

LA REVISTA DE LOS PROFESIONALES COLEGIADOS DE ENFERMERÍA

enfermería

facultativa

| Año XXVII | Número 418 | 1 - 15 JULIO 2024 |



EL CGE ENTREGA LOS PREMIOS A LA MEJOR GESTIÓN ENFERMERA



Denuncian la desigual implantación de la prescripción enfermera en España



Abierto el periodo de consulta pública para renovar el Código Deontológico



Instituto Superior de
Formación Sanitaria



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



FORMANDO LÍDERES

FORMANDO PROFESIONALES

FORMANDO PERSONAS



Formación de posgrado en Enfermería

Expertos Universitarios
Formación Continuada
Jornadas y Webinars

www.isfos.com



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



Constantes vitales



**Florentino
Pérez Raya**

Presidente del Consejo
General de Enfermería

Reconocer la excelencia

Los Premios Nacionales de Reputación Enfermera reconocen la excelencia y el trabajo bien hecho, el esfuerzo, el talento y la eficacia en la gestión de equipos, de procesos, de presupuestos..., en resumen, esa capacidad para tomar las mejores decisiones en favor del paciente, del sistema, de los centros y de los profesionales.

Desde el Consejo General de Enfermería hemos galardonado a los responsables de enfermería de grandes hospitales, centros de Atención Primaria —con una labor tan esencial como poco valorada por las administraciones—, también de centros sociosanitarios y de aquellas empresas fabricantes de productos sanitarios que manejan a diario las enfermeras y los enfermeros.

Siempre hemos demostrado un compromiso con la sociedad y con el sistema sanitario mediante el liderazgo y su acceso a los puestos en los que se toman decisiones de salud. Nuestra preparación académica y profesional nos habilita para llegar allí donde seamos de utilidad. Aun así, sigue existiendo un techo de cristal a nuestra profesión: una clasificación a nivel administrativo —como el grupo A2— que no solo es incorrecta sino injusta, discriminatoria y arcaica.

Hemos reconocido el talento en la gestión y las buenas prácticas, por ello indigna con más fuerza recordar los casos de directores y coordinadores de Enfermería de centros de Atención Primaria, cesados por sentencia judicial reciente al estar —erróneamente— encuadradas las enfermeras en ese grupo A2 de la Administración.

Para la Organización Colegial de Enfermería es una absoluta prioridad modernizar la legislación que regula nuestra profesión. Como ya sabemos, para las enfermeras representa un atentado contra el talento y la profesionalidad. Por ello, sólo cambiando las leyes —y empezando por la LOPS— podremos derribar los muros que impiden seguir desarrollándonos profesionalmente.

Por ello, a los responsables políticos les pedimos que apuesten por la enfermería, por la excelencia de su gestión, por la profesionalidad demostrada sobradamente, una profesión a la que hay que cuidar, reconocer y motivar. Siempre recuerdo este slogan: “sin enfermeras no hay salud y sin salud no hay futuro”.

GRP Enfermería

GUÍA DE
RECOMENDACIONES
PRÁCTICAS en

TERAPIAS
RESPIRATORIAS
EN EL ÁMBITO
DOMICILIARIO

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



INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA



Sumario

Número 418

1 - 15 Julio 2024

Actualidad



6

Portada

Premios Nacionales
de Reputación Enfermera

38

Noticias

- Las enfermeras denuncian la desigual implantación de la prescripción
- Entrevista a Elena Carrillo: “Los cambios en farmacología son mas sencillos que los nutricionales”

Servicios profesionales



Internacional

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

56

Opinión

Sergio Alonso: “La falta de fondos y los
medicamentos oncológicos”

58

Agenda

Congresos y premios

60

Ocio y cultura



62

Viajes

El Palmar, la joya de la albufera de Valencia

64

Motor

Ford Explorer:
El comienzo de la nueva era

70

Lo + viral

El impacto de la tecnología m-health en la promoción
de hábitos saludables: Una revisión sistemática

71

Normas de publicación de artículos científicos

82

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), Juan José Campillos (j.campillos@consejogeneralenfermeria.org), Irene Ballesteros (i.ballesteros@consejogeneralenfermeria.org), María Alcaraz (m.alcaraz@consejogeneralenfermeria.org), Marcos Gómez Jiménez (m.gomez@consejogeneralenfermeria.org).
Consejo editorial: Raquel Rodríguez, José Ángel Rodríguez, José Vicente González, Francisco Corpas, Diego Ayuso y José Luis Cobos. **Asesora Internacional:** Alina Souza. **Diseño:** Kelsing Comunicación. **Maquetación:** Fernando Gómara y Ángel Martínez. **Ilustraciones:** Augusto Costhazo. **Asesoría Socioprofesional:** María José Fernández. **Enfermería Científica:** Instituto de Investigación Enfermera (instituto@consejogeneralenfermeria.org).

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

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

Premios Nacionales de Reputación Enfermera

El CGE reclama la reclasificación profesional en los premios a la mejor gestión enfermera

GEMA ROMERO. Madrid

“Las enfermeras llevan años demostrando su compromiso con la sociedad y el sistema sanitario mediante el liderazgo y su acceso a los puestos en los que se toman decisiones de sa-

lud. Nuestra preparación académica y profesional nos habilita para llegar allí donde nos propongamos. Sin embargo, sigue existiendo un techo de cristal a nuestra profesión: una

clasificación a nivel administrativo —grupo A2— que es incorrecta, injusta, discriminatoria y arcaica. En un día en que se reconoce el talento en la gestión y el reconocimiento de las buenas prácticas indigna con más fuerza recordar los casos de directores de Enfermería de centros de Atención Primaria, cesados por sentencia judicial por estar —erróneamente— encuadrados las enfermeras en el grupo A2 de la Administración”, manifestaba el presidente del Consejo General de Enfermería de España (CGE), Florentino Pérez Raya, durante la entrega en la sede central de la institución de los Premios Nacionales de Reputación Enfermera en los que se ha reconocido a los hospitales, centros de Atención Primaria o sociosanitarios con mejor reputación, según el Monitor de Reputación Enfermera (MRE).

Pérez Raya, en su discurso volvía a insistir, como ha hecho en varias ocasiones, en que para el CGE “es una absoluta prioridad modernizar la legislación que regula nuestra profesión. Esa enorme injusticia, ese anacronismo, esa situación absurda supone un perjuicio indirecto para la atención sanitaria de las personas. Como ya sabemos, para las enfermeras representa un atentado contra el talento y la profesionalidad”. Por ello, para el presidente de las 345.000 enfermeras españolas, “sólo cambiando las leyes —empezando por la LOPS— podemos derribar los muros que impiden nuestro desarrollo profesional”.

Por su parte Diego Ayuso, secretario general del CGE, subrayaba en su intervención que “las enfermeras somos claves en la gestión de personas, que son el gran valor de



las organizaciones sanitarias, gestionamos el 60% de los profesionales que hay en los centros sanitarios, somos lide-

res en la gestión de cuidados y excelentes en gestión de procesos y en organización de circuitos asistenciales (como ejemplo, la transformación de hospitales de agudos en hospitales Covid), nuestra aportación a la gestión de la calidad y la seguridad del paciente es enorme ya que estamos presentes en el 100% de los procesos y la investigación enfer-

“Es una prioridad modernizar la legislación”





Florentino Pérez Raya, presidente del CGE, durante su discurso



mera tiene un crecimiento exponencial que nos permite aportar evidencia científica y rigor en nuestras prácticas profesionales”.

Premios MRE

Estas declaraciones se producían en el marco de la entrega de los Premios Nacionales de Reputación Enfermera 2023, donde se ha galardonado a las mejores direcciones de Enfer-

mería de los hospitales, los centros de salud y los centros sociosanitarios y también a las empresas fabricantes de productos de indicación y uso enfermero, según el ranking del Monitor de Reputación Enfermera (MRE).

En esta ocasión, el ranking, que va por su novena edición, ha contado con la participación de 2.304 profesionales de la enfermería, de 320 gestores de enfermeros y de 223

gerentes y directivos de hospitales. De esta forma, MRE y el Consejo General de Enfermería se reafirman una vez más en su apuesta por el liderazgo enfermero y el reconocimiento de las enfermeras.

Unas distinciones que, como recordaba el presidente del CGE “se basan en la opinión de miles de enfermeras y enfermeros que, como profundos conocedores del sistema sanitario, valoran desde

dentro quiénes lo hacen mejor. Sólo así, evaluando con criterios objetivos, la sanidad puede avanzar”, recordaba Pérez Raya.

De hecho, José María San Segundo, director del Monitor de Reputación Enfermera, hacía hincapié en lo especial de estos reconocimientos “porque representan el reconocimiento de los compañeros de profesión y eso seguramente es el mayor reconocimiento que se

puede obtener”. Además, ha hecho mención a la incorporación de la opinión de expertos al conjunto de evaluaciones, “lo que da un sentido integral a la reputación: la excelencia en la gestión y reconocimiento profesional”.

Mejor dirección de Enfermería

La dirección de Enfermería del Hospital Universitario La Paz de Madrid recibía el galardón como el mejor equipo de gestión enfermera de toda España, un reconocimiento que recogía de manos del presidente del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya, de José María San Segundo, director de MRE y de Jorge Andrada, presidente del Colegio de Enfermería de Madrid.

“Las enfermeras somos claves en la gestión de personas”

lababa que los directores de Enfermería, “no somos nadie sin los equipos que nos acompañan. Todos trabajamos por la atención de los pacientes, pero también por los profesionales. Todas las decisiones que tomamos siempre tienen en cuenta estas dos caras: lo mejor para el paciente y lo mejor para los profesionales”. Además, reivindicaba el rol gestor de las enfermeras. “Estamos muy preparados, quizá excesivamente preparados, damos nuestra máxima capacidad, pero no siempre somos tan respetados como deberíamos. Las enfermeras debemos estar donde se toman las decisiones, pero no siempre es así. Me gustaría que los techos de cristal que todavía debemos enfrentar fuesen de humo”, en referencia a lo que todavía tienen que conquistar estas profesionales, para lo que ha apelado a la unión de todo el colectivo.

Ranking de hospitales

El hospital reconocido como el más reputado de España, según los gestores de enfermería ha sido el Hospital Universitario La Paz, seguido del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (2º), Hospital Universitario Vall d'Hebron (3º), Hospital Clínic Barcelona (4º) y el Hospital Universitario 12 de Octubre (5º).

