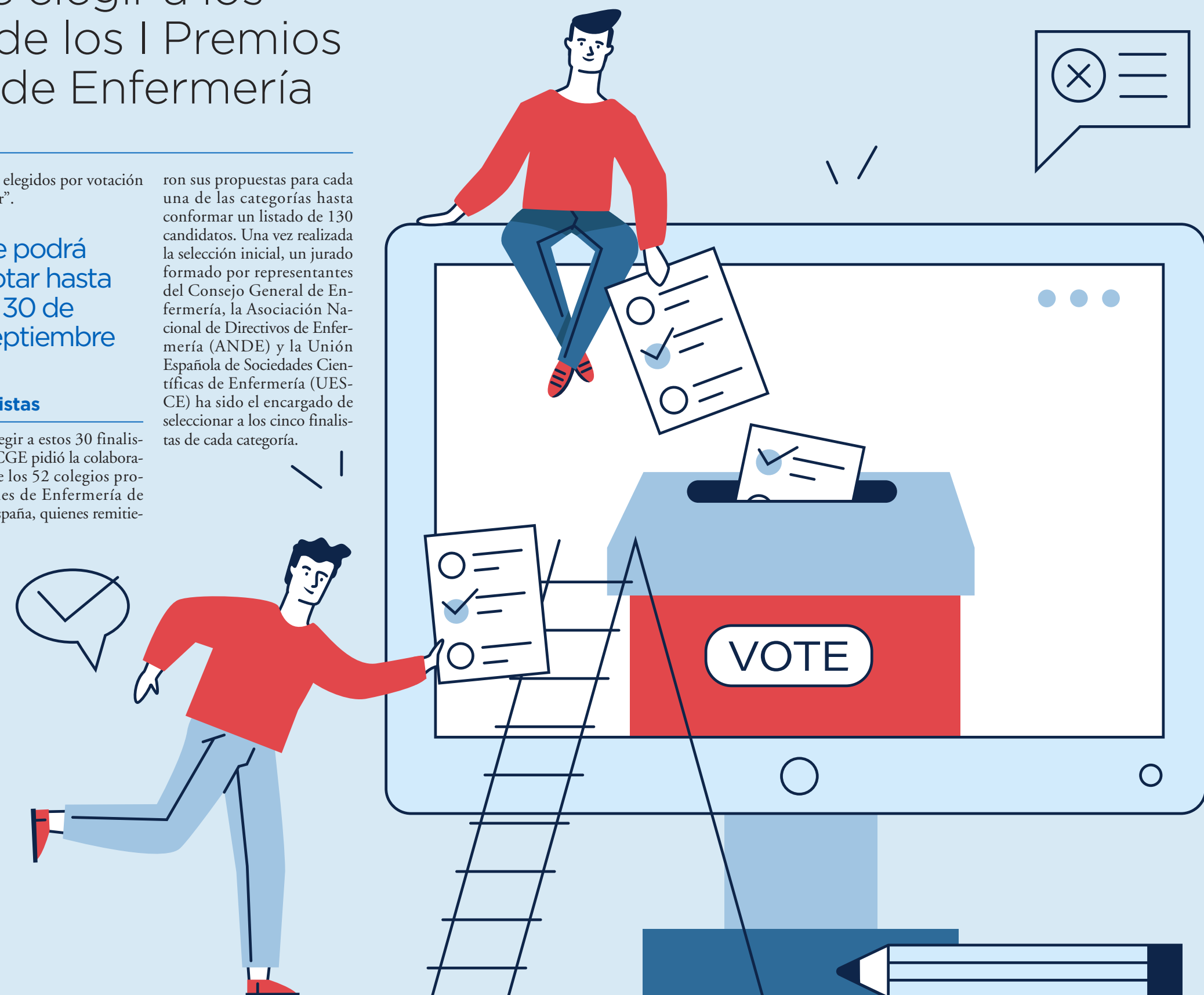
pectos, elegidos por votación popular”.

Se podrá votar hasta el 30 de septiembre

Finalistas

Para elegir a estos 30 finalistas, el CGE pidió la colaboración de los 52 colegios provinciales de Enfermería de toda España, quienes remitie-

ron sus propuestas para cada una de las categorías hasta conformar un listado de 130 candidatos. Una vez realizada la selección inicial, un jurado formado por representantes del Consejo General de Enfermería, la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) y la Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE) ha sido el encargado de seleccionar a los cinco finalistas de cada categoría.



Entre los finalistas, además de destacadas figuras de la enfermería de toda España, se encuentran el actor Antonio Resines, la ex consejera de Salud y Consumo de Illes Balears, Patricia Gómez, y la actual consejera de Salud y Consumo de Andalucía, Catalina García, ambas enfermeras de profesión. Antonio Resines ha sido propuesto por el Colegio de Enfermería de Albacete por su apoyo decidido a la sanidad pública y a las enfermeras tras su ingreso en el Hospital U. Gregorio Marañón de Madrid el año pasado. Patricia Gómez ha sido propuesta por el Colegio de Enfermería de Cáceres por su experiencia en gestión enfermera como consejera de Salud durante ocho años. Finalmente, se da el caso de que Catalina García, consejera de Salud de Andalucía ha sido elegida finalista en dos categorías diferentes: en el ámbito gestor a propuesta del Cole-

gio de Enfermería de Almería y por su trayectoria profesional, presentada por el Colegio de Enfermería de Jaén, su provincia de origen.

Entre los finalistas está el actor Antonio Resines

Por provincias el mayor número de aspirantes a estos premios proceden de Madrid y Navarra, con cinco finalistas cada una. En total, los aspirantes a estos premios provienen de 16 provincias diferentes. Toda la información sobre los candidatos se puede consultar pinchando [aquí](#).

Votación popular

Los ganadores de los I Premios Nacionales de Enferme-

ría del CGE se elegirán a través de una votación popular *online* —entre los 30 finalistas designados por el jurado— que estará abierta del 15 al 30 de septiembre. Para el desarrollo de esta votación, se ha creado un apartado en su [página web](#) donde se registrarán las votaciones, que serán secretas.

Para impedir votaciones masivas que puedan desvirtuar el resultado de la elección, los votantes deberán incluir su correo electrónico, que sólo se registrará a los efectos de limitar el voto a uno por correo.

Aunque hay seis categorías, no será obligatorio votar en todas ellas.

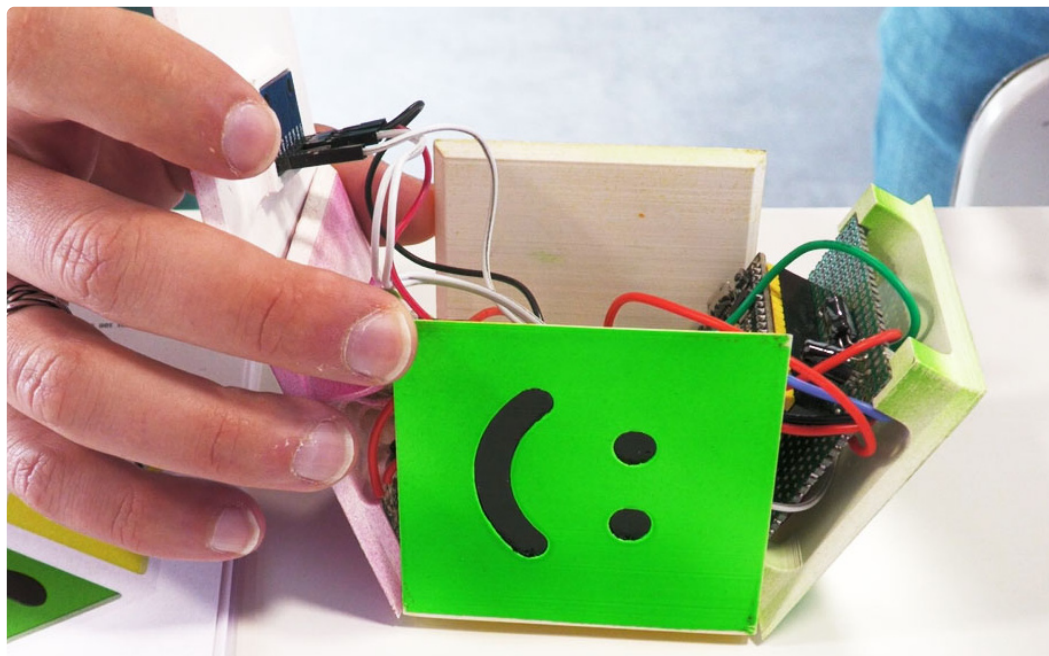
Posteriormente, los premiados se conocerán en un acto público que se tendrá lugar a finales del mes de octubre en Madrid.

Toda la información sobre los finalistas y las votaciones se puede consultar [aquí](#).



FINALISTAS DE LOS I PREMIOS NACIONALES DE ENFERMERÍA

CATEGORÍA	FINALISTA	CARGO	COLEGIO PROPONENTE
Ámbito asistencial	Silvia Blasco Gil	Hospital Comarcal de Alcañiz (Teruel)	Teruel
	Isabel Llimargas Doña	Fundació Asil Hospital de La Garriga (Barcelona)	Barcelona
	Marta Menchaca Torio	Hospital de Cruces (Bizkaia)	Bizkaia
	Carmen Neiro Rey	Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña)	A Coruña
	M.ª del Rocio Pindado Sáez	Hospital Nuestra Señora de Sonsoles (Ávila)	Ávila
Ámbito docente	Manuel Amezcua Martínez	Presidente de la Fundación Index	Granada
	Blanca Marín Fernández	Profesora titular de Enfermería. Universidad Pública de Navarra	Navarra
	Amparo Nogales Espert	Profesora titular honorífica. Universidad Rey Juan Carlos (Madrid)	Valencia
	M.ª Carmen Sellán Soto	Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina de la UAM (Madrid)	Madrid
	M.ª Flores Vizcaya Moreno	Profesora titular de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante	Alicante
Ámbito investigador	Miquel Bennasar Veny	Catedrático de Enfermería. Universitat de les Illes Balears	Baleares
	M.ª Pilar Córcoles Jiménez	Supervisora del área de investigación y formación continuada. Gerencia de Atención Integrada de Albacete (SESCAM)	Albacete
	Cristina García-Vivar	Subdirectora en el Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra (UPNA)	Navarra
	Cristina Monforte Royo	Vicerrectora de Ordenación Académica y Profesorado, Universitat Internacional de Catalunya	Barcelona
	Verónica Tiscar González	Coordinadora de investigación e innovación. Organización Sanitaria Integrada Bilbao Basurto (Osakidetza)	Bizkaia
Ámbito gestor	Manuela Bobadilla del Pozo	Ex subdirectora de Cuidados y Humanización de la Asistencia en Extremadura	Cáceres
	Rubén Flores García	Director de Enfermería del Hospital Universitario Gregorio Marañón	Madrid
	Soledad Gallardo Bonet	Gerente del hospital Son Llàtzer	Baleares
	Catalina García Carrasco	Consejera de Salud y Consumo de Andalucía	Almería
	Patricia Gómez Picard	Ex consejera de Salud y Consumo de Baleares	Cáceres
Trayectoria profesional	Carmen Asiain Erro	Clínica Universidad de Navarra. Jubilada	Navarra
	José Manuel Corbelle Álvarez	Presidente. Unión Española de Sociedades Científicas en Enfermería (UESCE)	Madrid
	Mercedes Ferro Montiu	Patrona de Fundación Caja Navarra	Cáceres
	Catalina García Carrasco	Consejera de Salud y Consumo de Andalucía	Jaén
	M.ª Lourdes Martínez Muñoz	Ex gerente de Cuidados de Madrid	Madrid
Ajeno a la profesión	Hildegart González Luis	Profesora en la Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra	Navarra
	Antonio Hermoso Quintana	Presidente. Asociación de Ostomizados de Granada	Granada
	Sandra Ibarra López	Presidenta. Fundación Sandra Ibarra	Madrid
	Juan Diego Pedrera Zamorano	Catedrático de Enfermería. Universidad de Extremadura	Cáceres
	Antonio Resines	Actor	Albacete



El cubo cuenta con una tecnología que permite la comunicación directa entre paciente y enfermera

Un canal de comunicación enfermera-paciente que monitoriza el grado de dolor en tiempo real

IRENE BALLESTEROS. Asturias

Transmitir emociones, sentimientos y medir el grado de dolor desde cualquier lugar ya es posible gracias a CuboLab, un dispositivo, del tamaño de un cubo de Rubik, que pone en contacto directo el estado emocional y físico de un paciente con su enfermera de referencia. Una iniciativa que se ha presentado

por el laboratorio universitario MediaLab en la Ruta Enfermera a su paso por Gijón

El HUCA recibirá 20 cubos para analizar datos

de la mano del Colegio de Enfermería del Principado de Asturias (Codepa) con el apoyo e impulso del Consejo General de Enfermería (CGE). CuboLab es una herramienta que cuenta con seis caras y, por lo tanto, con seis opciones para los pacientes de transmitir su estado de salud en tiempo real. “En cada cara tenemos un emoticono que transmite una emoción, desde una risa a un llanto, pasando por todos los grados de emoción o de dolor. El objetivo es poder informar a la enfermera desde el propio paciente, que es quien mueve el cubo y lo va girando en función de sus emociones y sentimientos. En la cara superior pondrá el emoticono correspondiente a su sentimiento actual y la enfermera recibirá esta información”, explica Ramón Rubio García, director de MediaLab de la Universidad de Oviedo.

La tecnología que compone este cubo hace posible que la enfermera pueda recibir esta información en tiempo real,



generando una comunicación directa con el paciente y brindando la oportunidad de hacer un seguimiento sobre el estado de salud del mismo. “El cubo dispone de una electrónica que, a través de una wifi, desde casa o desde el propio hospital transmite a una base de datos, que puede consultar la enfermera, la hora y la emoción que tiene en ese momento. Eso se almacena en una base de datos que la enfermera puede consultar en cualquier momento. Si un paciente se siente muy mal está haciendo como una llamada a la enfermera, pero sin teléfono. Hemos adecuado un canal de transmisión donde la enfermera recibe en su móvil esa información en cualquier momento. Esto está indicado para pacientes que están en un hospital, centro de salud o que están hospitalizados en su casa, donde la comunicación con la enfermera es diferente”, sigue Rubio.

Las caras del cubo reflejan una emoción diferente, por eso, “dependiendo de qué lado esté hacia arriba especifica el dolor emocional o físico del paciente, es muy fácil de usar, si esa cara es diferente de la puesta anteriormente, lo recibe la enfermera y se puede realizar un estadístico en el histórico del paciente de cómo es su evolución emocional o física”, cuenta Álvaro Alonso, estudiante de Ingeniería Electrónica y desarrollador del software y hardware de CuboLab.