En este caso, la distinción se ha hecho extensiva a los quince hospitales públicos y privados con mejor reputación y han sido sus directores de Enfermería los encargados de recoger el galardón. En nombre de todos ellos hablaba Esther Rey, directora de Enfermería del Hospital Uni-

También han destacado en la parte alta de la clasificación los equipos de Dirección de Enfermería del Hospital Clínic Barcelona (2º), el del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (3º), el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (4º) y Hospital Universitario 12 de Octubre (5º).

En nombre de las direcciones de Enfermería intervenía Gemma Martínez Estalella, adjunta a la Direcció d'Estratègia i Planificació per a l'Àmbit Assistencial del Clínic de Barcelona, quien seña-



Más de 200 personas llenaron el auditorio "Íñigo Lapetra"



versitario La Paz de Madrid, que también ocupa el primer lugar como mejor Dirección de Enfermería. Así, Rey ha dado las gracias a “todos los que reconocen la labor que cada día realizan las enfermeras para mejorar la salud de las personas”.

Además, resumía lo que supone la atención hospitalaria: “Las enfermeras aprendemos en los hospitales, aprendemos toda la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, en todos los ámbitos, en las ciencias, en las clínicas, en hospitales, en consultas. Todo lo nuevo lo vamos incorporando, atendiendo siempre a las nuevas técnicas y procedimientos, y lo hacemos con la innovación y la investigación, para poner en marcha lo mejor que sabemos hacer: dar cuidados a nuestra población, integrando a toda la familia, definiendo los cuidados que llevamos a cabo. Para ello damos lo mejor de nosotros

misimos, integrados en equipos multidisciplinares”.

Centros sociosanitarios

Con respecto a los centros sociosanitarios con mejor reputación encontramos que el mejor valorado es la Residencia San Francisco de Paula (Madrid). En segundo lugar está la Fundación Matia (2º),

Se han entregado más de 70 distinciones

seguida de la Residencia y Centro de Día Ilunion Vida Senior (3º), el Centro Integral de Atención a Mayores San Prudencio (4º), el Centro de Atención Integral Sociosa-

nitario de la Cruz Roja (5º), la Residencia de Mayores Asistidos Gregorio Marañón (6º), el Hospital Viamed Nuestra Señora Virgen del Carmen (7º), la Residencia asistida Colisée Barcelona Sant Jordi (8º), la Residencia de Mayores del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén (9º), y la Fundación Pílares y el Centre Sociosanitari Sarquavita Sant Jordi empatados en el 10º puesto.

M.^a Belén Sánchez Sánchez, directora gerente de la Residencia San Francisco de Paula de la Fundación Catalina Laboure (Madrid), agradecía que se dé visibilidad “al trabajo que realizan las enfermeras en los centros sociosanitarios para proteger y cuidar de la mejor manera posible a las personas vulnerables. Un apoyo que en el seno de la enfermería sí es visible. Siempre nos han apoyado, especialmente en estos últimos años de cambios, a raíz de la pandemia. Por ello

renovamos nuestro compromiso de seguir adelante con liderazgo, y trabajando en la misma línea por y para los mayores, por su bienestar, por su dignidad y por el respeto que se merecen”. Además, animaba al resto de compañeras a que “compartan con nosotros ese trabajo en equipo, que es tan especial en los centros sanitarios y tan imprescindible en un medio tan necesitado” como el sociosanitario, concluía.

Centros de Atención Primaria

Los gestores enfermeros han valorado al centro de Atención Primaria de El Greco (Madrid), como el centro de Atención Primaria con mejor reputación. Siguen en el ranking el centro de A Estrada (Pontevedra), el de Olaguibel (Vitoria-Gasteiz), el de Arganda del Rey (Madrid), el de Valdespartera (Zaragoza), el de José María Llanos (Madrid), el de La Alamedilla (Salamanca), el de Los Alpes (Madrid), el de Fuensalida (Toledo), el de La Mina (Bar-

celona), el de Bulevar (Jaén), el de Cuenca I (Cuenca), el de José Aguado II (León), el de Cerro del Viento (Badajoz) y el de Guardamar del Segura (Alicante).

La Paz, líder como hospital y dirección de Enfermería

Inmaculada García Ferradal, directora de Enfermería de la Dirección Asistencial Sur de Madrid, en representación del Centro de Salud El Greco, de Getafe (Madrid) y de todos los centros de primaria premiados, quiso “poner en valor el trabajo que realizamos todas las enfermeras de Atención Primaria para toda la comunidad. Un trabajo realizado con liderazgo, en la que apostamos no sólo por atender la cronicidad, sino también los procesos agudos. Apostamos por el trabajo, por la prevención y la promoción

de la salud en esa comunidad y, como no, en el domicilio del paciente, donde destaca no sólo nuestro trabajo en el día a día, en el ámbito asistencial, sino también en formación e investigación”.

Productos sanitarios

Además, también se entregaron distinciones a los 40 fabricantes de productos de indicación y uso enfermero. Entre los valorados con mejor reputación de España se encuentran: B Braun (1º), Coloplast (2º) y Solventum (3º) seguidos por Smith & Nephew (4º), Convatec (5º) Bayer (6º), Mölnlycke (7º), Urgo (8º) Hartmann (9º) y Medtronic (10º).

Isabel Cavanilles, *product manager* de B.Braun, agradecía en nombre de todos los fabricantes premiados, “a los profesionales sanitarios de este país por su lucha y su gran dedicación”, y recordaba que “nosotros formamos parte también de esa lucha para mejorar la salud y la calidad de vida de todos los pacientes”.

El MRE celebra su novena edición





RANKING MEJORES DIRECCIONES DE ENFERMERÍA



Premiados como mejores direcciones de Enfermería y como hospitales más reputados para los gestores enfermeros



Hospital Universitario La Paz (Madrid)



Hospital Clínic (Barcelona)



El Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid)



El Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid)



El Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)



El Hospital Universitario Vall D'Hebrón (Barcelona)



HLA Hospital Universitario Moncloa (Madrid)



El Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia)



El Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda (Madrid)



El Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)



El Hospital Universitari de Bellvitge (Barcelona)



El Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón (Sevilla)



El Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)



El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)



La Clínica Universidad de Navarra



Gemma Martínez Direcció d'Estratègia i Planificació per al Àmbit Assistencial



La Comisión Ejecutiva del CGE



Raquel Rodríguez, vicepresidenta del CGE y Pilar Fernández, directora de ISFOS



RANKING HOSPITALES CON MEJOR REPUTACION



Hospital Universitario La Paz (Madrid)



Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)



Hospital Universitari Vall d'Hebrón (Barcelona)



Hospital Clínic (Barcelona)



Hospital 12 de Octubre (Madrid)



Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid)



Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia)



Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)



Clínica Universidad de Navarra



Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid)



Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda (Madrid)



Hospital Universitari de Bellvitge (Barcelona)



Hospital Universitario de Cruces (Bizkaia)



Hospital Sant Joan de Déu Barcelona (Barcelona)



Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid)



Esther Rey, directora de Enfermería del Hospital La Paz (Madrid)



RANKING MEJORES CENTROS ATENCIÓN PRIMARIA



Foto de grupo de los premiados en el ranking de los mejores centros de Atención Primaria



Centro de Salud El Greco (Madrid)



Centro de Salud A Estrada (Pontevedra)



Ambulatorio de Olaguiel (Álava)



Centro de Salud Arganda del Rey (Madrid)



Centro de Salud Valdespartera (Zaragoza)



Centro de Salud José María Llanos (Madrid)



Centro de Salud La Alamedilla (Salamanca)



Centro de Salud Los Alpes (Madrid)



Centro de Salud Fuensalida (Toledo)



Centro de Atención Primaria La Mina (Barcelona)



Centro de Salud Bulevar (Jaén)



Centro de Salud Cuenca 1



Centro de Salud José Aguado II (León)



Centro de Salud Valdepasillas Cerro del Viento (Badajoz)



Centro Sanitario Integrado Guardamar del Segura (Alicante)



Inmaculada García Ferradal Dirección de Enfermería. Dirección Asistencial Sur (Madrid)



Imagen del trofeo



La enfermería de Castilla-La Mancha estuvo muy representada en los premios



RANKING MEJORES CENTROS SOCIO SANITARIOS



Foto de grupo de los premiados en el ranking de mejores centros sociosanitarios



Residencia San Francisco de Paula (Madrid)



Residencia y Centro de Día Ilunion VidaSenior (Madrid)



Fundación Matia (Gipuzkoa)



Centro Integral de Atención a Mayores San Prudencio (Álava)



Centro de Atención Integral sociosanitario Cruz Roja (Madrid)



Residencia de Mayores Asistidos Gregorio Marañón (Ciudad Real)



Hospital Viamed Nuestra Señora Virgen del Carmen (La Rioja)



Residencia asistida Colisée Barcelona Sant Jordi (Barcelona)



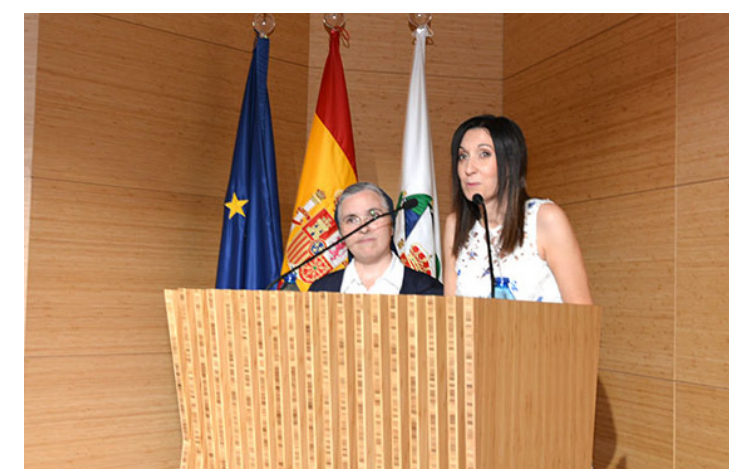
Residencia de Mayores del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén



Centre Sociosanitari Sarquavita Sant Jordi (Barcelona)



Fundación Pilares (Madrid)



M. Belén Sánchez Directora General Residencia San Francisco de Paula (Madrid)



Diego Ayuso, secretario general del CGE, habló sobre gestión enfermera



Imelda Fernández Rodríguez, vicepresidenta de Servicios Sociales y Participación de Ilunion (en el centro), junto a Pilar Fernández (ISFOS)



RANKING DE LAS MEJORES EMPRESAS DE PRODUCTOS SANITARIOS



Foto de grupo de los premiados en el ranking de las mejores empresas de productos sanitarios



B. Braun



Coloplast



Solventum



Smith & Nephew



Convatec



Bayer



Mölnlycke



Urgo



Hartmann



Medtronic



Abbott



12

GSK



GSK

13

mre
MONITOR DE
REPUTACIÓN ENFERMERA

Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España

UNO DE LOS QUINCE
FABRICANTE DE
PRODUCTOS SANITARIOS
CON MEJOR **REPUTACIÓN**

ESPAÑA | 2023

PFIZER

Pfizer

14

FRESENIUS KABI



Fresenius Kabi

15

BECTON DICKINSON



Becton Dickinson

Isabel Cavanilles, *product manager* de B.Braun

Los laboratorios del 40 al 16 recibieron un diploma acreditativo



El Himno de la Enfermería cerró el acto

PULSA AQUÍ SI QUIERES DESCARGAR
ALGUNA IMAGEN EN ALTA CALIDAD





Las enfermeras denuncian la desigual implantación de la prescripción

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

El Consejo General de Enfermería (CGE) denuncia la inequidad que están sufriendo las enfermeras en las distintas comunidades autónomas por la desigual implantación de la prescripción que se está haciendo en cada administración. A pesar de que ya se han publicado nueve guías con los protocolos para indicar diferentes medicamentos, no todas las comunidades las han incluido en sus servicios de salud, lo que conlleva que existan enormes diferencias entre el trabajo y el trato que pueden brindar las enfermeras entre distintas regiones.

“Tras la aprobación el Real Decreto que regulaba la prescripción enfermera hace ya casi 10 años, vemos con indignación como la implanta-

ción real se está llevando a cabo muy poco a poco en todas las comunidades autónomas. El Ministerio de Sanidad ha publicado ya nueve guías que tienen el consenso de un equipo multidisciplinar que ha trabajado enormemente

“Hay que cambiar la Ley del Medicamento cuanto antes”

para realizarlas, pero son las comunidades las que deben trasponer estas guías en sus sistemas sanitarios y es momento de que lo hagan en un periodo corto de tiempo”,

afirma Florentino Pérez Raya, presidente del CGE.

Redefinir el sistema

Desde el organismo que regula la profesión de las más de 345.000 enfermeras y enfermeros, se ha insistido una vez más en la necesidad de redefinir el sistema sanitario y modificar algunas leyes obsoletas como la Ley del Medicamento para incluir directamente la prescripción enfermera dentro de las competencias propias de la profesión.

“Ya hemos dicho infinidad de veces que la Sanidad se rige actualmente por algunas leyes arcaicas, que incluso hablan todavía de diplomados

en Enfermería, y es preciso abordar su modificación, no sólo con este ministerio y este Gobierno, sino con todos los partidos políticos. Además de la ley del medicamento para solucionar el tema de la prescripción, también habría que hacer una profunda renovación de otras normas como la Ley Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) o Ley del Estatuto Básico del Empleado Público que impiden a las 345.000 enfermeras y enfermeros españoles desarrollar su máximo potencial al servicio del paciente”, subraya Pérez Raya.

Acercar al gran público

Con el objetivo de acercar esta situación al gran público, el Consejo General de Enfermería y su Instituto de Investigación Enfermera ha lanzado una infografía de uso libre con todos los detalles y la explicación pormenorizada de la prescripción enfermera para la sociedad, ya que la falta de voluntad política hace que

muchas personas desconozcan todas las guías ya publicadas y medicamentos que pueden indicar sus enfermeras.

La ministra Mónica García asegura que trabajará por las enfermeras

“Nuestro objetivo con esta nueva infografía es poner en

valor y que la gente conozca que pueden contar con sus enfermeras para que les prescriban determinados medicamentos, siempre aprobados y consensuados previamente en las guías que ha publicado ya el Ministerio”, puntualiza el presidente de las enfermeras, Florentino Pérez Raya.

En la actualidad existen nueve guías publicadas, que aglutinan medicamentos para heridas, hipertensión, diabetes mellitus I y II, quemaduras, ostomías, deshabituación tabáquica, anticoagulación, fiebre y anestésicos locales.

Más competencias

La ministra de Sanidad, Mónica García, al hilo de esto, aseguró durante un encuentro organizado por Nueva Economía Fórum, en Madrid, que “la prescripción enfermera es un valor añadido que le damos a nuestros pacientes. Estamos poniendo mucho énfasis en los cuidados y seguiremos trabajando para ampliar estas competencias y estas guías de prescripción enfermera que lo que hacen es aportar mayores y mejores soluciones a los pacientes.



Indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos

"PRESCRIPCIÓN ENFERMERA"

PRESCRIPCIÓN AUTÓNOMA

Prescripción por parte de las enfermeras (son medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica)



PRESCRIPCIÓN COLABORATIVA

La enfermera prescribe unos medicamentos en colaboración con los médicos a través de unos protocolos aprobados por el Ministerio de Sanidad

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España



El CGE abre el periodo de consulta pública para renovar el Código Deontológico

GEMA ROMERO. Madrid

Hace ahora un año, en junio de 2023, tomaba posesión la nueva Comisión Deontológica del Consejo General de Enfermería (CGE). Su primera prioridad, cumpliendo con uno de los compromisos de Florentino Pérez Raya como presidente del CGE: renovar el código deontológico de la enfermería española que data de 1989.

Ahora desde el CGE se abre un periodo de alegaciones para que toda la Organización Colegial de Enfermería, así como todas las enfermeras y enfermeros españoles, y los ciudadanos que lo deseen, puedan presentar cuantas modificaciones o cambios estimen convenientes, cumpliendo así con los estatutos de la organización, con la legislación vigente y el deseo de transparencia que rige la actividad del CGE.

La Comisión Deontológica Nacional de Enfermería (CDNE) ha elaborado un primer borrador, que puede consultarse [pinchando aquí](#), y que ya se ha remitido a todos los colegios provinciales de Enfermería, a través de los cuales deberán remitirse las propuestas.

Como explica Florentino Pérez Raya, presidente del CGE, “para la elaboración del nuevo Código Deontológico de la Enfermería Española creemos que es necesaria la participación de toda la profesión y la ciudadanía. Por ello, entendemos necesario abrir un periodo de aportaciones e información pública, y darle la mayor difusión, con la fina-

Es necesaria la participación de toda la profesión y la ciudadanía

lidad de propiciar la mayor participación posible ante un texto de tanta relevancia profesional. Para ello, la Comisión Deontológica Nacional de Enfermería del CGE ha elaborado un borrador que ya hemos trasladado a los colegios provinciales, consejos autonómicos y sus respectivas comisiones deontológicas”.

“El objetivo final —señala Pérez Raya—, es garantizar la ética y eficacia en el ejercicio

profesional y asegurar cuidados dignos y excelentes”.

Novedades

Tayra Velasco, presidenta de la Comisión Deontológica, detalla que “en esta nueva versión del código se han introducido nuevos capítulos que completan el campo de desarrollo de la enfermería en las últimas décadas, y que se ha considerado necesario regular en el ámbito deontológico.” Así, “entre los nuevos temas se incluyen aspectos relativos a la relación clínica, cuestiones genéticas, reproducción asistida, atención obstétrica, atención a la adolescencia, sexualidad y reproducción, cuidados al final de la vida, trasplante de órganos, seguridad del paciente, funciones como la docencia y el rol del estudiantado, competencias digitales, cooperación, peritaje y salud global”, detalla Tayra Velasco.

De esta forma se pretende dotar a las enfermeras españolas de mejores herramientas de cara a afrontar la atención a la diversidad sexual y de género, garantizar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, la interrupción voluntaria

del embarazo o la atención a cualquier tipo de maltrato, a mujeres, niños, ancianos... Además, se ha estructurado por temáticas para mayor claridad en los contenidos abordados, adaptando también la terminología como el capítulo que incluía la denominación de “la Enfermería y los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados” por “atención a la persona con discapacidad”. También, en el ámbito de los cuidados al final de la vida, se ha incluido el respeto a las decisiones y voluntades anticipadas de los pacientes, el apoyo emocional y espiritual, el acompañamiento en el proceso de morir o la participación enfermera en la toma de decisiones al final de la vida, entre muchos otros aspectos.

Procedimiento de alegaciones

Como explica la presidenta de la Comisión Deontológica Nacional de Enfermería, “para poder agilizar y unificar las aportaciones y consideraciones que se produzcan, tanto por parte de los colegiados y colegiadas como de los miembros

de los colegios provinciales, de los consejos autonómicos y de sus respectivas comisiones deontológicas, se ha establecido que cada colegio deberá remitir sus aportaciones, las de sus colegiados/as y de los ciudadanos/as de la provincia, en un único documento, a través de una plantilla establecida al efecto, para su sistematización, análisis y, en su caso, incorporación al texto definitivo del proyecto”.

Nuevos capítulos completan el desarrollo de la enfermería

Así, cualquier profesional o ciudadano que desee presentar alegaciones deberá hacerlo a través del respectivo colegio provincial de Enfermería. En su propuesta deberá señalar el artículo que desea modificar, para ello deberá incorporar el texto previo que propone el borrador de la CDNE en el apartado que corresponda, acompañando la modificación que propone en la que

figure como tachado aquello que se quiera suprimir del texto original y en rojo aquello que se quiera incorporar. Todas las aportaciones deben contener su correspondiente justificación. Deberá realizar la misma acción para cuantas modificaciones o cambios quiera proponer.

Posteriormente, desde el CGE se recomienda que la comisión deontológica de cada colegio sea el órgano responsable de analizar las aportaciones que se reciban, siendo enviado posteriormente a la Junta de Gobierno del Colegio, quien en última instancia deberá remitirla a la presidencia del Consejo General.