Potenciales pacientes

El cubo cuenta con diferentes caras. Dependiendo del lado que se encuentre hacia arriba transmitirá una emoción o

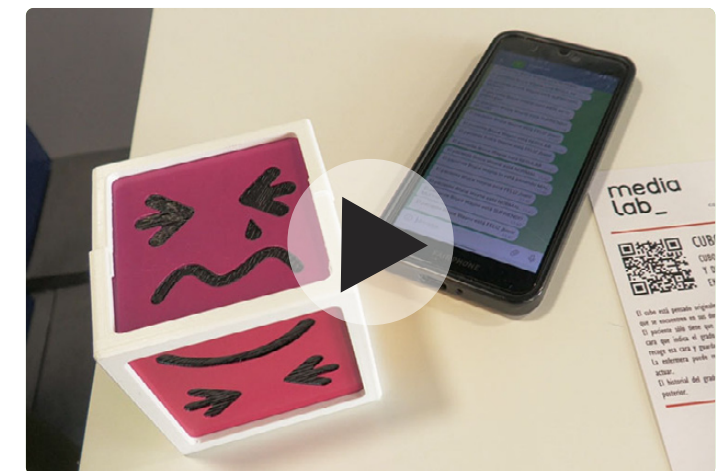
sensación diferente que llegará de forma inmediata a través de un canal de Telegram a la enfermera. Un recurso muy útil para pacientes con problemas de comunicación o posibles casos de violencia de género. “Puede estar muy bien para pacientes hospitalizados desde su casa. Empezamos en febrero con esta iniciativa y en marzo ya lo pudimos presentar en un Congreso de Innovación de Enfermería, donde nos plantearon utilizarlo para niños con autismo. Así, deter-

cubo codificado de una determinada manera que no sea una llamada de teléfono de alerta, es como un botón de pánico pero con seis caras y un poco más personalizable”, concluye el director de la iniciativa.

Apoyo enfermero

El proyecto ha contado con un total apoyo enfermero, quienes han participado en la toma de decisiones y, además, han ofrecido sus conocimientos para la configuración del dispositivo, adaptándolo a la casuística de cada potencial paciente. “En todo momento hemos tenido ayuda de las enfermeras. Nos dieron mucho feedback sobre las caras que poner y analizaron en qué situaciones puede tener más importancia y uso el dispositivo”, explica Alonso.

Para poder ir analizando datos y futuras aplicaciones de este proyecto, el próximo paso de este grupo de ingenieros es implementarlo en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). “Vamos a implementarlo en el HUCA, vamos a donar 20 cubos y se hará un análisis de cómo evoluciona ese feedback del paciente-enfermera”, concluye el estudiante.





Diseñan una escala para adecuar la ratio de enfermería a los cuidados

ALICIA ALMENDROS. Madrid

La distribución de pacientes en el hospital no es algo fácil teniendo en cuenta la presión asistencial que se produce durante gran parte del año en todos los centros sanitarios. Por ello, la enfermera Ángela Garrido ha diseñado una escala de niveles para adecuar las ratios enfermeras a las necesidades de cuidados de los

pacientes. “Es cierto que existen herramientas, pero son complejas y no se ajustaban a nuestras necesidades”, explica.

A lo largo de los últimos años la comunidad enfermera, los servicios sanitarios y los especialistas en gestión de recursos, han realizado un gran esfuerzo en la consecución de sistemas eficaces y a la vez

operativos para su aplicación en el campo del trabajo enfermero, y esto está directamente relacionado con adecuar la ratio enfermera paciente a las necesidades reales de cuidados. “La necesidad de diseñar una herramienta electrónica para el registro del nivel de cuidados es clave al no haber encontrado en la biblio-

grafía revisada un sistema válido de medición de trabajo enfermero para las unidades de hospitalización convencional que se pueda aplicar en nuestro medio”, expone Garrido.

Actividades

Las actividades de enfermería dentro de las Unidades de Hospitalización están condicionadas por el propio funcionamiento de los servicios clínicos y todo ello depende directamente de la adecuada organización del hospital: gestión de pacientes, diagnóstico por la imagen, laboratorio, farmacia, gestión de residuos, etc.

“Para determinar la carga de trabajo y poder planificar lo primero que deberíamos hacer es conocer la carga de trabajo derivada de la actividad estandarizada de cada unidad, y esto se debe hacer por cada turno de la organización en que se divide el trabajo. Para conocer este dato nos tenemos que basar en los sistemas de clasificación de pacientes, estos sistemas nos informan del nivel de dependencia y de la complejidad que requieren para poder solucionar los problemas, esto también va a depender de la organización de la unidad de enfermería. Una vez analizada la organización y conocidas las cargas de trabajo, corresponde a los responsables de las unidades dotarla con el número y capacitación de enfermeras

adecuado para poder atender la necesidad de cuidados de los pacientes ingresados”, resalta la enfermera autora de la escala de cuidados.

Gestión de cuidados

La enfermería tiene un papel fundamental en la gestión de los cuidados, “pero, debemos dotar a las Unidades de Cuidados herramientas de que establezcan una relación coherente entre el trabajo enfermero. Estos deberían ser medidos a través de variables que sean específicamente sensibles a los cuidados directos proporcionados por las enfermeras, como por ejemplo los relacionados con la incidencia de úlceras por presión, caídas, infecciones urinarias o por ser portadores de cualquier tipo de catéter”, asegura Garrido.

Un estudio del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) expone que la dotación de enfermera no debe hacerse dependiendo solamente del número de camas ya que esto nos va a dar poca información de los pacientes que las ocupan.

Lenguaje común

En Estados Unidos y Canadá 1980 empezaron a utilizarse los Grupos de Diagnóstico Relacionados (GRD) para gestionar los recursos de enfermería. “Pero la enfermera debe poder medir sus propios resultados y por eso queremos destacar el importante esfuerzo que en ese sentido se está llevando a cabo desde los grupos de Investigación de la Universidad de Iowa y del *Outcomes Research in Nursing administration del Nacional Institute of Health* en Estados

La enfermería, clave en la gestión de los cuidados

Unidos para establecer un lenguaje común en intervenciones y resultados. Ya que, además de unificar el lenguaje, va a permitir medir resultados y en futuro, espero no muy lejano, adecuar los recursos a las necesidades de cuidados”, explica.

“En nuestro país el Proyecto NIPE (Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería) proporciona normas que, mediante el establecimiento de un lenguaje común y una metodología homogénea, permitan asegurar la calidad de la práctica de enfermería en sus distintas dimensiones”, prosigue.

Esta enfermera espera poder seguir investigando para implantar la escala propuesta en otros centros y poder llegar a tener una batería de datos que puedan llegar a determinar “qué niveles de cuidados tenemos en hospitalización médico-quirúrgica, qué ratio de enfermeras necesitamos para cada tipo de pacientes y aunque a día de hoy parece una utopía poder llegar a diseñar hospitales por Niveles de Cuidados y no por especialidades médico-quirúrgicas. Esto haría una gestión más eficiente de los recursos enfermeros ya que permitirá adecuar la ratio enfermera-paciente en función de las necesidades de cuidados lo que a la vez redundará en una mejora de la seguridad del paciente”, finaliza Garrido.

“Debemos conocer la carga de trabajo que tienen”



Así salvan vidas los monitores de constantes vitales

RAQUEL GONZÁLEZ. Madrid

Luis lleva varios días ingresado en el Hospital Universitario del Henares. Desde su ingreso, es monitorizado diariamente para conocer y comparar sus constantes vitales durante el tiempo que permanezca en el hospital. La medición de constantes permite aplicar un protocolo específico que han denominado HEWS, Henares Early Warning Score.

Valores

En total, se contemplan 5 valores: presión arterial, frecuencias cardíaca y respiratoria, saturación de oxígeno y estado mental.

Los datos se vuelcan en la historia clínica electrónica mediante la lectura de la pulsera del paciente. Con este sistema se minimizan los errores de transcripción y se

facilita la consulta en tiempo real.

Intervención

En función de los resultados obtenidos por el algoritmo se establecen tres niveles de intervención. Lo explica Pablo López Molina, supervisor de la

Unidad 0B del Hospital Universitario del Henares: “un valor de 0 a 3 significaría únicamente seguir con esa toma de constantes, un valor de 3 a 7 supondría avisar al médico responsable o a medicina interna si fuera una guardia y a partir de 7 el sistema avisa directamente a los médicos de UCI”.

Estas mediciones y el consiguiente cálculo del algoritmo se realiza diariamente a todos los pacientes que ingresan en el hospital y durante toda su estancia, lo que permite no sólo el control sino también la comparación de los datos.

Menos paradas

Como afirma Pablo López, “los monitores de constantes vitales salvan vidas” y es que, como han visto en el Hospital Universitario del Henares, la aplicación del protocolo HEWS ha supuesto una reducción significativa en el número de paradas cardíacas. La clave reside en adelantarse y actuar a tiempo, antes de que se produzca un evento que pueda comprometer la salud del paciente. En suma, “una herramienta de valoración objetiva enfermera que contribuye a una mayor seguridad de los pacientes ingresados al anticiparse a cualquier posible empeoramiento”.



Teatro en Madrid para concienciar sobre el alzhéimer

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Aquellas migas de pan es la historia de dos mujeres que se enfrentan juntas a la enfermedad de alzhéimer. Una historia en forma de teatro que podrá disfrutarse en un pase muy especial el próximo 19 de septiembre, en el Teatro Fígaro (Madrid), a las 20.00 y cuya recaudación irá destinada a la Fundación Alzhéimer España (FAE).

Tras la función, que surge con motivo del Día Mundial del Alzheimer (21 de septiembre), se realizará un coloquio con las protagonistas Carmen Ibeas y Mónica Bardem, acompañadas de expertos en la materia. “Durante la gira anterior hicimos un par de sesiones con coloquio, una con público adulto y otra infantil, y vimos que había muchas dudas e inquietudes. No tanto acerca de la obra, que también se preguntaba sobre eso, sino sobre la enfermedad. Vimos que el coloquio se convertía en un espacio de compartir experiencias y preguntar”, afirma Carmen Ibeas, actriz, productora y traductora del texto.

Enfermería y alzhéimer

Por su parte, Esther Arnanz, directora técnica de las actividades de la FAE en Madrid, agradece enormemente esta propuesta y apunta que uno de los principales retos de la Fundación es la sensibilización,



“que la gente entienda qué es la enfermedad de Alzheimer, cuál es la realidad y, sobre todo, que se pongan todos los medios para conseguir que haya un diagnóstico precoz.

Un espacio para compartir experiencias

Este diagnóstico precoz, junto con un tratamiento precoz, es fundamental para atender desde el inicio a los pacientes y a sus familiares. Y en este proceso, las enfermeras tienen mucho que decir. “Las enfermeras y enfermeros estamos en todas las etapas, desde las más tempranas, que ofreceremos un hábito más educativo, de acompañamiento, alimentación, hábitos saludables; hasta un proceso más avanzado en el que seguramente aportaremos

unos cuidados de enfermería más sustitutivos, desde alimentación, higiene, alimentación... y, por último, en las etapas finales de vida, en las que podemos acompañar a la familia, disminuir el dolor, subraya David Iglesias, enfermero, coordinador de Área Ambulatoria del Hospital General de Granollers (Barcelona) y coordinador nacional del Grupo de Estudio de Demencias de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica (Sedene).

Tras esta función especial, la idea es continuar con una gira por toda España repitiendo el modelo, teatro y coloquio. Acercar la cultura y los conocimientos sobre el alzhéimer a todos y a todas para aprender y concienciarse sobre la enfermedad.

MÁS INFORMACIÓN

Código descuento: MIGASFAE

Un documental visibiliza las ganas de vivir de las personas con ELA

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

“Si estamos enfermos, por desgraciada, estamos enfermos, pero, por suerte, estamos vivos y tenemos que mantener o procurar mantener nuestra calidad de vida”. Así define Fernando Martín su manera de ver la enfermedad. Es el director de *ELAleteo de las mariposas*, un documental sobre la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), que pone de manifiesto la necesidad de seguir adelante

en los momentos más complicados, siempre con ayuda de profesionales expertos.

Decidir sobre su vida por falta de recursos

Para él, esta creación es “un canto a la vida”. A través de

testimonios de todas las partes del proceso (afectados, entorno familiar y social, asociaciones, investigadores y profesionales sanitarios) el público podrá comprobar su capacidad para enfrentarse a una enfermedad devastadora, las ganas por vivir a pesar de todo y los retos y sueños que tienen por cumplir. Además de esas vivencias, también se podrán conocer las reivindica-



ciones y necesidades que tienen en su día a día.

Decidir sobre su vida

Fernando Martín es también presidente del Consorcio Nacional de Entidades de ELA (ConELA) explica que “la mayoría de las personas enfermas de ELA quieren seguir viviendo y el 95% de estas personas tienen que decidir sobre su vida de manera precipitada por falta de recursos económicos”. Tal y como subraya, “estos recursos económicos significan un tratamiento de cuidados expertos continuados de enfermería que, a día de hoy, las instituciones siguen negándose”. Esta rein-



dicación, que los pacientes consideran imprescindible, ha estado a punto de convertirse en ley, pero, una vez más, todo ha quedado en nada.

Un diagnóstico que llega tarde muchas veces

Por eso, considera que “el sistema está negando el tratamiento a personas enfermas que necesitan un tratamiento”. “No tiene sentido que una persona tenga que decidir vivir o morir en función de su renta”, asevera.

Movistar+

Con este documental, que se puede ver ya en Movistar+, se busca dar visibilidad a esta problemática y reivindicar esa ley. Se estima que, actualmente, existen 4.000 personas diagnosticadas en España. Un diagnóstico que suele llegar demasiado tarde. Así es como lo vivió Esther Portillo, como un proceso un poco largo. “No hay una prueba diagnóstica específica que te certifique la enfermedad, entonces va

siendo un poco por descare”, apunta Portillo. Es una de las protagonistas del documental, donde se muestra esa fuerza de querer continuar viviendo, de afrontar la enfermedad, aceptarla y seguir adelante.

Y tanto para los familiares como para los afectados, el trabajo de las enfermeras es esencial a la hora de conseguir salir adelante. “Las personas enfermas necesitan tecnología y cariño, y ese cariño no es una compasión, sino el saber utilizar o conocer bien el manejo de las herramientas. El hospital sí que da esa tecnología, pero no existe esa persona que sabe utilizar las máquinas, los respiradores, el aspirador de flemas... y esa persona es la enfermera. Al final somos los familiares quienes tenemos que convertirnos en cuidadores”, apunta Fernando Martín.

Enfermeras expertas

En este sentido, considera fundamental que se apueste por las enfermeras expertas, que conocen y que tienen esos conocimientos para dar los mejores cuidados. “Tenemos que conseguir que mientras esa persona quiera seguir viviendo, pueda hacerlo sin tener que renunciar a la vida”, concluye.