El plazo para la remisión de estas aportaciones y alegaciones por parte de los colegios de enfermería finalizará el día 25 de septiembre de 2024. De tal forma que cada colegio podrá fijar un plazo propio para recopilar las opiniones de los enfermeros y enfermeras de su provincia. Una vez concluido este trámite se iniciará el procedimiento de aprobación de la versión definitiva del Código Deontológico por los distintos órganos de esta Corporación.





PRINCIPALES NOVEDADES

Valores y principios fundamentales

Se incluye con mayor detalle la salvaguarda de los Derechos Humanos como referencia para atender a cualquier persona en cualquier nivel asistencial.

Cómo novedad se han incluido un capítulo sobre:

- Protección y uso de las medidas de contención física o farmacológica
- Atención culturalmente competente
- Atención a las personas en situación de cronicidad

Relación clínica

- Confianza para establecer una buena relación clínica
- Relación deliberativa
- Atención Humanizada
- Planificación Compartida de la Atención
- Ética del Cuidado
- Actuación ante un conflicto ético

Comunicación e información

Se ha incluido el tema de los menores y del rechazo al tratamiento, en base a la ley de autonomía del paciente.

Confidencialidad y Secreto Profesional

Se ha añadido el tema del acceso a la historia clínica, los registros y aspectos específicos de la comunicación digital.

Inicio de Vida

- Atención a la diversidad sexual y de género
- Abordaje positivo de la sexualidad
- Respeto a los derechos sexuales y reproductivos
- Cuestiones Genéticas
- Cuidados Obstétricos
- Duelo perinatal
- Interrupción Voluntaria del Embarazo
- Atención a la violencia hacia las mujeres

Atención a la infancia y adolescencia

- Se ha incluido:
- Cuidados al núcleo familiar
 - Atención a recién nacidos y menores
 - Atención a los adolescentes y violencia

Atención a la persona con discapacidad

- Cuidado a la persona con discapacidad
- Accesibilidad y adaptación
- Inclusión y sensibilización

Atención a la persona en proceso de envejecimiento

- Cuidados Geriátricos
- Promoción del envejecimiento saludable
- Atención ante el maltrato se ha readaptado
- Atención sociosanitaria (coordinación asistencial)

Cuidados al final de vida

- Se ha incluido:
- Respeto a las decisiones y Voluntades Anticipadas
 - Cuidados Paliativos (más detallado)
 - Apoyo emocional y espiritual
 - Acompañamiento en el proceso de morir
 - Participación en la toma de decisiones al final de vida (obligatorio que la enfermera participe en las decisiones de Limitación de Tratamientos de Soporte Vital, Sedación Paliativa y Eutanasia)

Trasplante de órganos

- Impulso a la donación
- Responsabilidad en la donación
- Donante vivo
- Participación en el proceso de asignación de órganos

Objeción de Conciencia

- Se ha añadido:
- Ejercicio de la OC
 - Límites de la OC

Investigación

- Se ha añadido:
- Investigación (el tema de la divulgación y publicación de resultados)
 - Aplicación de la evidencia científica (los cuidados basados en la evidencia)

Toma de decisiones y Responsabilidad

- Se ha añadido:
- Conflicto de Intereses
 - Intrusismo laboral (incluyendo enfermeras que ejerzan sin la cualifi-

cación adecuada a su ejercicio, especialidades...)

- Orden de dispensación de medicación y productos sanitarios

Seguridad del paciente

- Actuación ante incidentes y eventos adversos
- Gestión del Riesgo

Formación y Docencia

Se ha añadido:

- Función como docente
- Mentoría
- Diseño planes de estudio
- Estudiantes

Trabajo en Equipo

Se han matizado:

- Colaboración Interprofesional
- Comunicación Efectiva
- Evaluación y mejora continua

Cooperación y catástrofes

Se ha añadido:

- Intervención en Catástrofes (asegurar distribución de recursos de forma equitativa)
- Situaciones de emergencia (actuar si se dispone de los conocimientos y dirigir si es el profesional más cualificado)
- Cooperación al Desarrollo (completamente nuevo, incluyendo la enfermería transcultural)

Competencias Digitales

- Competencias Digitales y TIC
- Redes sociales e imagen virtual profesional
- Integración de la Inteligencia Artificial en la Práctica Clínica

Peritaje en Enfermería

- Funciones del peritaje

Corporación Colegial

Se ha añadido:

- Colegiación y Comparecencia
- Acreditación Profesional (presentar los títulos que avalen el ámbito correspondiente)
- Participación en Órganos Colegiales

Honorarios

- Fijación de Honorarios
- Competencia desleal (ya estaba)

Medio Ambiente

Desarrollo Sostenible y Optimización de recursos se ha ampliado:

- Sostenibilidad ambiental y responsabilidad social

Salud Pública y Relación con la Comunidad

Se ha matizado:

- Participación en programas de inmunización (liderar campañas de vacunación)

Gestión y Política Sanitaria

Ampliado y matizado:

- Toma de decisiones
- Gestión eficiente de personas y recursos
- Participación en la formulación de políticas de salud
- Defensa de la profesión



Instituto de Investigación Enfermera

Las enfermeras estrenan un nuevo canal de *WhatsApp* sobre investigación

IRENE BALLESTEROS. Madrid

El Instituto Español de Investigación Enfermera (IE), perteneciente al Consejo General de Enfermería (CGE), estrena su nuevo canal de WhatsApp dedicado, de forma exclusiva, a la promoción y divulgación de la investigación enfermera.

En él, las enfermeras interesadas podrán compartir materiales, proyectos o información relacionada con este campo. “El nuevo canal de investigación enfermera es, sin duda, una forma innovadora para transmitir conocimiento e información sobre ciencia enfermera. Las enfermeras podrán acceder a herramientas de investigación, información sobre becas y premios, actualización sobre guías o documentos de interés, eventos, etc. Un mecanismo para crear una red investigadora, compartir investigaciones y proyectos enfermeros y mantener

informadas a todas las enfermeras españolas”, explica Guadalupe Fontán, coordinadora del Instituto de Investigación Enfermera (IE).

¿Por qué unirse?

A través de este canal las enfermeras podrán ampliar su conocimiento, mediante herramientas, nuevas guías, marcos de actuación y documentos

Una comunidad inclusiva y colaborativa

que mejoren sus competencias en investigación. También podrán mantenerse informadas y al día de las novedades en investigación enfermera, ya que

se pondrán en conocimiento de todos los integrantes del canal, información sobre los últimos eventos, congresos, becas o certámenes relacionados con la profesión.

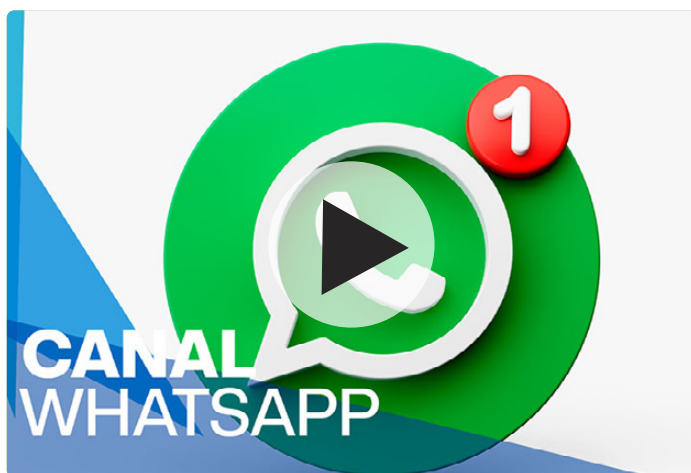
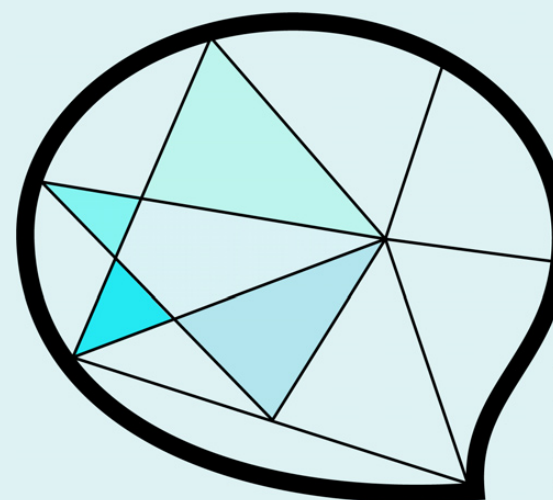
Las enfermeras pueden hacer llegar sus contenidos al IE a través del siguiente correo electrónico: instituto@consejogeneralenfermeria.org indicando en el asunto “Canal de Investigación Enfermera”. Si comparten sus encuestas, resultados y proyectos, éstos serán difundidos a través de esta herramienta, convirtiéndose a su vez en un método de divulgación ejemplar.

Participación

Este canal abre sus puertas a todas las enfermeras cuya motivación sea el campo de la investigación, independientemente de su nivel de experiencia.

“Nuestro objetivo es crear una comunidad inclusiva, profesional y colaborativa donde todos podamos aprender, donde logremos visibilizar la investigación enfermera y donde, juntos, podamos crecer compartiendo experiencias, información y datos relevantes sobre nuestro colectivo”, concluye, Fontán.

Para unirse, solo hay que acceder al siguiente [enlace](#) y disfrutar del contenido de la institución.



Beca investigación Salud Mental

II Edición de la Beca de Investigación en *Salud Mental*

MARÍA ALCARAZ. Madrid

El Consejo General de Enfermería (CGE) y Boehringer Ingelheim han convocado la ‘II Edición de la Beca de Investigación en Salud Mental’, un premio que busca reconocer la labor enfermera en este ámbito e impulsar la investigación. “Tras el éxito de la primera edición de la beca, presentamos esta nueva convocatoria para reconocer el trabajo de las enfermeras y enfermeros y que estos puedan materializar sus proyectos para la mejora de la salud mental de la población”, explica Florentino Pérez Raya, presidente del CGE.

La beca, organizada por el Instituto Español de Investigación Enfermera, entidad perteneciente a la institución enfermera, cuenta con una dotación de 5.000 euros. En este caso, se repartirá un primer premio de 3.000 euros y un segundo de 2.000 euros a

los dos mejores proyectos que se presenten a la convocatoria centrados en investigación de enfermedades mentales graves que puedan derivar en problemas en el desarrollo cognitivo.