Punto y Final, una iniciativa para fomentar la investigación de la leucemia

ALICIA ALMENDROS. Madrid

En España hay una media de 340 diagnósticos de leucemia infantil al año. No todas tienen el mismo pronóstico. La leucemia sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en menores de 14 años y es el cáncer más frecuente en esta población. Hace 30 años, solo se curaba el 20% de los pacientes con leucemia infantil. En la actualidad, la curación está en el 80%, lo que nos demuestra que la inversión en investigación de esta enfermedad es imprescindible para conseguir mejorar estas estadísticas hasta conseguir el 100% de niños curados.

La Fundación Unoentrecienmil, que impulsa proyectos de investigación para la cura-

ción plena de la leucemia infantil, ha presentado Punto y Final un proyecto audiovisual con los actores Luis Tosar y Blanca Suárez dirigido por Santiago Zannou, que lanza un reto inédito de movili-

**En España
hay 340
casos al año**

ción y concienciación de la sociedad para fomentar la investigación y llegar a la cura de la enfermedad: conseguir los títulos de crédito más largos de la historia. “Es la primera película que sólo tiene una escena. En ella, un investigador, repre-

bre por fin esa curación definitiva a leucemia infantil, y se lo comunica a una madre de una niña afectada, que representa Blanca Suárez”, explica José Carnero, padre de un niño superviviente de leucemia y fundador de Unoentrecienmil. “Desde que fundé Unoentrecienmil, me he imaginado cómo sería ese día, el día en el que se encuentra la cura definitiva de la leucemia, porque yo creo que para conseguir un objetivo hay que visualizarlo primero. Y con esta pieza audiovisual tan especial lo estamos viendo. Ahora necesitamos el apoyo de muchas personas, instituciones, empresas... para hacerlo realidad”, añade.

Luis Tosar asegura que “en cuanto le mostraron el proyec-



to le sedujo mucho la idea. Me pareció muy bonita la historia y tenía un guion espléndido y original. Además, me gustó la manera de plantearlo y me pareció un gran reto lo de conseguir los créditos y una oportunidad de aportar algo que va un poco más allá de simplemente ser un rostro conocido, sino que es que había que actuar”. Tosar que se ha metido en el papel de un investigador asegura “que me han mostrado con una precisión casi quirúrgica el mundo de la enfermedad y de la investigación. Y, sobre todo, me he sensibilizado con esta enfermedad infantil que tiene unas cifras que no nos podemos permitir en una sociedad tan avanzada tecnológicamente. Necesitamos mucha investigación y muchos más recursos”.

Cómo sumarse

Para sumarse a los títulos de crédito más largos de la historia se debe entrar en www.puntoyfinal.org donde además de ver de forma gratuita el documental, se puede encontrar un formulario para sumarse a esa petición de más investigación de la leucemia infantil. Los nombres de todas las personas que sumen a la petición se incorporarán automáticamente a

los títulos de crédito de la película. Tras sumar su nombre, cada usuario recibirá un enlace

**“Las
enfermeras
representan
el cuidado”**

único para poder compartir el proyecto con sus contactos y una imagen de los títulos de



**Mensaje de Luis Tosar
a las enfermeras**

créditos con su nombre para publicarla en sus redes sociales.

Enfermeras

Durante el proceso de esta enfermedad, las enfermeras desempeñan una labor muy importante. “Es un colectivo esencial en el día a día de ellos que hemos sido padres de niños con leucemia. Ellos nos han ayudado a confiar en que tu hijo va a estar bien. Las enfermeras han sido personas que nos han ayudado a saber dónde mirar y tener en cuenta que lo importante en estos casos es el bienestar de tu hijo, que él esté bien y tu estés tranquilo”, expone Carnero.

Durante la presentación, Luis Tosar también ha tenido palabras de agradecimiento a las enfermeras y enfermero: “Es un colectivo que ha sido muy maltratado de los últimos tiempos, creo que ha sido uno de los pilares fundamentales de la sanidad pública sobre la que se ha sustentado buena parte de toda la carga siempre, pero concretamente en los años de la pandemia. Los aplausos que emitimos en su momento seguramente han sido muy pocos para la labor que han hecho. Creo que las enfermeras y los enfermeros representan el cuidado diario al que todo paciente primero tiene derecho, y segundo marca la diferencia entre que la estancia en un hospital sea una horrorosa o una estancia mínimamente placida. Además, incluso su labor tiene mucho que ver también con la recuperación. Pero, las enfermeras deben ser bien tratadas, bien pagadas y contar con buenas condiciones laborales y psíquicas, porque al final todo esto influye en que los enfermos estén menos tiempo en el hospital y el tiempo que estén lo hagan mucho mejor”.

Asturias demanda un cambio generacional para mejorar las donaciones

IRENE BALLESTEROS. Asturias

Las enfermeras asturianas demandan una renovación generacional para mejorar los datos de donación en la región. Una tendencia a la baja debido al problema de envejecimiento que lleva años afectando a esta población. “El problema es que, cuanto más pasa el tiempo, la población de Asturias sigue envejeciendo, por lo tanto, los donantes habituales que tenemos normalmente cumplen la edad de 70 años y ya no les dejamos donar más por su seguridad. Necesitamos una renovación generacional y con estos años de pandemia las campañas universitarias y otras que se realizan para captar donantes se han dejado de hacer. Por eso,

necesitamos seguir haciendo campañas para captar donantes que sustituyan a estos que ya no pueden hacerlo, porque además al envejecer la población, hay más gasto sanguíneo”, explica Cristina Álvarez Alonso, enfermera del Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias, experta en donación de sangre.

En Asturias cada vez hay más gasto sanguíneo

En una charla organizada por el Colegio de Enfermería

del Principado de Asturias (Codepa) durante la campaña “Ruta Enfermera”, se ha informado sobre las opciones de donación existentes, para fomentar este acto altruista entre la población asturiana, que además desconocía gran parte del procedimiento.

Formación

“Durante la formación hemos estado hablando de que la donación es un acto altruista y voluntario, lo importante que es en los hospitales para los pacientes que lo necesitan y los cuatro tipos de donación que hay, la de sangre total, la aféresis, la plasmaféresis y los donantes de médula ósea”, si-



gue la enfermera. Y es que, “charlas como esta son necesarias para informar a la población y hacer promoción, que es lo que intentamos hacer todos los días los enfermeros y el resto de compañeros dentro de los autobuses de donación, informar a la población lo máximo posible”, cuenta la experta en donación de sangre.

Acabar con los mitos

La charla también ha servido para aclarar las dudas y despejar los mitos que hay sobre la donación de médula, un procedimiento totalmente controlado por el personal sanitario que, a pesar de salvar muchas vidas, genera gran aprensión al resto de la población. “La donación de médula tiene varios mitos, uno de ellos es el del famoso tubo, que no es más que una simple analítica que se manda a analizar al Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) para sacar una serie de datos.



La siguiente es que la gente cree que es como operarse a corazón abierto. La donación

Los donantes habituales cumplen ya la edad de 70 años

de médula realmente tiene dos procedimientos, uno de ellos es muy parecido a una

donación de aféresis, que es el que se usa y que tiene una duración de unas 4 o 5 horas y, el otro, es en quirófano, pero no es un procedimiento muy complicado y la anestesia que se utiliza es epidural. Este procedimiento está totalmente controlado por un equipo médico y enfermero y que, en cualquier momento que se detecte algún tipo de riesgo para el paciente que va a donar, no se le deje realizar el proceso, igual que pasaría en la donación de sangre”, concluye Álvarez.



Diego Ayuso, secretario general del Consejo General de Enfermería

“Se ha demostrado que las enfermeras hacemos gestión de forma brillante”

D. RUIPÉREZ / A. ALMENDROS. Madrid

Diego Ayuso, secretario general del Consejo General de Enfermería, nos habla de la segunda edición del libro *La gestión enfermería y los servicios generales en las organizaciones Sanitarias*. Aprovechamos para repasar con él las claves para ser un buen gestor.

Se trata de la segunda edición de este libro, ¿a quién va dirigido?

El libro va dirigido a todas las personas, todos los profesionales que se dedican ya a la gestión sanitaria, tanto en el ámbito de la dirección de en-

fermería como los Servicios generales y también con el ámbito gerencial, porque realmente es muy importante co-

“Es clave tener capacidad de organización”

nocer estas dos grandes pautas en gestión de las organizaciones sanitarias o bien personas que están interesados algún día en empezar en gestión y en profundizar en gestión. Por lo tanto, la población que he-

mos definido para hacer llegar el libro es amplia.

En un hospital de nivel tres puede haber fácil entre 100 o 125 enfermeras que se dedican exclusivamente a gestión, ósea que no es un ámbito reducido.

Hablas de dar el salto, ¿cómo fue en tu caso?

Yo era un enfermero de cuidados críticos y grandes quemados, ya llevaba trabajando como enfermera asistencial ocho años y mi supervisora de unidad pasaba a ser supervisora de área y necesitaba un relevo, alguien que ocupara su puesto. Insistía en que fuera yo, pero no veía que podía tener cualidades para la gestión. De hecho, fui bastante reacio inicialmente y con el tiempo he comprobado que ella vio mi capacidad de organización, compromiso y habilidades en las relaciones con las personas, que es una cualidad clave dentro de los gestores enfermeros.

Es verdad que hay muchos compañeros que por inquietud quieren dar el salto ellos mismos, pero muchas veces te viene de los que en ese momento son tus responsables.

¿Te ha ayudado a tu condición de psicólogo para saber lidiar mejor con las personas en tu puesto como gestor?

Sí, yo ya estudié Psicología para que me aportara a mi profesión como enfermero. Es decir, yo estaba haciendo asistencia en ese momento en psicología clínica para tener más cualidades a la hora de poder entender la conducta humana, conocer mejor al paciente, a la familia y poder hacer mejor mi trabajo como enfermero.

Pero justo finalicé la carrera de psicología empecé en ges-



ción. Por lo tanto, lo que yo había enfocado para la clínica no lo utilicé nunca, pero sí lo puse en práctica en la gestión de personas y organizaciones.

¿Qué muros tiene que derribar un gestor?

En gestión te encuentras muchísimas veces con limitación de recursos, sobre todo limitación de recursos. No tienes la plantilla suficiente. Sabemos cómo estamos en nuestro país, a nivel de enfermeras y demás. Entonces esas limitaciones de recursos que también pueden ser recursos organizativos o recursos materiales lo tienen que gestionar la supervisora de unidad o la dirección de enfermería del hospital. Y eso es muy complejo porque con los recursos que tienes debes ser lo suficientemente creativo e improvisar muchas veces para sacar adelante los proyectos. Todo lo que hacemos es para y por el paciente.

Siempre escuchamos que la sanidad requiere un giro copernicano hacia la cronicidad, hacia cambiar un sistema basado en la atención al agudo frente al crónico, responsabilidad de la enfermera... Pero ¿crees que hay valentía política para acometerlo?

El cambio es necesario. Debe-

“Todo lo que hacemos es por el paciente”

ríamos tener mayor compromiso por parte de las administraciones públicas con la gestión enfermera y eso sí que creo que es un cambio que hay que dar. Donde se ha realizado ya hay avances en este sentido. Es decir, tomar políticas de salud contando con enfermeras siempre ha sido

positivo y se ha demostrado en los últimos años.

¿Cómo puede ser que haya comunidades autónomas con direcciones generales ocupadas por enfermeras tipo Castilla-La Mancha o Asturias; consejeras de Sanidad enfermeras como en Baleares; y luego de repente un sindicato médico lleva a los tribunales que una enfermera no puede dirigir un centro de salud?

Creo que es un tema de corporativismo puro y duro, es decir, están muy alejadas esas decisiones o esas denuncias de la realidad que se vive en las organizaciones sanitarias, porque la realidad es que en gestión, trabajamos en equipo y no puede ser de otra manera. Es decir, las direcciones de enfermería están completamente integradas con las direcciones médicas o la división de gestión, como es el enfoque de este libro, y tienen que trabajar de forma coordinada y realmente ahí no hay reticencias. No se cuestiona que tú eres enfermero o que tú eres médico, trabajamos por y para el desarrollo de un proyecto gestor y las cosas son con mucha armonía. Es decir, la toma de decisión de que una enfermera no pueda ser coordinadora de atención primaria, por ejemplo, que sabes que es una cosa que se está negando, es no tener realmente un conocimiento de lo que es la gestión sanitaria. La gestión sanitaria es organización, es gestionar recursos y eso lo tiene que hacer el que mejor formación tenga, el que mayor entrenamiento haya hecho y el que más competencias desarrolladas haya realizado en gestión. Y se ha demostrado que las enfermeras lo hacemos de forma brillante.



Ya puedes inscribirte a la revista INR en español a un precio reducido

A. ALMENDROS. Madrid

International Nursing Review publica contribuciones científicas en el campo de la enfermería y la versión en español ofrece a las enfermeras el privilegio de acceder a la [revista INR](#) y a la literatura científica en su lengua materna a las enfermeras españolas y de cualquier país hispanohablante.

El Consejo General de Enfermería dentro de su Plan de Apoyo a la Investigación Enfermera ha establecido una subvención sobre el precio de la revista científica del

Consejo Internacional de Enfermeras International Nursing Review (INR) en

El precio reducido se queda en 50 euros

inglés, —que cuesta 518 euros la suscripción institucional y 138 euros la individual—, reduciendo el precio

final de la suscripción anual en su versión en español a sólo 50 euros, independientemente de que se suscriba una institución o un particular.

La edición española de la prestigiosa revista científica INR es un importante proyecto del Consejo General de Enfermería y su Instituto Español de Investigación Enfermera para contribuir al avance de la investigación en enfermería en España y Latinoamérica.

[SUSCRÍBETE A LA REVISTA AQUÍ.](#)



EL MEJOR SEGURO DE SALUD EN CONDICIONES EXCLUSIVAS PARA TI

LO QUE SOLO ASISA COMPROMISO EMPRESAS PUEDE OFRECERTE

- 17 clínicas y 32 centros médicos propios
- Cuadro médico con más de 40 mil profesionales para elegir el tuyo
- Atención preferente por ser cliente de Compromiso Empresas
- Más de 700 centros asistenciales concertados en todo el país

ÚLTIMAS COBERTURAS DESTACADAS

- ✓ Ampliación de la cobertura PET y PET-TAC
- ✓ Tratamiento endoluminal de varices con microesputa
- ✓ Biopsia de próstata por fusión de imágenes

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS EN ASISA SALUD

- ✓ Seguro de Fallecimiento por Accidente. De 6.010,12€ de indemnización en los supuestos que se refieren en el condicionado general de la póliza.
- ✓ Segunda opinión Médica. Solicitud de una segunda opinión médica tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de los procesos o enfermedades graves.
- ✓ Asistencia en viajes. Cobertura en desplazamientos tanto en España como en el extranjero.