“Esta beca es un impulso a la cultura del cuidado en salud mental”

Reforzar la salud mental

“En un momento como el actual, en el que nos enfrentamos a una epidemia enorme de problemas de salud mental en todas las edades, reforzar la

investigación y conocer más evidencia sobre cómo afrontar estos trastornos es imprescindible. Y este premio, sin duda, es vehículo para impulsar la cultura del cuidado en salud mental. Además, queremos ofrecer apoyo a las enfermeras investigadoras, para que refuercen esta labor que cada vez se torna más esencial”, refuerza la idea Pérez Raya.

Para participar, los interesados tendrán que enviar su propuesta de manera telemática. La fecha límite de presentación de los proyectos es el 15 de septiembre de 2024 y la resolución del certamen se llevará a cabo por el jurado el 14 de octubre, aunque no se hará pública hasta el 6 de noviembre de 2024. Ese día se celebrará una entrega de premios en Madrid. Las enfermeras interesadas pueden consultar las bases en la [web](#) del Consejo General de Enfermería.

Elena Carrillo, enfermera coautora de la **Guía de Recomendaciones Prácticas para la Enfermera sobre Nutrición Clínica**

“Los cambios farmacológicos son más sencillos que los nutricionales”

DAVID R. / MARCOS G. Madrid

Elena Carrillo, supervisora de la Unidad de Docencia del Hospital Universitario La Paz de Madrid, es una de las autoras de la nueva **“Guía de recomendaciones prácticas para enfermeras en el campo de la nutrición clínica”**. Además, cuenta con un máster en cuidados críticos, es experta en Urgencias y Emergencias y es profesora de grado en Enfermería, primero en la Universidad Autónoma y ahora en la Universidad Alfonso X el Sabio. Carrillo explica en Canal Enfermero la importancia de abordar la nutrición, dada su relevancia para la salud, y también lo fundamental que es formar a las enfermeras en esta cuestión, a veces, algo desconocida por la mayoría de la profesión.

¿Cuál es el rol de las enfermeras en el manejo de la desnutrición cuando está relacionada con la enfermedad?

El rol que tenemos las enfermeras frente a esa problemática es importante. Se debe implementar un cribado nutricional para identificar si el

“Hay que informar al paciente”

paciente está desnutrido o en riesgo de desnutrición e implementar una serie de actividades y acciones en todos los niveles asistenciales. Esto incluye proporcionar una alimentación más rica en calo-

orías o en proteínas, usar suplementos nutricionales orales o valorar si es necesario aplicar una nutrición artificial, como la nutrición enteral o parenteral, que también tratamos en la guía. Un aspecto importante de la misma es observar cuando la desnutrición está relacionada con la enfermedad, ya que las consecuencias son significativas: afectan a la morbilidad de nuestros pacientes, retrasan la cicatrización, incluso la consolidación de fracturas, prolongan la estancia hospitalaria, aumentan la tasa de reingresos e, incluso, influyen en la mortalidad.

Esta guía es ágil y de consulta rápida. ¿Qué se van a encontrar las compañeras al leerla?

Sí, en la guía se hace un recorrido de las herramientas disponibles para la prevención de la desnutrición relacionada con la enfermedad. En el primer capítulo hablamos sobre el cribado nutricional, cuyo objetivo es diagnosticar y reconocer a los pacientes que están en riesgo de desnutrición o desnutridos, para implementar una serie de cuidados nutricionales. En el segundo capítulo se aborda el uso de suplementos nutricio-

nales orales, que mejoran la evolución de los pacientes y complementan su nutrición habitual. Es importante entender que estos suplementos no sustituyen la dieta oral, sino que la complementan. En el tercer capítulo se habla sobre la nutrición artificial, tanto enteral como parenteral, que es muy utilizada en el ámbito hospitalario y domiciliario. Este tipo de nutrición suple totalmente la alimentación convencional de aquellos pacientes que no pueden alimentarse de forma habitual.

Vista la importancia de la nutrición, ¿cómo desde enfermería se puede implicar a la familia, los cuidadores y los propios pacientes?

Es muy importante mantener bien informados a los pacientes. Hay que proporcionarles una información clara, sencilla y adaptada a sus necesidades nutricionales y a su vida cotidiana. Debemos crear objetivos claros y concisos, adaptados a la realidad de cada paciente. Además de informarles sobre qué cambios deben realizar en su alimentación habitual, es crucial que el consejo dietético incluya las razones que motivan ese cambio, para que el paciente entienda qué debe hacer y por qué es importante. En determinados casos, es importante incluir a la familia para implementar esos cambios de hábitos. Como enfermeras, debemos participar activamente y tener en cuenta la motivación del paciente.

¿Es complicado cambiar hábitos nutricionales?

Sin duda, cambiar hábitos nutricionales es más complicado que seguir una pauta farmacológica. Si la alimentación del paciente no es sufi-



Elena Carrillo

ciente o incluso con el uso de suplementos nutricionales orales no se cubren sus necesidades, recurrimos a un soporte nutricional externo. En casos donde la patología o una cirugía específica impiden cubrir las necesidades nutricio-

caciones. Para ello, es fundamental contar con guías de práctica clínica y protocolos para ofrecer cuidados de calidad.

¿Por qué cuesta que la gente cambie de hábitos? ¿Es más complicado actuar a nivel nutricional o farmacológico?

Creo que abordar un tratamiento farmacológico es más sencillo que un cambio de hábitos. Si te mandan tomar una pastilla cada 8 horas, simplemente lo haces sin cuestionarte mucho. En cambio, estamos acostumbrados a alimentarnos de una manera determinada, y realizar cambios en nuestra dieta diaria es más complicado. Cambiar hábitos implica un esfuerzo mayor y una adaptación constante, lo cual es más desafiante que seguir una pauta farmacológica.

“Debemos crear objetivos claros y concisos”

nales, utilizamos tanto la nutrición parenteral como la enteral. Estos tipos de nutrición están muy extendidos en el ámbito hospitalario y domiciliario, y es esencial que las enfermeras tengamos conocimiento sobre sus indicaciones, manejo, uso y compli-





LA RUTA ENFERMERA CULMINA CON PARADAS EN TERUEL, CUENCA Y GUADALAJARA

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

La Ruta Enfermera llega a su fin. La mayor campaña de visibilidad enfermera de la historia ha culminado con sus últimas cinco paradas, que han sido Alcañiz, Teruel, Cuenca, Sigüenza y Guadalajara. Cinco paradas con mucho éxito, que ponen punto y final a un año de duro trabajo para toda la Organización Colegial de Enfermería.



Guadalajara. La inauguración de la última parada de la ruta



Cuenca. Las autoridades arroparon al Colegio de Enfermería



Alcañiz. Rotundo éxito de todas sus charlas



Sigüenza. Una de las charlas de la ruta en esta parada



Teruel. Decenas de niños y niñas se formaron en salud

Un trabajo sobre la fragilidad de los mayores, primer premio de investigación del Codem

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

El Colegio de Enfermería de Madrid (Codem) ha entregado los galardones de sus VIII Premios de Investigación, donde se reconocieron los seis mejores trabajos presentados y se puso de manifiesto la importancia de apostar y seguir contribuyendo a mejorar la investigación en todos los ámbitos de la profesión.

“Las enfermeras son un pilar fundamental en nuestro sistema de salud y vosotros, como investigadores, jugáis un papel crucial en el avance del conocimiento y la práctica en nuestra profesión. Vuestros estudios e innovaciones no solo enriquecen el cuerpo de conocimientos propios de enfermería, sino que también tienen un impacto directo en la vida de innumerables pacientes y sus familias”, comentó Jorge Andrada, presidente del Codem.

Elección

En esta misma línea se mostró también Mar Rocha, tesorera y portavoz del Codem, que aseguró que cada año las enfermeras le ponen más difícil al jurado la elección: “Cada vez hay más

proyectos de investigación, se presentan muchas más enfermeras y la calidad de los trabajos van in crescendo y eso es una realidad de la labor que realizan las enfermeras ahora mismo”.

“Cada vez hay más proyectos de investigación”

Elena Morcillo, enfermera especialista en Geriátrica del Centro de Salud Los Yébenes, fue la encargada de reco-

ger ese primer premio por su trabajo “Prevalencia de fragilidad en población mayor desde una perspectiva de determinantes sociales de salud”, realizado junto a Cristina González y Montserrat Solís.

“Para nosotras es un orgullo haber ganado este premio, pero tenemos que seguir trabajando en esta línea porque todavía quedan muchas cosas por hacer y mejorar”, explica Morcillo, que puntualiza que los resultados de su investigación revelan que hasta un 10% de la población mayor es frágil, siendo las mujeres y los mayores de 80 años los grupos más vulnerables.

Talento

El presidente del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya; el secretario del CGE, Diego Ayuso, y la directora del Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS), Pilar Fernández, acudieron a la ceremonia y aplaudieron el enorme talento de los premiados. Además, recordaron el compromiso de la organización colegial al completo para potenciar la creación de mayor evidencia científica de las enfermeras.





El decisivo papel de la enfermería a la hora de prevenir la incontinencia

MARCOS GÓMEZ. Madrid

“Son pacientes con los que tenemos que evitar los prejuicios”, así se expresó Ester Sánchez, vocal de la Sociedad Española de Enfermería en Cirugía (SEECir), enfermera de la Unidad de Rehabilitación Intestinal y Patología Crónica Compleja del Hospital Infantil La Paz y profesora

de Enfermería en la Universidad Alfonso X de Madrid, durante el primer Congreso de la Asociación Incontinencia Anal y Urinaria (ASIA), en el que el papel de la enfermera fue definido como decisivo y trascendental a la hora de la prevención y el trato con este tipo de pacientes, los

cuales sufren una de las condiciones médicas más estigmatizadas.

José Luis Cobos, vicepresidente del Consejo General de Enfermería, moderó la mesa inaugural ‘Innovación y desafíos en el tratamiento de la Incontinencia’, en la que se habló sobre el decisivo papel de la enfermería a la hora de prevenir la incontinencia. “Como enfermeras, nuestro deber es cuidar a estos pacientes las 24 horas tanto en hospitales como en Atención primaria”, mencionó el vicepresidente del Consejo.

Prejuicios

Sánchez insistió en evitar prejuicios, en actuar con total normalidad ante estos pacientes. “Debemos aumentar el



conocimiento y preguntar. Para ver que respuestas pueden tener los pacientes que ocultan una incontinencia. Situaciones como asilamiento, desarraigo, depresión que hayan podido ser desarrolladas por la incontinencia”, recomendó la enfermera.

“Es difícil para los pacientes”, afirmó Paco Cegri, enfermero especialista en Familiar y Comunitaria, vicepresidente de Federación de Asociaciones

yen y expliquen la situación, para más adelante ser explorado por un equipo multidisciplinar”, expresó Cegri.

“Así todos lo conoceremos más y nos concienciaremos, porque esto le puede pasar a cualquiera”, añadió Sánchez.

Dada la situación, Cegri recomendó las conocidas como intervenciones oportunistas: “Las enfermeras deben ser pro-activas y preguntar en caso de ver factores de riesgo de

incontinencia. Hay que aprovechar momentos de consulta por otros motivos para intentar averiguar si pueden tener incontinencia, ya sea una consulta de seguimiento, como diabetes o hipertensión, o por algo puntual o agudo”.

“Como profesionales sanitarios tenemos el compromiso de hacer visible y palpable esta problemática también ante la administración”, coincidió José Luis Cobos.

“El entorno cercano tiene que ser un gran soporte”

de Enfermería Familiar y Comunitaria (Faecap), profesor de la Universidad Autónoma y miembro del Comité Científico de ASIA. “La incontinencia va asociada a la salud física, pero también a la personal, la social, la laboral y la salud en pareja. La familia y el entorno más cercano a los pacientes tiene que ser un gran soporte y apoyo para ellos”, añadió.

Grandes desafíos

Ambos coincidieron en que uno de los principales desafíos es que los pacientes comuniquen su situación y se lo expliquen a los profesionales del primer nivel asistencial, así como la prevención. “En caso de no poder evitar escapes, es importante una detección precoz y saber cuándo se tienen que derivar a estos pacientes”, afirmó Sánchez.

“El desafío de la comunicación es importante, dadas las características de esta condición. La enfermera debe ser el profesional en el que se apo-

Un enfoque multidisciplinar

Los ponentes no solo han reclamado consultas específicas, también una intervención multidisciplinar para estos pacientes. “Tenemos que abordar esta problemática desde un enfoque multidisciplinar, puesto que los pacientes en muchas ocasiones se estancan entre los diferentes niveles asistenciales” afirmó César Hernández, director general de Cartera Común de Servicios del SNS y de Farmacia del Ministerio de Sanidad.

Hernández subrayó que el desafío al que se enfrentan estos pacientes es la falta de recurso al que está abocado el Sistema Nacional de Salud, “La incontinencia ha evolucionado desde el punto conceptual, así como en tratamientos y a diagnósticos”, recordó, por su parte, Higinio Flores, vicepresidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

Hernández, manifestó también la importancia del papel fundamental que juegan los cuidados de enfermería con estos pacientes. “Los pacientes con incontinencia merecen la mejor atención y las enfermeras juegan un papel central a la hora de conseguir esto”, mencionó el director general.





Enfermeras escolares y de Primaria para prevenir casos de LGTBIfobia

ÁNGEL M. GREGORIS. Madrid

El Consejo General de Enfermería (CGE) recuerda la importancia de potenciar la labor de las enfermeras escolares y de Atención Primaria para educar en igualdad y detectar posibles problemas de acoso entre la población con motivo de su orientación o identidad de género. Con motivo de la celebración del Día del Orgullo LGTBIQ+, el organismo que regula la profesión de las más de 345.000 enfermeras y enfermeros de España apunta a la necesidad de apostar por estos dos perfiles con el objetivo de que puedan prevenir y descubrir a tiempo casos de *bullying* en las aulas o casos de desigualdad por este motivo en la edad adulta.

“Cuando todos y todas comenzamos a estudiar esta profesión tan vocacional, tenemos claro que lo hacemos para tratar a todas las personas por igual. Y dentro de ese trato, tenemos un papel clave en la prevención y detección de problemas que puedan

afectar la salud no solo física, sino también mental de nuestra población. Es aquí donde las enfermeras escolares, al trabajar con menores, y desde Atención Primaria, al estar tan cerca del paciente, donde estos dos perfiles tienen una función esencial a la hora de mantener y educar en igualdad”, afirma Florentino Pérez Raya, presidente del CGE.

El 5% de los casos puede ser graves

En este sentido, el presidente de las enfermeras denuncia que resulta imposible hacer este trabajo, que a veces puede parecer secundario, pero es primordial para mantener una sociedad sana, porque la falta de profesionales es una piedra en el camino para poder llevar a cabo estas funcio-

nes, que necesitan tiempo y dedicación con cada persona.

Una enfermera por centro escolar

De hecho, el Observatorio Nacional de Enfermería Escolar del CGE ya se ha puesto de manifiesto en numerosas ocasiones la necesidad de implantar mínimo una enfermera por centro escolar. De la misma forma en Atención Primaria, que sufre en la actualidad una grave crisis que afrontar, ya que es el primer eslabón que existe en el Sistema Nacional de Salud.

“Son los políticos y las administraciones pertinentes las que deben trabajar para que esto se solucione. Incluso la ministra de Sanidad, Mónica García, dijo hace unos días que la educación para la salud y la detección de problemas debe estar presente también en las escuelas. Y ese trabajo lo hacen las enfermeras”, apunta Pérez Raya.



International Nursing Review

La revista de la comunidad científica internacional de enfermería cambia su formato y amplía el número de páginas



El Consejo General de Enfermería ofrece la suscripción anual a la revista *International Nursing Review* en español por **sólo 50 euros al año**.



La última edición del informe **Journal Citation Reports (JCR)** coloca a *International Nursing Review* en el cuartil Q1 y la sitúa como una de las revistas con más impacto del área de la enfermería.



Ya puedes suscribirte 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

NUEVAS COBERTURAS 2024

- ✓ Ampliación de coberturas diagnóstico por imagen: RMN Cardíaca, Enterorresonancia y Multiparamétrica.
- ✓ Diagnósticos destinados a la prevención: Mamografía Digital y Colonoscopia Virtual.
- ✓ Ampliación de coberturas en estudios genéticos: Diana terapéutica GEN PIK3CA y Estudio Genético de Celiacía en menores.

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
asislive.com

SERVICIOS DIGITALES DE ÚLTIMA GENERACIÓN

Sin coste adicional y con el cuidado de siempre.

- Chat Médico
- Apoyo Psicoemocional
- Videoconsulta
- Receta electrónica

ASISA SALUD

PRIMA 2024

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

Colectivo de Enfermería

46,09 €
59,63 €
96,68 €

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

Se establece un periodo promocional para las altas de 01/12/2023, 01/01/2024 y 01/02/2024 en el que no serán de aplicación los periodos de carencia recogidos en las condiciones generales y se admitirán preexistencias salvo patologías graves.

¿CÓMO CONTRATAR?

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

¿QUIÉN PUEDE BENEFICIARSE DE ESTA OFERTA?

Dirigido a enfermeros y enfermeras de los Colegios de Enfermería de España 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



La falta de fondos y los medicamentos oncológicos

El Presupuesto que España dedica a la Sanidad, inferior al 7% del PIB, no da para más. Los síntomas de esta insuficiencia financiera crónica afloran por doquier y abocan a un futuro poco halagüeño para pacientes y profesionales, si la situación no se revierte de manera urgente, algo que no parece que vaya a ocurrir. Se han escrito ya ríos de tinta sobre las listas de espera y los tiempos de demora, con casi 850.000 enfermos aguardando pasar por el quirófano una media de 128 días en el conjunto del país. El aumento de la demanda de prestaciones sanitarias derivado del envejecimiento poblacional y la ausencia de medios suficientes para afrontarla arrojan estas cifras, con picos aún más inadmisibles en algunas comunidades. De la falta de profesionales para hacer frente a la presión asistencial también se han escrito de tinta, y será uno de los asuntos recurrentes este verano. La pésima planificación histórica, las bajísimas retribuciones fruto de esa insuficiencia económica y la escasa oferta formativa forman un polvorín que pueden estallarles a la ministra Mónica García y a los consejeros autonómicos en plena canícula. El tercer asunto que pone de manifiesto la falta evidente de recursos presupuestarios es el del retraso en la aprobación de los nuevos medicamentos que aspiran a entrar en el mercado después de recibir el plácet de la Agencia Europea del Medicamento. La dilación, de una media de 661 días, habla bien a las claras de cuál es el crite-



rio principal que impera en los reguladores españoles a la hora de proceder a las autorizaciones, el economista, aunque se encubra de excusas terapéuticas, pero hay otro dato especialmente sensible acerca de esta realidad de génesis económica. Se trata del retraso que acumulan los medicamentos oncológicos, muchos de ellos capaces de prolongar meses la supervivencia de los enfermos. El informe Wait que promueve la patronal de los laboratorios europeos y elabora la consultora Iqvia, y que no parece ser del gusto del director general de Farmacia, César Hernández, porque los resultados retratan a Sanidad, apunta a que en este particular campo la demora es de 725 días, 256 más que en 2022. Como todos saben, esta dilación en las autorizaciones no se detiene en las comisiones de precios. Cuando los fármacos reciben finalmente el visto bueno para el acceso, tienen que superar aún su particular travesía del desierto hasta que las autonomías, las gerencias y los servicios de farmacia proceden a su administración a los pacientes. Administración que suele ser restringida, al tener que cumplir determinadas particularidades. Salvo honrosas excepciones, la razón que hay detrás de todo este proceso es el intento de aplazar un tiempo un sobrecoste que las arcas públicas no pueden afrontar. ¿A qué esperan los agentes del sector para reclamar al unísono más fondos para la Sanidad? La Sanidad, de momento, resiste, pero el parcheo es tal, que va a estallar.