MÁS ASISA

Acceso a muchos más servicios en condiciones especiales para asegurados

Unidades especializadas de UR de reproducción asistida • La última tecnología en tratamientos de la vista de Oftalmología • Servicios especializados en Vacunación internacional y Medicina del Viajero • Conservación de células madre con BioCord • Cuidado de la salud visual con General Óptica • Y muchas más ofertas y servicios en nuestro exclusivo Club ASISA

asisa+
LIVE
asivalive.com

SERVICIOS DIGITALES DE ÚLTIMA GENERACIÓN

Sin coste adicional y con el cuidado de siempre.

- Chat Médico
- Videoconsulta
- Apoyo Psicoemocional
- Receta electrónica

ASISA SALUD

PRIMA 2023

De 0 a 54 años
De 55 a 64 años
65 años o más

Colectivo: Grupo Enfersegueros

42,68 €
56,54 €
91,21 €

Prima total persona/mes

*El precio ya incluye el incremento del 0,15% en concepto de recargo por Consorcio de Compensación de Seguros

CONDICIONES EXCLUSIVAS DE CONTRATACIÓN

✓ Sin Copago de actos médicos o franquicias

Las franquicias establecidas en concepto de copago de los servicios sanitarios para todos los servicios es de 0€

✓ Edad máxima de contratación

64 años

ASISA DENTAL PLUS

Incluido

PERIODO PROMOCIONAL

Periodo promocional para las altas con efecto 1 de Junio 2023 en el que se admitirán preexistencias, salvo patologías graves, y no serán de aplicación los periodos de carencia.

¿CÓMO CONTRATAR?

- Descarga y cumplimenta tu solicitud con el cuestionario de salud.
- Envíalo a enfersegueros@asisa.es o realiza tu contratación directamente en el teléfono 91 911 65 56

¿QUIÉN PUEDE BENEFICIARSE DE ESTA OFERTA?

Dirigido a los enfermeros y enfermeras profesionales y colegiados en España para sí y sus familiares directos (cónyuge/pareja de hecho e hijos) y los empleados de la Organización Colegial para sí y sus familiares directos (cónyuge/pareja de hecho e hijos).

APP ASISA
asisa.es/app



WEB ASISA
asisa.es

MÁS CERCA. MÁS FACIL

- Autorizaciones de pruebas.
- Busca y guarda tus médicos favoritos.
- Consulta recibos.
- Tus tarjetas ahora virtuales.


Sergio Alonso

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



No hay mimbres para un pacto por la Sanidad

A medida que se hace más evidente el grave deterioro que sufre la sanidad pública en España afloran con fuerza creciente las voces que demandan un pacto de Estado de las principales fuerzas políticas para insuflar aire al sistema y apuntalarlo. El contenido de dicho pacto difiere en función del sesgo ideológico del que lo propone. La mayoría coincide en que es necesario aumentar el porcentaje del PIB destinado a este servicio básico, aunque pocos apuntan cuál debería ser el origen de esos fondos adicionales, dada la limitación de los mismos. En lo demás, las recetas son variopintas. La ultraizquierda, por ejemplo, propone eliminar Muface, mientras que numerosos expertos sostienen que, haciéndolo, los recursos públicos se sobrecargarían y quedarían abocados al colapso. La ultraizquierda y varios sindicatos exigen también la eliminación del modelo Alcira y la práctica eliminación de los conciertos con la sanidad privada. La derecha cree, por contra, que eso consolidaría el modelo funcional que tanto mal ha causado a la Sanidad, aunque cuando gobierna ahonda paradójicamente en los postulados de sus rivales, como ha ocurrido en Andalucía con los dispositivos sanitarios que empezó a agrupar el PSOE bajo el paraguas de las empresas públicas en la etapa de José Luis García de Arboleya como consejero. De forma sorpresiva, la Junta de ahora, regida por el PP, los ha integrado en el modelo público puro. También hay diferencias sustanciales en cuanto a la planificación de



los profesionales sanitarios y sobre el papel de los laboratorios farmacéuticos. Una parte los sataniza y la otra defiende su importancia en el devenir investigador y económico del país. En este último caso concreto, la propia izquierda aparece dividida.

Vaya por delante mi discrepancia con todos los bienintencionados que reivindican dicho acuerdo de Estado. A diferencia de ellos, creo que nunca lo habrá por tres motivos básicos. El primero es precisamente la radical diferen-

cia de posturas en cuanto a las medidas a tomar. Si no se ponen de acuerdo dentro de una misma corriente ideológica, no parece probable que se alcance entre posiciones distintas, más allá de en generalidades que luego quedan vacías de contenido como la cohesión o la equidad. Tampoco los precedentes invitan al optimismo. Si la Comisión Abril Martorell, la subcomisión del Congreso

creada en la etapa de José Manuel Romay y los pinitos realizados por el inefable Bernat Soria no fructificaron, tampoco parece probable que pueda ocurrir ahora. Y otro escollo es la situación política generada al albur de las elecciones generales. Un gobierno Frankenstein de Pedro Sánchez tendrá en frente a las 12 autonomías que controla directa o indirectamente el PP, y aprovechará además para cargar sobre ellas la responsabilidad de la negativa del pago de las prestaciones, aplicando el principio de que Sanidad invita y las autonomías pagan. No, no hay mimbres para ningún pacto.

E C ENFERMERÍA
CIENTÍFICA

Dale un nuevo recorrido a tus artículos científicos

Publica en Enfermería Científica,
nueva sección de ENFERMERÍA FACULTATIVA

Máximo 6 autores
Hasta 3.000 palabras
Se admiten artículos ya publicados

Envía tu artículo a : instituto@consejogeneralenfermeria.org



Consulta las normas de publicación aquí.





VI CONGRESO DE DERECHO SANITARIO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Fecha: 28 y 29 de septiembre de 2023
Lugar: Valencia
Organiza: Asociación de derecho sanitario de la Comunidad Valenciana
Email: asociacion@adscv.com
Tel.: 963 536 943
Más información: <https://2023.congresoadscv.com/home>



I JORNADAS NACIONALES DE TÉCNICAS AVANZADAS EN LOS ACCESOS VASCULARES

Fecha: del 27 al 28 de octubre de 2023
Lugar: Plasencia
Más información: Plaza San Juan, 26. 600 Plasencia (Cáceres).
Email: contacto@accesosvasculares.es
Tel.: 674 781 646
https://accesosvasculares.es/

XXVII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLOGICA

Fecha: del 2 al 4 de noviembre de 2023
Lugar: Elche
Organiza: Asociación Nacional de Enfermería Hematológica
Más información:

C/Párroco Antonio González
 Abato, 6. Bajo D
 41013 Sevilla
Tel.: 661 410 381
Email: secretaria@aneh.es
https://www.aneh.es



VII CONGRESO DE ENFERMERÍA ESCOLAR: LA ENFERMERA ESCOLAR FUNDAMENTAL

Organiza: Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar
Lugar: Madrid
Fecha: del 17 al 19 de noviembre de 2023
Más información: <https://cursosfnn.com/7o-congreso-de-enfermeria-escolar/>



XXIII CONGRESO FORO-ADENYD

Fecha: del 29 de noviembre al 1 de diciembre de 2023
Lugar: Sevilla
Organiza: Asociación de Enfermeras de Nutrición y Dietética (AdEnyD)
Más información: (+34) 916 624 650
23foroadenyd@mastercongresos.com
<https://www.23foroadenyd.com/>



II CONGRESO INTERNACIONAL "LAS EDADES DE LAS HERIDAS: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA"

Organiza: eSalúdate
Fecha: 1 y 2 de diciembre de 2023
Lugar: Cáceres
Más información: Plaza San Juan, 26. 10600 Plasencia (Cáceres).
Email: congreso@heridas.eu
Tel.: 674 781 646
https://heridas.eu/

I PREMIO PERIODISMO EN ENFERMERÍA

Organiza: Colegio de Enfermería de Córdoba
Objetivo: promover y reconocer la labor de los periodistas y medios de comunicación en la divulgación y acercamiento a la opinión pública de la profesión enfermera en sus diferentes ámbitos de actuación.
Dotación: Se convocan 24 premios de 2.500 € para cada categoría, tres premios por provincia
https://consejoandaluznfermeria.com/i-premio-de-periodismo-de-enfermeria/

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

Organiza: Consejo General de Enfermería
Fecha: 15 de octubre de 2023
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.consejogeneralnfermeria.org/profesion/premios-y-becas/premios-de-investigacion/premios-de-investigacion-2023

XXXIX CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA 'CIUDAD DE SEVILLA'.

Objetivo: Buscan ser punto de encuentro e incentivar la labor investigadora de las enfermeras de todo el territorio español para generar nuevo conocimiento transferible a su práctica diaria, puesto que es la forma de mejorar la calidad de los cuidados
Plazo: 31 de octubre de 2023
Dotación: 4.000 euros de premio al mejor estudio de investigación, 500 euros al premio enfermería joven fin de grado, 1.000 euros al premio enfermería joven fin de residencia; y 1.000 euros al premio enfermería joven posgrado.
Más información: <https://colegioenfermeriasevilla.es/sala-prensa/el-eco-es-mantendra-abierto-el-plazo-de-recepcion-de-trabajos-de-investigacion-para-el-xxxix-certamen-nacional-de-enfermeria-ciudad-de-sevilla-hasta-el-proximo-31-de-octubre/>



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



FOTO DE SVEN ZÄGER



Estonia

Narva: la ciudad donde chocan Oriente y Occidente

REDACCIÓN. Madrid

Narva siempre ha ocupado un lugar importante en el mapa de Europa. Gracias a su conveniente ubicación en el cruce de varias rutas comerciales. Durante la época vikinga, por aquí pasaba una ruta comercial conocida como “de los varegos a los griegos”, y más tarde, la ruta comercial de Tallin a Novgorod y San Petersburgo pasaba por Narva. La primera mención de Narva en el catastro danés data del año 1240, y en 1345 el asentamiento recibió el estatus de ciudad.

La ciudad de Narva ha tenido muchos propietarios: daneses, alemanes, suecos, rusos y

ahora estonios. Hasta el siglo XIV la ciudad perteneció a Dinamarca y luego pasó a la Orden de Livonia. El Castillo Hermann (también conocido como Castillo de Narva) fue construido durante este período

La fábrica alberga eventos culturales

do y hoy en día sigue siendo la principal atracción de la ciudad, ya que alberga el Museo de Narva. Para defenderse de las tropas de Livonia y suecas,

Iván III ordenó la construcción de una fortaleza al otro lado del río en Ivangorod.

El período ruso de Narva comenzó con el asedio de la fortaleza de la ciudad durante la Guerra del Norte. Al principio, las tropas suecas derrotaron al ejército ruso, pero cuatro años después, el zar Pedro el Grande ganó la guerra. Narva se unió a Ivangorod y pasó a formar parte de la provincia de San Petersburgo.

Antes de la Primera Guerra Mundial, más de 21.000 personas vivían en Narva. Después de la Primera Guerra Mundial, los residentes de la ciudad votaron a favor de unirse a la recién independizada nación estonia. La ciudad fue testigo de combates durante la Guerra de Independencia de Estonia, pero no se produjo una gran destrucción en la ciudad hasta la Segunda Guerra Mundial. Los intensos bombardeos de los soviéticos durante la Batalla de Narva en febrero de 1944 destruyeron gran parte de la ciudad, y el bombardeo de Narva por aviones soviéticos el 6 de marzo de 1944 arrasó el casco histórico. La

zona de la fábrica textil de Kreenholm permaneció más o menos intacta. En 1944, sólo quedaban 550 personas en Narva. Hoy en día, más de 53.000 personas viven en Narva y es la tercera ciudad más grande de Estonia.

Un paseo por el romántico paseo marítimo de Narva es un excelente lugar para comenzar el recorrido por la ciudad. Hay quioscos de verano, una fuente, un reloj de sol y muchas esculturas a lo largo del camino. La atracción principal es la vista de las dos fortalezas conocidas como la “Vista de las Cinco Coronas”, ya que la misma imagen se puede encontrar en

el reverso del antiguo billete estonio de cinco coronas. La plataforma de observación del mismo nombre es el mejor lugar para contemplar el castillo de Narva, el río Narva y la fortaleza rusa de Ivangorod, al otro lado.

Un recorrido virtual muestra cómo era la ciudad en 1944

En el centro de información turística que se encuentra en el recién renovado ayuntamiento se puede realizar un recorrido virtual que muestra cómo era la ciudad antes del bombardeo de 1944. Merece la pena almorzar en el Café Muna, ubicado al lado de la planta baja del Narva College y después visitar el Jardín Oscuro, el parque más antiguo de la ciudad, ubicado en la cima del Bastión Victoria. Si te sientes valiente, explora los pasajes subterráneos donde podrás encontrarte cara a cara con sus habitantes: ¡los murciélagos!

La fábrica textil Kreenholm es una de las atracciones tu-

rísticas más fascinantes de Narva. Cuando se construyó en el siglo XIX, era la fábrica textil más grande de Europa y del Imperio Ruso. En 1913, trabajaban allí más de diez mil personas y la zona tenía todo lo que los trabajadores necesitaban: tiendas, hospital, escuela, iglesias y más. La empresa se declaró en quiebra en 2010. Hoy en día, la fábrica alberga varios eventos culturales (entre ellos la Estación de Narva, los Narva Opera Days y la Narva Art Residency). Las visitas guiadas se realizan los domingos o puede realizar un recorrido de audio autoguiado gratuito disponible en varios idiomas por el recinto. Durante la primavera, la cercana central hidroeléctrica libera agua del embalse creando impresionantes cascadas alrededor de la isla.

Definitivamente vale la pena pasar la velada en el famoso Ro-Ro Art Club, que se encuentra en los antiguos almacenes de algodón del puerto de Narva. Hace cien años llegaron a Narva cargueros de distintos países con algodón para la fábrica de Kreenholm; Hoy en día vienen a actuar músicos de toda Estonia, Europa y el extranjero.

FOTO. JUNTA DE ECONOMÍA Y DESARROLLO DE LA CIUDAD DE NARVA





BYD

EL 'ANTITESLA' LLEGA A EUROPA

JUANJO CAMPILLOS. Madrid

Tesla es la marca líder en ventas de vehículos eléctricos en el mercado europeo. Domina con puño de hierro un territorio en el que no paran de salirle competidores, pero, todavía, ninguno de ellos ha sido capaz de equipararse, por lo menos en cuanto a números, con las creaciones del excéntrico Elon Musk. Llegó el turno de BYD, firma de origen chino, que desembarca en nuestro continente con el Seal, que ya denominan como el 'antiTesla'.

De primeras, el vehículo es atractivo y parece que encajará

como un guante con el prototipo que suele comprar el consumidor europeo. Han sabido adaptarse a estos gustos con un diseño armonioso y sobrio,

Es más caro que la competencia

sin demasiadas estridencias, y que solo lo hace diferente las bocas del faldón delantero. Son decorativas, eso sí, quizás para distinguirlo de la compe-

tencia, pero, recordemos, innecesarias para un eléctrico. El interior, no obstante, sí que lleva el sello chino. No encontramos las líneas rectangulares bien definidas de las empresas europeas, sino que optan por curvas y diagonales, que son especialmente llamativas en la columna central, que separa el puesto del conductor con el del copiloto.