RP Enfermería

RECOMENDACIONES
PRÁCTICAS en

VACUNACIÓN EN
EL ADULTO SANO

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



INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA





30A REUNIÓN ANUAL ESRA-ESPAÑA – JORNADA DE ENFERMERÍA

Fecha: 2 de octubre de 2024
Lugar: Auditorium Fiatc Seguros (Barcelona)
Organiza: Sociedad Europea de Anestesia Regional y Tratamiento del Dolor
Inscríbete:
<https://www.30esraspain.com/jornada-enfermeria/informacion-y-registro>
Más información:
<https://www.30esraspain.com/>

IV CONGRESO NACIONAL DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

Fecha: del 3 al 5 de octubre de 2024
Lugar:
 San Juan de Alicante
<https://congreso.fedaep.es/>



XI JORNADA MONOGRÁFICA NACIONAL SEHER

Fecha: 19 de octubre
Lugar:
 Terrassa
Más información:
https://seheridas.org/wp-content/uploads/2024/03/24-03-18-Programa_Jornadas_SEHER_2024_03-Copy.pdf



XII JORNADAS NACIONALES DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)

Fecha: 23, 24 y 25 de octubre de 2024
Lugar: Ponferrada
Organiza: Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)
Inscríbete:
<https://aecponferrada2024.com/inscripcion/index.php>
Más información:
<https://aecponferrada2024.com/>

I JORNADA DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

Fecha:
 22 de noviembre de 2024
Lugar:
 Auditorio de la Diputación de Alicante
Organiza:
 Fundació Fisabio, el Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante, la Fundación de Investigación del Hospital General Universitario de Valencia, el Instituto de Investigación Sanitaria (Incliva) y IIS La Fe.
Inscríbete:
<https://atenea.fisabio.san.gva.es/redcap/surveys/?s=47C7YEH8CM>
 LKNPPT

Más información:
<https://fisabio.san.gva.es/es/actualidad/agenda/16/i-jornada-de-investigacion-e-innovacion-de-enfermeria-fisioterapia-de-la-comunidad-valenciana>



XXI CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA SEER

Fecha:
 14, 15 y 16 de noviembre de 2024
Lugar: Vitoria – Gasteiz.
Organiza:
 Sociedad Española de Enfermería Radiológica SEER
Tel.: 984 051 671/604
Email:
congresoeeer@azulcongresos.com
<https://2024.congresoeeer.com/>



NUEVA EDICIÓN DE LOS PREMIOS AL PERIODISMO DEL CONSEJO ANDALUZ DE ENFERMERÍA, 2024

El Premio Periodismo Consejo Andaluz de Enfermería en su 2.ª edición, tiene el objetivo de promover y reconocer la labor de los/las periodistas y los medios de comunicación en la divulgación y acercamiento a la opinión pública de la profesión enfermera en sus diferentes ámbitos de actuación (cuidados, docencia, investigación, gestión, etc.). Son dotados con 5.000 euros para cada una de las categorías: prensa escrita, televisión y radio (incluye podcast).
<https://consejoandaluzenfermeria.com/noticias/actualidad-del-cae/el-cae-lanza-sus-premios-de-periodismo-en-enfermeria-edicion-2024/>

PREMIO ENFERMERÍA Y PERIODISMO “ISABEL ZENDAL”

Organiza: Consejo General de Enfermería
Objetivo: Promover y reconocer la labor de los periodistas y divulgadores en los medios de comunicación españoles, por su contribución en la difusión de la labor de la profesión enfermera en sus diferentes ámbitos de actuación
Fecha de presentación:
 16 de septiembre de 2024
Dotación:
 1.000 euros prensa escrita (impresa/online);
 1.000 euros radio/podcast; y
 1.000 euros televisión
<https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/BasesPremioPeriodisticoIsabelZendal.pdf>

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN CGE 2024

Organiza: Consejo General de Enfermería
Objetivo: Apostar por la investigación como motor de cambio, fomentando proyectos e investigaciones que mejoren la calidad de vida de la población y de los pacientes. Los premios se concederán a trabajos de investigación de Enfermería originales e inéditos. Se establecen las categorías de Ámbito Hospitalario y la de Ámbito Comunitario y Social y se mantiene el premio específico de 10.000 € para fomentar la investigación entre los enfermeros más jóvenes, al que pueden optar aquellos proyectos cuyo investigador principal tenga menos de 35 años.
Plazo: 17 de octubre de 2024
Más información:
<https://www.consejogeneralenfermeria.org>



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



EL PALMAR, LA JOYA DE LA ALBUFERA DE VALENCIA

MARCOS G. JIMÉNEZ. Valencia

A pesar de su poca profundidad media (un metro o metro y medio), la albufera de Valencia es considerado por muchos como el lago más grande de España y uno de los humedales más importantes del continente. En su interior hay una isla poblada, se trata de la pedanía de El Palmar, un pueblo cuya idiosincrasia, gastronomía y localización lo convierten un lugar cuanto menos singular, distinto.

La población está situada al sureste del Parque Natural, en una porción de tierra delimitada por grandes acequias y

por el propio lago al norte y noreste de la población.

“Blasco Ibáñez escribió sobre el Palmar”

Antiguamente, sólo se podía acceder a la población a través de embarcaciones, hasta que se crearon una serie de puentes que unieron esta pedanía con tierra firme. Llegar

al lugar a través de estas pasarelas permite al conductor observar un entorno envidiable en donde el bosque mediterráneo se entremezcla con el humedal, las zonas de regadío y las barracas, las casas típicas de la zona, que de camino al lugar empiezan a ser más y más comunes.

La Barraca es la vivienda típica de la huerta valenciana, El Palmar es donde más comunes son y destacan entre el resto de los edificios. Son antiquísimas construcciones que cuentan con cubiertas triangulares con un marcado ángulo para desaguar las precipitaciones torrenciales tan típicas de esta zona. Muchas de ellas se pueden visitar por dentro, un momento perfecto para conocer más de cerca las costumbres valencianas más arcaicas y auténticas.

El lugar es conocido por sus paseos en barca y sus imponentes puestas de sol que dejan a más a de uno boquiabierto. Además del envidiable enclave donde está ubicada

esta pedanía y de su milenaria historia, a escasos 2km del Palmar hay playas que cuentan con arena blanca y aguas limpias. De entre estas, cabe destacar la cercana playa de El Saler, la cual se sitúa en un entorno natural repleto de dunas, naturaleza y poco bullicio, está localizada al sur de la playa de Pinedo y al oeste de la albufera, ya que se encuentra dentro de los límites del parque Natural.

El Palmar es un lugar singular e inspirador, el escritor Vicente Blasco Ibáñez quedó encandilado con la zona y se inspiró aquí para escribir sus famosas obras “La Barraca” y “Cañas y barro”.

Organización pesquera y ancestral

De camino a la pedanía, justo antes de entrar en la misma, se encuentra una barraca muy especial, se trata de la Comunidad de Pescadores del Palmar, un edificio público fundado en 1250 “por privilegio concedido por el Rey Don Jaime I el Conqueridor”.

“Los pescadores sortean las mejores zonas cada año”

Hasta el siglo XX, la pesca de la anguila estaba sometida a las reales ordenanzas, lo cual era problemático, es a partir, de 1867 cuando la Comunidad de Pescadores empieza a trabajar de forma más organizada. Es entonces cuando se

crea un curioso sorteo de “redolins” para repartir de una forma justa los puestos de pesca. Se llaman redolins a las zonas de pesca asignadas a cada uno.

Llegaron a existir más de cien *redolins*, en la actualidad se sortean solamente 69 puestos. Hay redolins no utilizados que se pueden asignar, pero hay que pagar un canon, a la Comunidad de Pescadores, siguiendo un estricto protocolo de cientos de años de antigüedad. El pescador que

resulta menos agraciado en el sorteo es el encargado de pesar diariamente las capturas de los demás y tiene derecho a una décima parte de lo pescado.

Blasco Ibáñez en su novela “Cañas y Barro”, menciona este sistema de pesca, relatando lo importante que era para los pescadores, insinuando una cierta rivalidad entre estos por optar a los mejores sitios, pues esta actividad era, y para muchos sigue siendo, su sustento económico.

Gastronomía de El Palmar

El Palmar suele ser un lugar de paso, dadas sus pocas opciones de hospedaje (aunque existen), cercano a la capital del Turia, los propios valencianos suelen aglomerarse los domingos a la hora de comer, formándose grandes colas a la entrada de la pedanía.

Solo dando un breve paseo por la zona y el centro se pueden encontrar famosos restaurantes como “restaurant El sequer de Tónica”, “restaurant el palmar” o “restaurant L'Illa”.

En estos establecimientos predomina el *all i pebre*, el plato más característico de la zona, que contiene ajo, pimentón, patata y anguila. Eso sin contar la famosa paella valenciana, y pasando por los platos más típicos como el *Esgarraet* a los más deliciosas, como el arroz con bogavante.



Ford Explorer eléctrico

EL COMIENZO DE LA NUEVA ERA

JUANJO CAMPILLOS. Madrid

Ford ha presentado el nuevo Explorer eléctrico, un modelo que combina la ingeniería alemana con un llamativo estilo americano. El Explorer es el primero de una toda una serie de nuevos y vanguardistas vehículos eléctricos de Ford, y marca el camino hacia la completa reinvenición de la marca en Europa.

Diseñado y fabricado en el país teutón, brinda una experiencia digital excepcional, ayudando a conductores y pasajeros a mantenerse conectados y cómodos en sus

desplazamientos. Entre sus prestaciones, destaca una pantalla táctil móvil de gran

Destaca una gran pantalla deslizable SYNC Move 2

tamaño SYNC Move 2. Se desliza suavemente hacia arriba y hacia abajo para adap-

tarse al conductor, a la vez que esconde un espacio de almacenamiento privado para objetos de valor. Viene de serie con un compartimento para dos smartphones grandes con cargador inalámbrico 4; ofrece compatibilidad inalámbrica con Android Auto y Apple CarPlay 5.

Su estilo exterior futurista se combina con un interior moderno que incluye detalles singulares, como unos estilizados asientos deportivos y una sofisticada barra de sonido, que cuenta con colores



modificables. Para aumentar el confort, el equipamiento de serie incluye asientos delanteros y volante calefactados, asiento del conductor con masaje y control de climatización, lo que posibilita al conductor y al copiloto seleccionar la temperatura por separado.

Carga rápida

Todo esto se completa con una capacidad de carga rápida del 10% al 80% en solo 25 minutos y el acceso, para el año que viene, a 500.000 puntos de recarga en toda Europa. La carga puede ser rápida y sencilla, ya sea en ruta o en casa. El Explorer es capaz de ayudar a localizar las paradas más convenientes en la carretera. La carga en casa puede programarse para utilizar la electricidad en ho-

ras de menor coste, así como para disfrutar de una batería completamente llena y de un habitáculo calentito antes de iniciar la marcha en las primeras horas de la mañana. Anuncia 566 kilómetros de autonomía, cifra que aumenta hasta los 602 kilómetros en el modelo de un solo motor.