Pantalla giratoria

El volante es fino y permite una visión perfecta de las dos pantallas que reinan en el salpi-



cadero. Ambas son completamente digitales y muy luminosas. Además, la que está pensada para el infoentretenimiento permite un giro de noventa grados, hasta posicionarse de forma vertical. Si este detalle, junto al buen acabado de los asientos (con refrigeración y calefacción) y a la doble carga inalámbrica de móviles, es de los mejores, el negro piano con el

que rematan el vehículo es de los peores. Este material se ralla con mucha facilidad y siempre parece estar sucio, pues cualquier mota de polvo, por pequeña que sea, se queda en él. El maletero tampoco es demasiado grande. Un aspecto por considerar para un familiar.

En cuanto a autonomía, esta berlina eléctrica dice rozar los 600 kilómetros, en cir-

cunstancias muy concretas. Olviden eso de exprimir sus más de 500 caballos y probar su aceleración de cero a 100 en menos de cuatro segundos, si quieren acercarse. Porque en lo que no se acerca al Tesla es en el precio. Viene a competir y es 10.000 euros más caro (casi 50.000 euros en total), que el modelo americano. Mala carta de presentación.





La PrePartyES 2024 vuelve a Madrid por octavo año consecutivo

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Ya están a la venta las entradas de la PrePartyES 2024, la octava edición del gran concierto de Eurovisión en España que este año, además, amplía un día la fiesta y tendrá lugar el 28, 29 y 30 de marzo de 2024 en la ya tradicional sala La Riviera de Madrid.

Como es tradición, la PrePartyES se dividirá en dos conciertos, el de bienvenida del viernes, 29 de marzo, con estrellas de la historia del festival y sus preselecciones, y el de Eurovisión 2024 del sábado, 30 de marzo, con los representantes de la próxima edición del certamen europeo. Asimismo, tras los conciertos del viernes y el sábado,

se realizará las ya míticas y más grandes del mundo fiestas eurovisivas para más de 2.000 personas.

Una noche más que el resto de años

Pero este año, la PrePartyES amplía todavía más sus fronteras y el jueves, 28 de marzo, se realizará una fiesta inolvidable, el EuroClubES Dress Party, que dará el pistoletazo de salida al fin de semana y en la que invitamos a venir caracterizado de artistas del festival, una sesión de toda la

noche con música 100% Eurovisión y en las que los asistentes podrán bailar las coreografías del festival y hacer 'sing along'.

La organización de la PrePartyES invitará al evento a todas y cada una de las delegaciones que participarán en Eurovisión 2024 y espera traer, como en ediciones anteriores, a medio centenar de estrellas europeas a España, entre representantes en curso y participantes históricos del festival y sus preselecciones.

Por su parte, para la nueva fiesta del jueves, el EuroClubES Dress Party, se ofrecerán desde el primer momento pases individuales con el precio fijo y en un único espacio.

Zona family

¡Los menores de edad también podrán venir a la PrePartyES!

La Zona Family estará situada en el balcón derecho de la sala, dispondrá de acceso y salida independiente, barra y baños, y a ella podrá entrar el público de 17 y 16 años, solos o acompañados, y los menores de 15 años obligatoriamente acompañados. Las entradas para este espacio serán nominativas y, a todos los efectos, computará la edad de cada persona a fecha de los eventos (29 y 30 de marzo de 2024).

Cada menor de edad hasta 17 años, inclusive, podrá estar acompañado de un máximo de dos adultos y, paralelamente, ningún adulto podrá acceder a esta zona si no acompaña a un menor.

MÁS INFORMACIÓN

ENTRADAS PINCHADO AQUÍ



Loreen en la PrePartyES 2023

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



‘Selfies’ para detectar enfermedades oculares que causan ceguera

REDACCIÓN. Madrid

Dos estudiantes de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) del máster universitario de Bioinformática y Bioestadística han desarrollado una aplicación móvil capaz de detectar en cuestión de segundos si una persona padece glaucoma, retinopatía diabética o cataratas, tres de las causas más frecuentes de pérdida de visión y ceguera en el mundo.

A partir de una *selfie*, una inteligencia artificial analiza la imagen y emite un diagnóstico que, en caso de ser positivo, canaliza a la persona hacia el especialista más adecuado. Se basa en un algoritmo de inteligencia artificial de redes neuronales que es capaz de reconocer en una imagen frontal de la cara de la persona tomada con el móvil, mediante técnicas de aprendizaje profundo, si tiene alguna enfermedad ocular.

Sanidad precaria

El proyecto, llamado begIA, está pensado sobre todo para

utilizarse en cualquier parte del mundo en la que no haya un acceso fácil a la sanidad. El diagnóstico precoz de enfermedades oculares requiere un examen del fondo del ojo, que implica que tiene que haber un especialista en oftalmología que disponga de los instrumentos ópticos necesarios. En países desarrollados y en áreas urbanas, acceder a es-

Nace de una experiencia personal

te servicio no es un problema. Sin embargo, las personas que viven en zonas rurales alejadas de este tipo de especialistas o en regiones en vías de desarrollo carecen de un acceso fácil a este tipo de pruebas. El proyecto ha sido el ganador del Premio Ramon Molinas Foundation al Impacto Social de la edición 2023 del SpinUOC, un programa de em-

prendimiento y transferencia de conocimiento de la universidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), unos 2.200 millones de personas en el planeta padecen algún tipo de deficiencia visual o ceguera. La mitad de esos casos se podría haber evitado con un diagnóstico precoz. De ahí nace el proyecto begIA (begia quiere decir ‘ojo’ en euskera). “La idea de begIA surge de una experiencia personal. Un familiar que padecía diabetes de tipo 2 comenzó a perder mucha visión, hasta el punto de que tuvo que dejar de conducir y era incapaz de leer”, explican Igor García Atutxa y Francisca Villaneuva. Estudiantes del Máster de Bioinformática y Bioestadística y creadores del proyecto “Desarrolló retinopatía diabética, una enfermedad ocular que causa pérdida de visión y cuya incidencia se puede reducir mediante un diagnóstico precoz”, añaden.

GRP Enfermería

GUÍA DE RECOMENDACIONES PRÁCTICAS en

OSTOMÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

DE LA PRÁCTICA CENTRADA EN LA ENFERMEDAD A LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Descarga aquí



Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España

Con el aval de:



Con la colaboración de:





Ninja Turtles: Caos mutante

UN CÓMIC ANIMADO DE HORMONAS ADOLESCENTES

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

Con las míticas tortugas ninja ocurre lo mismo que con sagas como Spiderman o Batman, que hay diecisiete versiones distintas, desde las más clásicas a las más innovadoras, con estéticas variadas, desde animación al trabajo con actores y hasta con cambios en la trama, algunos bastante surrealistas. Y eso por no hablar de la ristra de videojuegos que han alumbrado. Cuando en los noventa conocimos a Leonardo, Donatello, Michelangelo y Raphael enseguida se hicieron un hueco en la cultura popular. Nos cautivó su

descaro, su carisma y la excepcionalidad de su historia.

Una revisión muy acertada del clásico noventero

Antes de visionar la nueva "Ninja Turtles: Caos Mutante" cualquiera podría pensar que la saga estaba agotada, que podría no cuadrar con la

fiebre Marvel que domina los cines o con el frenesí de la vida en las redes sociales, que mejor no resucitar más productos de otros tiempos, que hay que arriesgar con cosas nuevas. Sin embargo, esos funestos vaticinios se van al traste con cinco minutos de película.

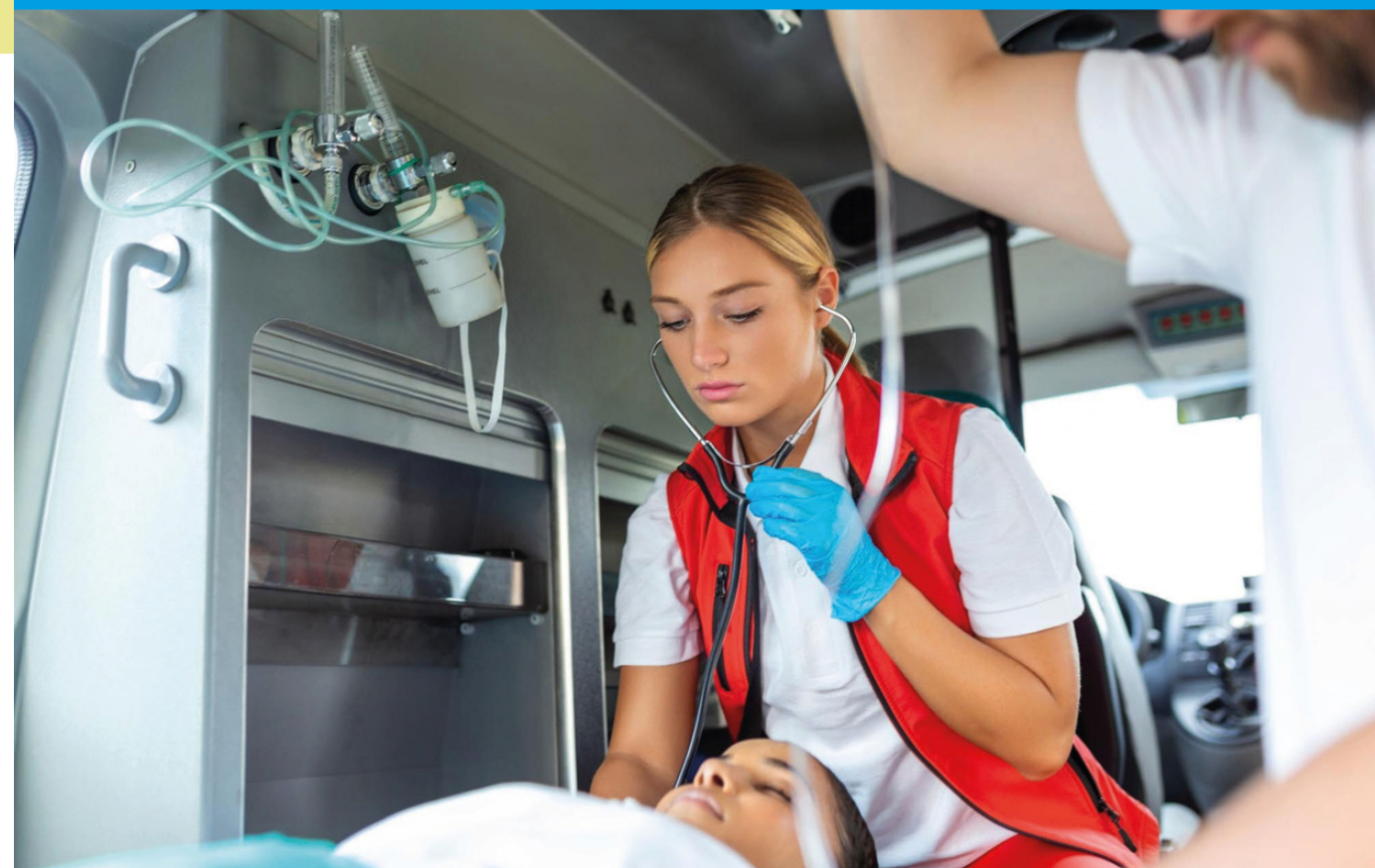
El trabajo llevado a cabo por Jeff Rowe y Kyler Spears, junto con su equipo es digno de elogio. En la parte visual destaca un barniz de cómic muy logrado, con unas líneas cuidadas que parecen salidas del lápiz de un dibujante y no de un software de animación. Pero, por muy interesante que resulte la estética, sin un buen guion una película se hunde en el sopor. Nuestras queridas tortugas hablan como lo haría cualquier adolescente hoy en día -lo que, cuidado, puede sonar muy raro en unos años- y además traslada con maestría los sentimientos de unos chicos encerrados en esos cuerpos anfibios no demasiado agradados. Sus comentarios mordaces, sus discusiones y sus personalidades tan distintas hacen el resto.

Independientemente de los diálogos y los dibujos cabe resaltar la acción, las peleas entre mutantes de toda índole, destrucción de megalópolis al estilo Godzilla, las artes marciales... Todo ello genera un producto muy redondo y entretenido para niños y no tan niños, incluso para los que no son consumidores habituales de este tipo de producciones.

VALORACIÓN

★★★★☆

"La estética de cómic está muy lograda y refleja fielmente los dramas de unos adolescentes... mutantes"



Experto Universitario semipresencial Urgencias y Emergencias

10/2023 - 05/2024

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

Conoce a los clasificados del mes de agosto de #FotoEnfermería2023

IRENE BALLESTEROS. Madrid

FotoEnfermería 2023 ya cuenta con los enfermeros clasificados en el segundo mes de concurso, tanto en la categoría General como en la de Instagram. Cuatro profesionales que, en pleno periodo vacacional, no han querido perder la oportunidad de participar en uno de los mejores concursos artístico-sanitarios de todo el panorama nacional. “Tu ángel de la guarda: Enfermera Circulante POV” o “¡Juntos lo conseguimos!” son algunos de los títulos de las fotografías clasifi-

cadas del pasado mes de agosto. Desde Málaga, Lugo, Valencia y Ávila estos enfermeros han demostrado su profesionalidad y formación y, en FotoEnfermería 2023 han encontrado un espacio donde compartir su particular pasión y don por la fotografía sanitaria, ofreciendo multitud de imágenes reales del día a día de la enfermería.

#FotoEnfermería2023 es un concurso artístico-sanitario organizado por el Consejo General de Enfermería donde

se muestran diferentes realidades de la profesión en cuatro instantáneas al mes, que nos permiten conocer mejor cómo es la profesión enfermera. Además, este concurso nos demuestra que los enfermeros y enfermeras de España tienen amplias cualidades y habilidades más allá de su profesión enfermera. Así logramos observar el arte y la pasión de todos ellos por reflejar una

profesión de la que se sienten plenamente orgullosos.

Continúan las participaciones

En septiembre comienza la rutina y con ella el concurso continúa, por eso recordamos que hay varias formas de participar. Hay que tener en cuenta que existen dos categorías: General e Instagram y una sección especial: Brain Health.

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 a concursofotos@consejogeneralenfermeria.org y subiendo la foto elegida a tu perfil público mencionando al perfil [@fotoenfermeria](https://www.instagram.com/fotoenfermeria) y el hashtag de esta edición: [#FotoEnfermería2023](https://www.instagram.com/explore/tags/fotoenfermeria2023).

Para la categoría General será el jurado, compuesto por enfermeros y fotógrafos de alto nivel, el que elegirá las dos mejores fotos que pasarán de

forma mensual a competir por los premios finales. Para poder participar en esta categoría también es necesario enviar tu imagen al e-mail concursofotos@consejogeneralenfermeria.org con los datos que se exigen en las bases. Este procedimiento será el mismo para la sección especial Brain Health.

Las enfermeras que quieran participar tendrán su oportunidad de optar a los premios de 1.000, 500 y 250 euros que se otorgarán a las mejores fotos de cada una de las categorías.

[Consulta aquí las bases completas.](#)

GENERAL



“Tu ángel de la guarda: Enfermera Circulante POV”, de Alberto Morales (Málaga)



“Juntos lo conseguimos”, de Vanesa Vázquez (Lugo)



INSTAGRAM



“Quien se fue a Sevilla perdió su silla”, de @remeagusti (Valencia)



“Enfoque enfermero en Imagen Diagnóstica”, de @lasfotosdeross (Ávila)

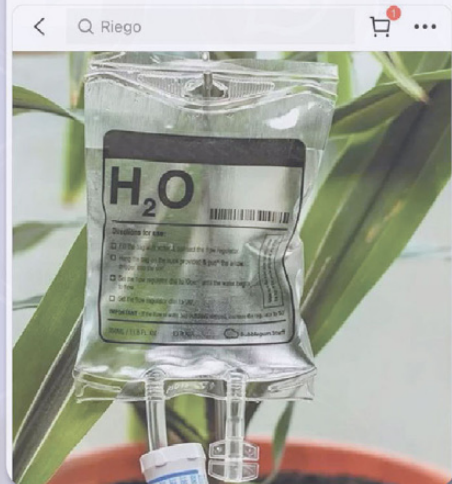
LO + VIRAL



El ambú cantante



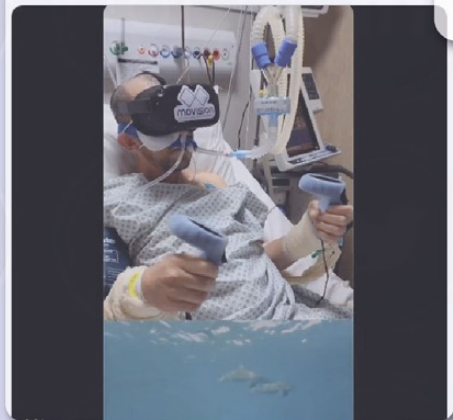
O sea en Shein están vendiendo un dial flow para regar las plantas. Estoy living, os lo prometo. Ya nada puede sorprenderme.



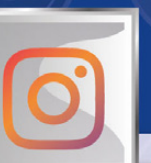
Suero para plantas



Oren Gottfried, MD
@OGdukeneurosurg
Intubated ICU patients using VR to take a short immersive vacation while getting some physical exercise in. Source: darlan nitz



Vacaciones en la UCI con realidad virtual



LA MÚSICA DE MOZART REDUCE EL DOLOR DE LA PRUEBA DEL TALÓN EN BEBÉS

Mozart para reducir dolor a los bebés



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 30

15 - 30 Septiembre 2023



SUMARIO

Quality of Life and Autonomy in Patients with Intermittent Bladder Catheterization Trained by Specialized Nurses

56

Quality of Life and Autonomy in Patients with Intermittent Bladder Catheterization Trained by Specialized Nurses

Autores: Blanca Fernandez Lasquetty Blanc¹, Julián Rodríguez Almagro^{2,*}, Carlos Lorenzo García³, Elena Alcaraz Zomeño⁴, Guadalupe Fernandez Llorente⁵, Montserrat Baixauli Puig⁶, María Victoria Martín Bermejo⁷, Francisco Estudillo González⁸, María Angustias Ortega Checa⁹, Vicenta Lluesma Martínez⁹, Guillermina Ferrández Franco¹⁰, Begoña Benito Santos¹⁰, Mónica Rodríguez Díaz¹¹, Arancha Torres Bacete¹², María Carmen Guerrero Andrades¹³, Mario Pierre Louis Lauture¹⁴, Isabel Jiménez Mayorga¹⁵, Rosario Serrano Abielar¹⁶, María Asunción Garrido Mora¹⁷, Francisco Barcia Barrera¹⁸, Gemma Asensio Malo¹⁹, Montserrat Morcillo Marín²⁰, Silvia Tendero Ruiz²¹ and Antonio Hernández Martínez²

ABSTRACT

Intermittent bladder catheterization (IBC) involves regular urine draining using a catheter, which is removed immediately after urinary elimination. It allows for the patient's urological health to be managed and their renal function to be preserved, and it promotes autonomy. Compliance with the prescribed number of daily catheterizations, which must be conducted by the patient, and infection prevention measures are crucial. To identify the patients requiring IBC, and to determine their adherence (whether they followed the prescribed guidelines and their difficulty in carrying out the procedure, as well as to assess how the IBC influences their quality of life and state of mind after receiving self care training from a specialized nurse), we carried out a prospective, multicenter observational study in 24 Spanish hospitals with one month of monitoring and a sample of 99 patients. The sources of information were the patients' clinical records, the King's Health Questionnaire, the Mini Mental State Examination (MMSE), and the hospital anxiety and depression scale (HADS). Descriptive and bivariate statistics were used to analyse the paired data. After recruitment ($n = 99$), 79

patients completed the questionnaire at a mean age of 35.2 years (SD = 20.5 years). In total, 53.5% (53) of the sample consisted of men and 32.3% (32) had neurological damage as the reason for prescription; 67% (67.7) performed self catheterization and 86.7% adhered to the IBC. After one month of monitoring, a statistically significant improvement in quality of life was observed in all criteria, with the exception of personal relationships ($p < 0.005$), as well as an improvement in anxiety and depression levels ($p < 0.001$). Patients who require IBC show good adherence to the IBC with a significant percentage of self catheterization. After one month of IBC, a significant improvement in the patients' quality of life and mood was observed. These results could be attributed to adequate patient training and adequate personalization of the IBC materials by the specialized nurses.

Keywords: intermittent bladder catheterization; adherence; self care; risk factors

1. Introduction

Intermittent bladder catheterization (IBC) is the periodic drainage of urine through a catheter inserted through the urethra into the bladder, or through another surgically accessed channel. Once the catheter is inserted and the urine is drained, it is removed immediately. This treatment allows for the patient's urological health to be managed and their renal function to be preserved, and it promotes autonomy.

IBC is a critical part of healthcare for individuals with incomplete urinary evacuation that aims to protect the bladder and preserve renal function [1], as well as for individuals with overflow incontinence [2–4]. IBC is considered the gold standard in the treatment of neurogenic/neuropathic bladder disorders [5] and has a number of advantages over permanent bladder catheterization, because it reduces adverse events associated with its use, such as urinary tract infections, hematuria, and vesical tenesmus. It also allows the patient to have greater independence and improves factors such as social, work, and school integration, relationships, self esteem, and quality of life in general [2,4,6].

IBC can be carried out by people of all ages, including elderly people and children from 4 to 5 years of age, under the supervision of an adult. The technique can be performed by other persons or by the patients themselves (self catheterization), provided they do not have disabilities such as blindness, the absence of perineal sensation, tremors, a mental disability, or paraplegia, which would impede their control over the technique [6,7].

To be able to carry out IBC, the person conducting it needs to be trained by a professional, usually a nurse who is an expert in functional urology and who will not only train them to perform this technique, but will also train them in self care and in how to include the treatment into their everyday life. Compliance with the prescribed number of daily catheterizations,

which must be conducted by the patient, in addition to the infection prevention measures, are crucial.

However, research has shown that there are a number of factors that reduce adherence to IBC, such as the lack of suitable places with sufficient privacy to be able to perform the technique in public establishments, the lack of time, the need to plan ahead for IBC, and the need for help in order to perform the catheterization [4,8–10].

It has also been observed that patients who start IBC may not follow the recommendations strictly and may perform less daily catheterizations than recommended, which occurs in other long term treatments [10], with the complications that this entails. Predicting which patients are most likely to adhere to IBC is, therefore, paramount in preventing future complications.

Variables such as age, sex, urethral sensitivity, pain, general health, quality of life, mobility, and the training provided by nurses experienced in this field to the patient have also been suggested as factors influencing adherence to treatment [10]. However, there is a lack of sufficient studies on the general population who are susceptible to IBC to clearly demonstrate which of these variables plays a decisive role in adherence to IBC treatment [10].

On the other hand, the relationship between IBC and improved quality of life, as well as its emotional impact, has been little studied [11,12], as most studies are qualitative in nature [12–16] and have small sample sizes.

Therefore, the aim of this study was to identify patients who require IBC, determine their adherence and their difficulties in performing the technique, and to assess how IBC affects their quality of life and state of mind in the short term.

2. Material and Methods

2.1. Design and Selection of Study Subjects

This was a prospective multicenter observational pilot study in 24 hospital facilities in 11 Spanish cities from 15 October 2020 to 15 December 2020. This study received the approval of the Ethics and Clinical Research Committee of CEIC Hospital Clínico San Carlos, with protocol number 19/156 O.

The reference population was made up of patients who perform IBC, treated at facilities participating in the study. The inclusion criteria were that IBC was prescribed for the first time and that the patient was over 18 years old. The exclusion criteria were patients who did not understand the language of the interlocutor or who had cognitive and/or sensory difficulties affecting their understanding of the purpose of the study, as well as their ability to perform IBC, and post surgical patients.

The study population was made up of patients in the reference population who, having met the inclusion criteria, voluntarily agreed to participate. The withdrawal criteria for the study patients were the patient deciding to withdraw, changes in hospital facility, death during the study, or end of the treatment.

Because several aspects were assessed (adherence to IBC, quality of life, mood), taking into account a prevalence of 50% (the most demanding in sample size), a confidence level of

95%, and an unknown reference population susceptible to requiring IBC due to their illness, we would had an accuracy of 10% for the sample of 96 subjects under study.

The sources of information used during the study were the patients' clinical records and an ad hoc data collection log created for this study. Validated tools to determine the mental states of the patients (the MMSE [17], where lower scores indicate a worse mental state), assess anxiety and depression (the HADS [18], where higher scores indicate higher levels of anxiety and depression), and assess quality of life associated with urinary problems (the King's Health Questionnaire [19], in which higher scores indicate worse quality of life) were also included. A separate questionnaire created by the researchers was included, which assessed the patients' difficulties in performing IBC, relating specifically to frequency and intensity. The Cronbach's alpha of this questionnaire was 0.895.

The outcome variables were maintenance of the number of IBCs prescribed by the professional (adherence), difficulties observed during the use of IBC, changes in quality of life (the King's Health Questionnaire), and changes in mood (the HADS). The independent variables were made up of the patient's sociodemographic, anthropometric, and clinical variables, previous mental state determinants, previous anxiety, previous depression, and previous quality of life.

Once the urologist had assessed the patient, by means of the relevant functional tests, the voiding diary, and as many examinations as necessary, the decision was made to prescribe bladder emptying treatment by catheterization. The patient was then referred to the functional urology nurse, who indicated IBC and the number of daily catheterizations to be performed based on all previous tests.

Therefore, in order to determine if the patient was adherent to IBC, they were asked if they complied with the number of catheterizations prescribed when the treatment was indicated. Using a consecutive non probability sampling method, the nursing researchers at the participating facilities invited patients who had just received IBC prescription to participate in the study, informing them of all the study's details.

After accepting and signing the informed consent form, they were asked for additional information, which was usually not recorded in their clinical records.

The nurses carried out their work of informing the patients and training them to comply with IBC treatment, following the usual guidelines employed in each department. At that time, they filled in the data collection log, along with the HADS, MMSE, and the King's Health Questionnaire.

The nurses contacted the patients by telephone every month to find out if they were following their IBC treatment and their reason for stopping the treatment, if that was the case. The monitoring log, the quality of life questionnaire (King's Health Questionnaire), the anxiety and depression status questionnaire (HADS), and the questionnaire about difficulties with IBC were filled in at that time.

2.2. Statistical Analysis Used

First, descriptive statistical analyses were conducted on all of the study variables, using absolute and relative frequencies for

qualitative variables and means with standard deviations for quantitative variables that followed a normal distribution; failing that, medians with interquartile ranges were used.

The changes in quality of life and the changes in anxiety/depression levels between baseline and each monthly report were evaluated using the Student–Fisher *t* test for paired data. The SPSS 24.0 statistical package was used for all of the analyses.

2.3. Legal and Ethical Considerations

This observational study was carried out on anonymous data and has been designed in accordance with the Declaration of Helsinki, enacted by the World Medical Association (WMA). It was submitted to the Clinical Research Ethics Committee (CE-IC) of the recruiting hospitals.

The patients were invited to participate in the study. They were given an information sheet, the study was explained to them orally, and they signed the informed consent form. The patients' personal data were encoded using a numerical code to ensure the confidentiality of this information, in case they wanted to be part of the study.

In legal terms, the Organic Law 5/2018 on Personal Data Protection guarantees the anonymity of the participants and the database, and no personal data can be used to identify them.

3. Results

A total of 99 subjects participated in the study. Among the most relevant sociodemographic characteristics was the fact that the patients had a mean age of 35.2 years, which varied greatly from 18 years to 83 years. In total, 53.5% of the sample consisted of men, 41.4% of whom had completed primary education and 45.5% were retired. The vast majority lived at home with family and/or a carer (90.8%). The rest of the information can be found in Table 1.

With regard to clinical characteristics, it was highlighted that 32.3% of the subjects had neurological damage, due to which they were prescribed IBC, and 27.3% had impaired contractile function. Among the previous diseases suffered, cardiovascular diseases were the most prevalent, at 22.2%, followed by musculoskeletal diseases at 21.1%. Among the comorbidities collected, obesity stood out, at 17.2%, followed by previous episodes of depression, at 12.1%. In 89.9% of the patients, the catheter was prescribed by a urologist, and in 13.1% it was prescribed by a nurse. The rest of the characteristics can be found in Table 2.

With regard to self care, the functionality of the subjects' hands was assessed, noting that only 3% had limited motor skills in both hands, another 3% had only the dominant hand affected, and 11.1% had an impact on their sensitivity. Mobil-

TABLE 1

Sociodemographic characteristics of the patients who participated in the study

Variable	Starting Cohort <i>n</i> (%) <i>n</i> = 99
Age in years (Mean ± SD)	35.2 (20.5)
Sex	
Male	53 (53.5)
Female	46 (46.5)
Level of education	
No education	4 (4.0)
Primary education	41 (41.4)
Secondary education	26 (26.3)
University	28 (28.3)
Employment status	
Retired	45 (45.5)
On leave	23 (23.2)
Leave of absence	1 (1.0)
Unemployed	8 (8.1)
Employed	22 (22.2)
Marital status	
Married	64 (64.6)
Divorced	3 (3.0)
Separated	2 (2.0)
Single	25 (25.3)
Window(er)	5 (5.1)
Residence	
Lives at home alone	8 (8.1)
Lives at home with family and/or carer support	90 (90.8)
Lives at a nursing home	1 (1.0)

TABLE 2

Clinical characteristics of patients under study

Variable	<i>n</i> (%) <i>n</i> = 99
Situation leading to IBC prescription:	
Postoperative bladder dysfunction	16 (16.2)
Impaired contractile function (no neurological disorder)	27 (27.3)
Neurological damage	32 (32.3)
Neobladder	7 (7.1)
Infravesical obstruction (benign prostatic hyperplasia, prolapse)	2 (2.0)
Neurodegenerative disease (sclerosis)	10 (10.1)
Bladder sphincter dyssynergia	2 (2.0)
Pre existing conditions	
Cardiovascular disease	22 (22.2)
Neurological disease	17 (17.2)
Endocrine disease	18 (18.2)
Respiratory disease	6 (6.1)
Gastrointestinal disease	7 (7.1)
Genitourinary diseases	20 (20.2)
Musculoskeletal disease	21 (21.2)
Psychiatric illness	7 (7.1)
Comorbidities	
Obesity	17 (17.2)
Prolapse	1 (1.1)
Benign prostatic hyperplasia	10 (10.1)
Bladder spasm	1 (1.1)
History of depression	12 (12.1)
History of anxiety	11 (11.1)
Person who prescribed bladder catheterization (may be more than one) Nurse	13 (13.1)
Urologist	89 (89.9)
Gynecologist	0 (0.0)
Rehabilitation therapist	7 (7.1)
Neurologist	0 (0.0)

ity was also assessed, finding that only 56.6% had normal mobility. On the other hand, 20.2% of the patients recognized that they found it difficult to see the urinary meatus. Most patients were able to repeat the information provided and understand it,

at 97.0% and 92.9%, respectively. Interestingly, in this first assessment, 86.9% of patients believed that they would need help to carry out IBC. The rest of the information can be found in Table 3.

TABLE 3

Characteristics related to self care capability

Variable	<i>n</i> (%) <i>n</i> = 99
Hand function as reported by the patient	
Normal	82 (82.8)
Limited sensitivity, but with normal motor skills	11 (11.1)
Limited motor skills in the dominant hand	3 (3.0)
Limited motor skills in the non dominant hand	0 (0.0)
Limited motor skills in both hands	3 (3.0)
Mobility as reported by the patient	
Normal	56 (56.6)
Difficulty in walking, but does not require help	15 (15.2)
Can walk with help	7 (7.1)
Walks with a wheelchair, but possible transfer on foot	8 (8.1)
Permanently in a wheelchair	13 (13.1)

TABLE 3

Continues

Variable	n (%) n = 99
Difficulty in seeing urinary meatus	
No	79 (79.8)
Yes	20 (20.2)
The patient can repeat the information on IBC provided by the nurse	
No	1 (1.0)
Yes	96 (97.0)
Unsure	2 (2.0)
The patient can follow the instructions given by the nurse	
No	2 (2.0)
Yes	92 (92.9)
Unsure	5 (5.1)
Who do you think is going to perform the IBC	
Me (self catheterization)	13 (13.1)
With the help of another person (assisted)	86 (86.9)

They were then asked about their concerns about using IBC. In this regard, a percentage value was obtained according to the degree of concern using a Likert scale ranging from "No concern" to "Very concerned". Focusing on the "Very concerned" category, the factor that causes most concern among the patients was the risk of infection, with 6.1%. This factor al-

so attained the highest mean and median scores, considering all response options together. As for the "No concern" category, the factor with the highest response percentage was loss of masculinity and femininity, at 69.7%, also attaining the lowest mean and median scores. The rest of the information can be found in Table 4.

TABLE 4

Patients' degree of concern over different problems that could be attributed to catheterization at the first visit

n = 99	No concern	A Little Concerned	Somewhat Concerned	Quite Concerned	Very Concerned	Md (IQR)	M (SD)
About inserting the catheter into their body	47 (47.5)	16 (16.2)	18 (18.2)	15 (15.2)	3 (3.0)	2.0 (2)	2.1 (1.24)
About getting an infection	26 (26.3)	14 (14.1)	32 (32.3)	21 (21.2)	6 (6.1)	3.0 (3)	2.7 (1.24)
About pain during catheterization	44 (44.4)	16 (16.2)	23 (23.2)	11 (11.1)	5 (5.1)	2.0 (2)	2.2 (1.25)
About suffering an injury to the urethra	34 (34.3)	18 (18.2)	29 (29.3)	13 (13.1)	5 (5.1)	2.0 (2)	2.4 (1.22)
About loss of dignity	61 (61.6)	25 (25.3)	9 (9.1)	2 (2.0)	2 (2.0)	1.0 (1)	1.6 (0.89)
About loss of masculinity or femininity	69 (69.7)	22 (22.2)	6 (6.1)	2 (2.0)	0 (0.0)	1.0 (1)	1.4 (0.69)
About social rejection	67 (67.7)	21 (21.2)	6 (6.1)	3 (3.0)	2 (2.0)	1.0 (1)	1.5 (0.89)
About losing control of himself	55 (55.6)	24 (24.2)	15 (15.2)	5 (5.1)	0 (0.0)	1.0 (1)	1.7 (0.91)

Md: Median; IQR: Interquartile range; M: Mean; SD: Standard deviation

In terms of mental state, 90.9% had normal values and only one person showed scores consistent with dementia. In terms of quality of life, the most affected aspects were impact (question 2 of the

questionnaire) and personal relationships, while a prevalence of 14.1% of anxiety cases and 8.1% of depression cases was observed. The rest of this kind of information can be found in Table 5.

TABLE 5

Cognitive characteristics, quality of life, and state of mind of the patients under study at first visit

Variable	Mean (SD)	n (%) n = 99
Mental state. Mini Mental State Examination (MMSE)	31.7 (4.77)	
Normal (27 or more)		91 (91.9)

TABLE 5

Continues

Variable	Mean (SD)	n (%) n = 99
Questionable (24–27 points)		2 (2.0)
Deterioration (12–24 points)		5 (5.1)
Dementia (<12 points)		1 (1.0)
Quality of life. King's Health Questionnaire		
Dimensions		
General health perception	39.7 (21.16)	
Incontinence impact	58.9 (32.93)	
Role limitations	37.2 (33.06)	
Physical limitations	36.5 (36.63)	
Social limitations	29.7 (31.80)	
Personal relationships	55.7 (33.41)	
Emotions	28.2 (26.52)	
Sleep/Energy	28.1 (32.61)	
Severity measures	35.3 (26.84)	
State of mind. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)		
Anxiety score	6.1 (4.58)	
Level of anxiety		
Normal		71 (71.4)
Borderline case		14 (14.1)
Case		14 (14.1)
Depression score	4.6 (4.10)	
Level of depression		
Normal		82 (82.8)
Borderline case		9 (9.1)
Case		8 (8.1)

After a month of monitoring, the researchers contacted the patients to assess their status, determine whether they were continuing with the IBC, and to ask how their experience had

been, and how it had affected their quality of life and their levels of anxiety and depression. All information can be found in Table 6.

TABLE 6

Characteristics of the catheter used and its method of use. First visit

Variable	n (%) n = 79
Type of catheter	
Hydrophilic catheter requiring internal activation or other pre catheterization step (break bag of built in solution, unscrew connector, remove fluid from container, etc.)	10 (10.1)
Hydrophilic catheter requiring internal activation or other pre catheterization step (breaking bag of built in solution, unscrewconnector, remove fluid from container, etc.) with integrated diuresis bag	3 (3.0)
Catheter pre-lubricated with gel and with an integrated diuresis bag	4 (4.0)
Pre-lubricated hydrophilic ready-to-use catheter (with internal solution without activation required)	21 (21.2)
Pre-lubricated hydrophilic ready-to-use catheter (with internal solution without activation required) with integrated diuresis bag	2 (2.0)
Pre-lubricated hydrophilic ready-to-use catheter (with Vaporphilic Technology)	34 (34.3)
Pre-lubricated hydrophilic ready-to-use catheter with integrated diuresis bag (with Vaporphilic Technology)	5 (5.1)
End of treatment	3 (3.0)
Change of facility	1 (1.0)
Who performs the catheterization	n = 79

TABLE 6

Continues

Variable	n (%) n = 79
The patient	67 (67.7)
Their partner	9 (10.7)
Another family member	4 (4.0)
External carer	1 (1.0)
Patient continues IBC	n = 79
No	4 (5.1)
Yes	75 (94.9)
Patient conducts number of catheterizations prescribed (adherent)	n = 75
No	10 (13.3)
Yes	65 (86.7)

First, they were asked about the type of catheter they had been using, observing that one in three patients used a ready to use hydrophilic catheter. During this period, one subject withdrew from the study due to a change of facility and three subjects left because their treatment ended. Some of the most interesting results include that 67.7% of patients performed IBC autonomously, despite the fact that at the start of the study most believed that they would need help, and 86.7% adhered to the number of prescribed catheterizations.

Other aspects analyzed were the difficulties the patients had ex-

perienced in performing bladder catheterization, in terms of both intensity and frequency. Although a Likert question was originally posed with four response options (0–3 points), the mean score of each proposed difficulty was calculated to derive an overall view of the most affected aspects. Specifically, the aspects with the highest mean scores were “The public bathrooms did not meet hygienic requirements to perform the catheterization,” followed by “I could not find a private place to perform the catheterization in public spaces”, in terms of both frequency and intensity. All information on IBC difficulties can be found in Table 7.

TABLE 7

Difficulty performing bladder catheterization

	Frequency n = 79				Mean (SD)	Intensity n = 79				Mean (SD)
	Never n (%)	Sometimes n (%)	Often n (%)	Always n (%)		No n (%)	A little n (%)	Moderate n (%)	Considerable n (%)	
I've experienced pain.	47 (59.5)	28 (35.4)	4 (5.1)	0 (0.0)	0.46 (0.60)	46 (58.2)	30 (38.0)	3 (3.8)	0 (0.0)	0.46 (0.57)
I've experienced bleeding.	61 (77.2)	18 (22.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.23 (0.42)	61 (77.2)	16 (20.3)	2 (2.5)	0 (0.0)	0.25 (0.49)
I can identify the meatus.	54 (68.4)	19 (24.1)	5 (6.3)	1 (1.3)	0.41 (0.67)	54 (68.4)	20 (25.3)	4 (5.1)	1 (1.3)	0.39 (0.65)
I can open the catheter container.	76 (96.2)	3 (3.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.04 (0.19)	76 (96.2)	3 (3.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.04 (0.19)
Activation/preparation of the catheter.	76 (96.2)	3 (3.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.04 (0.19)	76 (96.2)	3 (3.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.04 (0.19)
Conduct self-catheterization with “no touch” technique (prevent risk of bacterial contamination).	59 (74.7)	19 (24.1)	1 (1.3)	0 (0.0)	0.27 (0.47)	59 (74.7)	18 (22.8)	2 (2.5)	0 (0.0)	0.28 (0.51)
Conduct self-catheterization (hardness or flexibility).	68 (86.1)	9 (11.4)	2 (5.1)	0 (0.0)	0.16 (0.44)	69 (87.3)	8 (10.1)	2 (2.5)	0 (0.0)	0.15 (0.43)
During catheterization (insertion, progress, and removal).	45 (57.0)	30 (38.0)	3 (3.8)	1 (1.3)	0.49 (0.64)	47 (59.5)	27 (34.2)	4 (5.1)	1 (1.3)	0.48 (0.66)
Conduct self-catheterization at social gatherings due to fear of spilling the container liquid onto myself.	62 (78.5)	11 (13.9)	6 (7.6)	0 (0.0)	0.30 (0.60)	62 (78.5)	11 (13.9)	6 (7.6)	0 (0.0)	0.29 (0.60)
The container's lack of discreetness causes me to am with other people.	66 (83.5)	11 (13.9)	1 (1.3)	0 (0.0)	0.20 (0.52)	66 (83.5)	10 (12.7)	1 (1.3)	2 (2.5)	0.23 (0.60)

TABLE 7

Continues

	Frequency n = 79				Mean (SD)	Intensity n = 79				Mean (SD)
	Never n (%)	Sometimes n (%)	Often n (%)	Always n (%)		No n (%)	A little n (%)	Moderate n (%)	Considerable n (%)	
The public bathrooms did not meet hygienic requirements catheterization.	38 (48.1)	16 (20.3)	17 (21.5)	8 (10.1)	0.94 (1.01)	40 (50.6)	14 (17.7)	6 (20.3)	9 (11.4)	0.92 (1.08)
Problems with accessing	54 (8.4)	14 (17.7)	11 (13.9)	0 (0.0)	0.46 (0.73)	54 (68.4)	14 (17.7)	11 (13.9)	0 (0.0)	0.46 (0.73)
I could not find a private	43 (54.4)	18 (22.8)	12 (15.2)	6 (7.6)	0.76 (0.98)	44 (55.7)	17 (21.5)	12 (15.2)	6 (7.6)	0.75 (0.98)
I found it difficult to plan.	57 (72.2)	11 (11.9)	7 (8.9)	4 (5.1)	0.47 (0.86)	58 (58.6)	10 (12.7)	7 (8.9)	4 (5.1)	0.46 (0.86)
Lack of help.	76 (96.2)	3 (3.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.04 (0.19)	76 (97.5)	2 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.03 (0.16)
Lack of time.	70 (88.6)	7 (8.9)	1 (1.3)	1 (1.3)	0.15 (0.48)	70 (88.6)	7 (8.9)	1 (1.3)	1 (1.3)	0.15 (0.8)

Finally, the changes in the quality of life and the anxiety–depression scale were evaluated after the first month. For this analysis, the baseline (recruitment visit) was compared with the first visit (n = 79). As shown in Table 8, an improve-

ment in quality of life (lower King's scores) was observed in all aspects, with the exception of personal relationships, as well as in anxiety and depression levels, at visit T1 compared to T0.

TABLE 8

Evolution of quality of life and mood during follow up between T0 and T1

Variable	Comparison between Recruitment (T0) and First Visit (T1) n = 79				
Dimensions	Media (SD)	Mean (SD)	Means	95% CI	p-Value
General health perception	43.0 (19.2)	36.7 (20.0)	6.33	2.08; 10.58	0.004
Incontinence impact	58.2 (31.8)	43.5 (33.1)	14.77	7.52; 22.02	<0.001
Role limitations	36.7 (32.9)	28.1 (31.4)	8.65	2.11; 15.19	0.010
Physical limitations	35.4 (35.5)	26.2 (31.5)	9.29	2.40; 16.17	0.009
Social limitations	27.5 (30.2)	20.5 (28.6)	7.03	1.95; 12.12	0.007
Personal relationships	63.1 (32.8)	50.0 (30.7)	13.00	–8.97; 35.17	0.222
Emotions	27.3 (25.8)	15.6 (22.7)	11.67	5.89; 17.46	<0.001
Sleep/Energy	30.0 (31.5)	15.4 (30.9)	14.56	7.48; 21.64	<0.001
Severity measures	37.2 (27.3)	29.5 (25.7)	7.68	1.81; 13.55	0.011
HADS					
Anxiety	6.1 (4.1)	4.5 (3.69)	1.65	0.91; 2.37	<0.001
Depression	4.3 (3.86)	3.7 (3.90)	0.62	0.01; 1.23	0.046

4. Discussion

Among the most relevant results of this study were that the profile of people requiring IBC varied greatly in sociodemographic and clinical characteristics, with neurological damage as the reason for prescription in one in three patients. This variability in the prescriptions and characteristics of patients requiring IBC can also be seen in other works [20,21].

On the other hand, although the majority of participants in our study had a good cognitive status and understood the instructions for conducting IBC well, more than half of the patients had mobility problems, and one in five found it difficult to properly see the urinary meatus. In this sense, we believe it is important for patients to participate in choosing the most appropriate IBC material according to their clinical and social circumstances, based on the training and information provided by the expert nurses in this field. In fact, some research considers

the nurse's recommendation as the most influential factor in the choice of IBC material, followed by the convenience of its use. Therefore, it is essential that the nurses in charge of these departments be highly qualified [22]. The patient's active participation in choosing the catheter, their training and close monitoring by nurses specialized in performing this technique, and their integration of the treatment into their everyday life are the determining factors of adherence to the treatment [22].

Furthermore, patients in our study reported using seven types of catheters, with different materials and technical characteristics, which demonstrates the great variability in individual needs. The choice of one type of catheter or another is intended to promote adherence to IBC and avoid complications, depending on the preferences and clinical characteristics of each patient. In this regard, limiting the choice of catheter could pose a risk to adherence to IBC in the early stages, and could

lead to the appearance of possible complications, such as hematuria or urethral bleeding. It is especially important to properly train patients and personalize their treatments at the beginning, because fear of the first IBC is common among patients [14]. In this regard, another result observed in our study regarding patients' concerns is noteworthy. Specifically, the fear of infection was their greatest concern, while loss of masculinity and femininity was the least concerning issue for them. It is possible that this result could change with long term follow up. Once patients master IBC and overcome their fear of infection, issues relating to sexuality become more relevant.

Among the greatest difficulties and/or barriers expressed by the patients, they highlighted that "The public bathrooms did not meet hygienic requirements to perform the catheterization," followed by "I could not find a private place to perform the catheterization in public spaces", in terms of both frequency and intensity. Similar barriers have been observed by other authors, such as Cobussen et al. [13]. In their study, they found that patients were particularly concerned about preparation before the technique and the need to plan the timing of catheterization. These factors demonstrate once again that patients are able to use catheterization materials that allow them to perform the IBC technique under conditions that are as aseptic as possible, without any previous steps and in a simple way. However, fear of these situations could seriously condition those affected by limiting their movement, travel and leisure activities outside their homes, and, in short, their ability to lead a normal life.

Despite this variability in both the profile of patients who use IBC and the difficulties observed, there is a high percentage of adherence to IBC (86.7%), which is higher than that observed by other authors, such as Hentzen et al. [23], who observed 66.9%, and Montavaselli et al. [24], who observed 29% after the month of monitoring. We also observed a significant change between the initial perception of needing support to conduct catheterization and the degree of independence in self catheterization achieved after the first month. From the patients' initial perception of their ability to perform self catheterization, which they rated at 13%, to one month later and after the training carried out with expert nurses, 68% were able to take control of their treatment autonomously and perform self catheterizations. In this regard, we believe that the success of this outcome is the result of the significant involvement of nurses specialized in patient training.

Regarding the influence of IBC on quality of life and mood, we observed a significant improvement in the short term of quality of life, coinciding with other authors [12], although these same authors also recognized that it is important that adequate support be provided in the early stages by trained nurses, especially with elderly people. An improvement in anxiety-depression levels was also observed, which is a very interesting result, since higher levels of anxiety-depression have been associated with a lower adherence to IBC [24]. This result, which shows a decrease in mood issues, could be partly attributed to the training the nurses carried out with patients for the use of IBC, as other authors have also observed [15].

Among the main limitations of our study, we note that it was carried out with short term monitoring. There was also a loss of 20 subjects as a result of the COVID 19 pandemic. However,

despite these limitations, our study recruited more subjects than most published papers, the majority of which are qualitative in nature [12–16]. Another limitation observed is that the net effect of training on adherence cannot be determined, because although the training is based on protocols, it is individualized and adapted to the situation of each patient. Thus, it is not possible to separate the influence of training from the influence that the individual characteristics of each patient have on adherence.

Among its main strengths, our study is significant because it covers a topic with little international coverage in the literature, and it is the first to address this problem in Spain with a multicenter approach, whereby patients from 24 Spanish hospitals are represented. The selection of subjects has been rigorous and systematic. Therefore, we believe that the confounding bias may be minimal. Validated tools have also been used in the determination of the phenomena under study.

Although adherence rates of 90% were achieved initially, we must be cautious and conservative, and although the results are positive, the investigators consider it necessary to increase the number of subjects under study to be able to detect events or factors that influence adherence, but with less weight, thus improving statistical power.

On the other hand, it is well known that adherence can be at its highest during the first visits, and subsequently decrease, so we consider it necessary to continue with the study beyond the recruitment of subjects into long term follow ups. Additionally, based on the experience obtained in this pilot study, the researchers believe it appropriate to include in the assessment of new patients and throughout the follow up some new indicator of adequate adherence, which operates both subjectively, manifested through the sensations of the patients, and objectively, through urodynamic tests.

Implications for practice:

Based on the observed results, we consider that individualized patient care is necessary, and that the adequate training of patients by specialized professionals and patient participation in decision making are essential to favoring adherence to IBC treatment.

Given that the risk of infection is one of the issues of greatest concern to patients once they start IBC treatment, nurses should place special emphasis on this aspect, explaining to the patient the preventive measures to be taken and the fact that it is not necessary to abandon treatment because of infection, thus promoting adherence to IBC.

Given that the most significant difficulties reported by patients in performing catheterization outside their home were the lack of hygiene and privacy in public bathrooms, it is essential that they are able to select the materials that will enable them to perform the technique under the best conditions, and thus to guarantee adherence to IBC.

5. Conclusions

In this first stage of piloting, there is good adherence to IBC, with a significant percentage of personal autonomy when performing self catheterization. In our study population, a signifi-

cant improvement in the patients' quality of life and mood also occurred after one month of monitoring. These results could largely be attributed to adequate patient training, and the adequate personalization of the IBC treatment and materials, by the nurses specialized in functional urology. With the extension of this study to 1 year of monitoring, we hope that these positive results at the start of the treatment will last over time, ensured by the close monitoring of the nurses specialized in functional urology.

Author Contributions: Conceptualization, B.F. L.B., A.H. M. and J.R. A.; Data curation, J.R. A.; Formal analysis, A.H. M.; Investigation, C.L. G., G.F. L., F.E. G., V.L. M., B.B. S., A.T. B., M.C.G.A., I.J. M., E.A. Z., M.B. P., M.V.M. B., M.A.O. C., G.F. F., M.R. D., M.P.L. L., R.S. A., M.A.G. M., F.B. B., G.A. M., M.M. M. and S.T. R.; Methodology, B.F. L.B., A.H. M.; Project administration, J.R. A. and B.F. L.B.; Resources, A.H. M., B.F. L.B. and J.R. A.; Validation, C.L. G., G.F. L., F.E. G., V.L. M., B.B. S., A.T. B., M.C.G. A., I.J. M., E.A. Z., M.B. P., M.V.M. B., M.A.O. C., G.F. F., M.R. D., M.P.L. L., R.S. A., M.A.G. M., F.B. B., G.A. M., M.M. M., S.T. R. and B.F. L.B.; Writing—original draft, A.H. M. and B.F. L.B.; Writing—review & editing, J.R. A. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki, and approved by the Ethics and Clinical Research Committee of CEIC Hospital Clínico San Carlos (protocol code 19/156 O).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: The data sets generated and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

- Moore, K.N.; Fader, M.; Getliffe, K. Long term bladder management by intermittent catheterisation in adults and children. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Moore, K.N., Ed.; John Wiley & Sons, Ltd.: Chichester, UK, 2007. Available online: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006008.pub2> (accessed on 10 November 2019).
- Aparicio Hormigo, J.; Jiménez Mayorga, I.E.; Díaz Rodríguez, F.; Cuenca García, J.A. *Enfuro Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología*; Asociación Española de en Fermería en Urología: Madrid, Spain, 2003. Available online: [https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2515201)

- lo?codigo=2515201 (accessed on 20 November 2018).
- Wyndaele, J. J.; Maes, D. Clean Intermittent Self Catheterization: A 12 Year Followup. *J. Urol.* **1990**, *143*, 906–908, doi:10.1016/s0022 5347(17)40132 7.
- Wyndaele, J. Complications of intermittent catheterization: Their prevention and treatment. *Spinal Cord* **2002**, *40*, 536–541, doi:10.1038/sj.sc.3101348.
- Adams, J.; Watts, R.; Yearwood, M.; Watts, A.; Hartshorn, C.; Simpson, S.; Hardcastle, B. Strategies to promote intermittent self catheterisation in adults with neurogenic bladders: A comprehensive systematic review. *JBI Evid. Synth.* **2011**, *9*, 1392–1446.
- Torres Alaminos, M.A. Medidas preventivas para evitar complicaciones de salud derivadas del uso de sondajes vesicales en pacientes lesionados medulares. *Enfermería Glob.* **2013**, *12*, 370–378.
- Guzmán, S.A.; Cerdá, J.R.; Agulló, E.M. Las pruebas funcionales urodinámicas en el diagnóstico de la vejiga neurogénica. *Rehabilitación* **2005**, *39*, 343–357.
- Vaidyanathan, S.; Soni, B.M.; Dundas, S.; Krishnan, K. Urethral cytology in spinal cord injury patients performing intermittent catheterisation. *Spinal Cord* **1994**, *32*, 493–500, doi:10.1038/sc.1994.78.
- Perrouin Verbe, B.; Labat, J.J.; Richard, I.; De La Grève, I.M.; Buzelin, J.M.; Mathe, J.F. Clean intermittent catheterisation from the acute period in spinal cord injury patients. Long term evaluation of urethral and genital tolerance. *Spinal Cord* **1995**, *33*, 619–624, doi:10.1038/sc.1995.131.
- Wyndaele, J.J. Intermittent catheterization: Which is the optimal technique? *Spinal Cord* **2002**, *40*, 432–437, doi:10.1038/sj.sc.3101312.
- Bolinger, R.; Engberg, S. Barriers, complications, adherence, and self reported quality of life for people using clean intermittent catheterization. *J. Wound Ostomy Cont. Nurs.* **2013**, *40*, 83–89.
- Cobussen Boekhorst, H.; Beekman, J.; Van Wijlick, E.; Schaafstra, J.; Van Kuppevelt, D.; Heesakkers, J. Which factors make clean intermittent (self) catheterisation successful? *J. Clin. Nurs.* **2016**, *25*, 1308–1318, doi:10.1111/jocn.13187.
- Cobussen Boekhorst, H.; Hermeling, E.; Heesakkers, J.; van Gaal, B. Patients' experience with intermittent catheterisation in everyday life. *J. Clin. Nurs.* **2016**, *25*, 1253–1261, doi:10.1111/jocn.13146.
- Goldstine, J.; Leece, R.; Samas, S.; Zonderland, R. In Their Own Words: Adults' Lived Experiences with Intermittent Catheterization. *J. Wound Ostomy Cont. Nurs.* **2019**, *46*, 513–518.
- Logan, K.; Shaw, C.; Webber, I.; Samuel, S.; Broome, L. Patients' experiences of learning clean intermittent self catheterization: A qualitative study. *J. Adv. Nurs.* **2008**, *62*, 32–40, doi:10.1111/j.1365 2648.2007.04536.x.
- Nørager, R.; Bøgebjerg, C.; Plate, I.; Lemaitre, S. Supporting better adherence among patients engaged in intermittent self catheterisation. *Br. J. Nurs.* **2019**, *28*, 90–95, doi:10.12968/bjon.2019.28.2.90.
- Lobo, A.; Saz, P.; Marcos, G.; Día, J.L.; De La Cámara, C.; Ventura, T.; Aznar, S. Revalidation and standardization of the

- cognition mini exam (first Spanish version of the Mini Mental Status Examination) in the general geriatric population. *Med. Clin.* **1999**, 112, 767–774.
19. Herrero, M.J.; Blanch, J.; Peri, J.M.; De Pablo, J.; Pintor, L.; Bulbena, A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen. Hosp. Psychiatry* **2003**, 25, 277–283, doi:10.1016/s0163 8343(03)00043 4.
20. Romero Cullerés, G.; Sánchez Raya, J.; Conejero Sugrañes, J.; González Viejo, M.Á. Validation of the Spanish version of the King's Health questionnaire for evaluating quality of life related to urinary incontinence in patients with spinal cord injury. *Med. Clin.* **2011**, 137, 491–494.
21. Chiappe, S.G.; Lasserre, A.; Kastler, E.C.; Falchi, A.; Blaizeau, F.; Blanchon, T.; Hanslik, T.; Denys, P. Use of clean intermittent self catheterization in France: A survey of patient and GP perspectives. *Neurol. Urolog.* **2016**, 35, 528–534, doi:10.1002/nau.22752.
22. Faleiros, F.; de Oliveira K  ppler, C.; Rosa, T.; Gimenes, F.R.E. Intermittent catheterization and urinary tract infection: A comparative study between Germany and Brazil. *J. Wound Ostomy Cont. Nurs.* **2018**, 45, 521–526.
23. Hentzen, C.; Turmel, N.; Chesnel, C.; Miget, G.; Le Breton, F.; Charlanes, A.; Amarenco, G. What criteria affect a patient's choice of catheter for self catheterization? *Neurol. Urolog.* **2020**, 39, 412–419.
24. Hentzen, C.; Haddad, R.; Ismael, S.S.; Peyronnet, B.; Gam  , X.; Denys, P.; Robain, G.; Amarenco, G.; Manceau, P. Predictive factors of adherence to urinary self catheterization in older adults. *Neurol. Urolog.* **2019**, 38, 770–778, doi:10.1002/nau.23915.
25. Motavasseli, D.; Chesnel, C.; Charlanes, A.; Menoux, D.; Charoenwong, F.; Le Breton, F.; Amarenco, G. Adherence to anticholinergic therapy and clean intermittent self catheterization in patients with multiple sclerosis. *Int. Neurol. J.* **2018**, 22, 133–141.

ART  CULO COMPLETO AQU  



ENFERMERAS
IMPRESINDIBLES

24 Horas al
d   7 D  as a la
semana 365 D  as al
a  o



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermer   de Espa  a

Te cuidamos toda la vida



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.

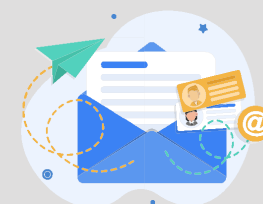
El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todas las personas autoras en la que declaren que son ciertas las afirmaciones que se indican en el siguiente listado:

- 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