Disponible con tracción integral o con propulsión trasera. La primera desarrolla 340 caballos, mientras que la segunda presenta 286. Acelera de cero a cien en poco más de cinco segundos. El Explorer puede comprarse, según el modelo, con un precio máximo de 46.000. Eso sí, sin contar con todos los extras.





Estrellas vivas: un imperdible de la poesía contemporánea que rompe esquemas

MARÍA ALCARAZ. Madrid

¿Está de moda lo cursi? Si, como explica la poeta Sara Torres, la teorización de la ternura se ha popularizado hasta hacer pensar que va a pasar a ser *mainstream*, algo parecido ocurre con el concepto de lo cursi.

Abrazar lo cursi

Ahora que todas “solo somos una chica”, hemos dejado de rechazar el rosa y la purpurina y lo *coquette* es tendencia, Berta García Faet y Juanpe Sánchez López, exponentes contemporáneos de esa corriente de ‘cursilería’ poética, han encontrado el momento perfecto para, junto a la editorial ‘Letraversal’, publicar “Estrellas vivas. Antología de poesía cursi”, una reunión de doce poetas iberoamericanos que exploran en sus textos este tipo de escritura.

La antología
se centra
en autores
más jóvenes

Los autores, nacidos entre los años 1972 y 2000 en España, Argentina, Perú, Chile y México hacen propuestas con diferente forma pero un mismo fondo: lo tierno, la sencillez, las metáforas traídas a tierra. García Faet y Sánchez López, editores de la muestra, hacen una introducción teórica a la antología donde debaten, con un modelo epistolar, sobre el concepto de ‘cursi 1’ y ‘cursi 2’. Siendo este primero ese tipo de poesía que recurre a elementos manidos y recursos facilones y el ‘cursi 2’ esa resignificación del idioma y formas más rosas y fosforescentes a favor de la calidad poética y la exploración del lenguaje. Una inspección teórica de qué es lo que gusta y repele de la poesía cursi.

Sencillez con enjundia

En la cuidada selección destaca la poesía ciertamente vanguardista de Fernanda Laguna y Mariano Blatt, la aparente sencillez con enjundia de Alba Flores Robla y Tuti Curani, y la crudeza

“Una
exploración
de la poesía
cursi desde
otro lugar”

que destilan los textos de Marina Mariasch. Los editores explican que la selección se ha hecho con la idea en mente de que “resultara interesante y novedoso al público español”. Por ello, justifican que se han centrado en poetas más jóvenes españoles, así como en poetas latinoamericanas de distintas generaciones. “No pretende ser una muestra representativa ni exhaustiva. Quiere ser amistosa, dicharachera”, aseguran.

A lo largo de sus 228 páginas (un número abultado si hablamos en términos de poesía) quien llegue a este libro podrá tener un ‘bocado’ de una corriente poética semidisidente que resignifica una manera de expresar más ‘trillada’. Un imperdible de la poesía contemporánea que rompe esquemas.



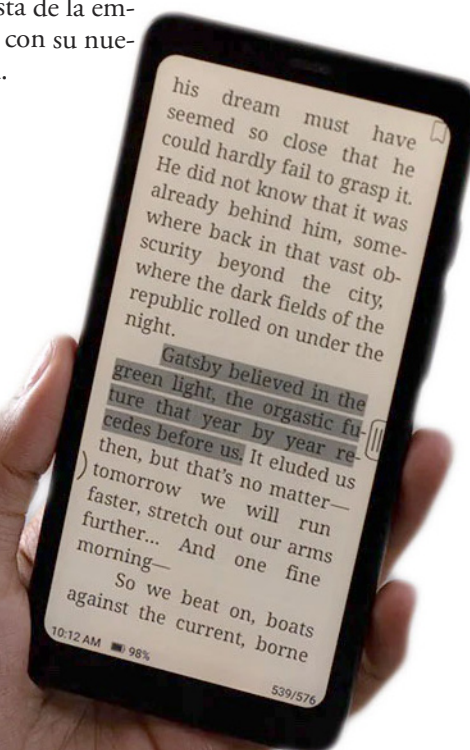
UN ‘MÓVIL’ DE TINTA ELECTRÓNICA

J. CAMPILLOS. Madrid

Llega el verano y se multiplican los lectores. El buen tiempo, la playa y las vacaciones invitan a coger un libro y sumergirse en sus historias. El problema está en elegir uno con el que disfrutar, durante los viajes, y lograr que no se deteriore con la arena y el agua del mar. Para solucionar estas dificultades han proliferado los libros electrónicos, que son livianos y cuentan con gran capacidad de almacenamiento. ¿Se puede ir más allá? Pues sí, con un híbrido entre libro electrónico y móvil. Así es la apuesta de la empresa china Boox con su nuevo modelo Palma.

El dispositivo, que se asemeja a un *smartphone*, cuenta con una pantalla de 6,13 pulgadas, que imita al papel. Gracias a su tecnología táctil eInk Carta 1200 y 300 píxeles por pulgada (PPP) de resolución, los textos se observan claros y nítidos, lo que

Es
compatible
con 18
formatos



implica una menor fatiga visual en el uso prolongado. La retroiluminación ajustable de doble tono y la pantalla sin reflejos permite una lectura cómoda.

Gran procesador

Tiene un procesador de ocho núcleos, que está acompañado de 6 GB de memoria RAM y 128 GB de almacenamiento interno. wifi de 5 GHz, una cámara de 16 megapíxeles y Android 1. Viene libre de *bloatware* (software de relleno), a excepción de las apps del fabricante: lector, escáner de documentos y app de transferencia de archivos. La batería es de 3.950 mAh, lo que implica una duración kilométrica, ya que la pantalla es de tinta electrónica.

Es compatible con 18 formatos populares (PDF, EPUB, MOBI, AZW3, HTML, ZIP, etc.). Además, gracias a la conexión con Google Drive se pueden leer libros desde la nube. Su botón lateral personalizable y la cámara trasera de 16MP con flash permiten realizar tareas rápidas y escanear documentos, respectivamente. Es posible disfrutar de juegos, aunque su pantalla sin bitono haga la experiencia aburrida. Precisamente este panel tiene soporte en el software con cuatro modos para cambiar la tasa de refresco: el HD útil para cómics e imágenes de gran calidad, en el otro extremo el *Ultrafast* para visualizar vídeos con movimiento.

El Boox Palma está disponible en blanco y negro con un precio es de 299,99 euros y se puede comprar desde la tienda oficial. Ofrece de forma gratuita una carcasa protectora para el dispositivo con su compra que permitirá que esté protegido.



SERIES POR CAPÍTULO

GEMA ROMERO. Madrid

En esta ocasión no nos vamos a referir a ningún programa o serie en concreto, si no a esa costumbre que se está extendiendo entre todas las plataformas de publicar las nuevas series, o las nuevas temporadas, por capítulos. Pretenden con ello ganar “suscriptores”, pero quizá a costa de enfadar a sus fieles.

En HBO, concebida en Estados Unidos como una cadena de televisión por suscripción, puede tener cierta justificación que *Juego de Tronos* o ahora *La casa del dragón*, se cuelguen por capítulos, si bien en Europa su servicio es 100% online.

Sin embargo, el que Disney+ o Prime Video hagan lo mismo con series como *The Mandalorian*, *Shogun* o ahora *The Acolyte* o *Los anillos de po-*

der siendo plataformas de *streaming*, no hay por donde cogerlo, se mire como se mire.

A esta moda parece que quiere sumarse Netflix, quien con la última temporada de

Ganar suscriptores a costa de enfadar a los fieles

Los Bridgerton ha dividido su emisión en dos partes, con lo que quienes estábamos ansiosos por conocer el desenlace de la relación entre Penelope Featherington y Colin Bridgerton, al final hemos tenido que esperar un mes.

Como suscriptor habitual, pago una cuota mensual para ver las series cómo, cuándo y dónde quiera. Ese era el reclamo inicial de este tipo de plataformas. Así que, si he de esperar a que cada semana a una hora determinada “cuelguen” el último episodio, señores me están estafando. Máxime cuando en todas sus promos anuncian el primer o como mucho los dos primeros capítulos, como “serie ya disponible”, cuando es toda una falacia.

Las plataformas en *streaming* no son televisión convencional, pero cada vez quieren parecerse más a ella: series por capítulos, publicidad, programas en directo... Si como usuario de pago cada vez me permiten menos una televisión a la carta, o ello supone esperar dos meses para hacer el maratón de tu serie favorita, quizá deje de tener sentido pagar una suscripción mes a mes. Si ellos cambian el modelo, a lo mejor es hora de dejar de ser fiel y darse de alta y de baja en función de la serie del momento.

¿CÓMO SÉ SI TENGO UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

PREGUNTA A TU ENFERMERA

DANIEL CANO – Enfermero de cuidados generales

Cada día, enfermeras y enfermeros resuelven más de un millón trescientas mil consultas de forma profesional, rápida y eficaz.

¿CUÁL ES LA TUYA?

preguntaatuenfermera.com



Organización Colegial de Enfermería de España

LO + VIRAL

Consejo General de Enfermería @CGEnfermería

¡Cuidado! Ser matrona implica cuatro años de Grado en Enfermería, aprobar un exigente examen EIR y dos años de especialidad. Confía siempre en tu matrona. No pongas en riesgo tu salud y la de tus hijos.

El Periódico de España @ElPeriodico_Esp · 25 jun.

Cristina Pedroche publica su primer libro, un retrato de la maternidad: "Todos esos miedos me han llevado a prácticamente ser matrona, ahora he terminado el curso de educadora prenatal con parto positivo con hipn parto" w.epe.es/ehj9w2

Las enfermeras responden a Cristina Pedroche



Una enfermera española cuenta su experiencia en Gaza

Consejo General de Enfermería @CGEnfermería · 19 jun.

Gracias, @RevillaMiguelA, por decirlo tan claro: las enfermeras somos



Miguel Ángel Revilla pide el Grupo A1 para las enfermeras

Comunicado

Hemos solicitado una reunión con la ministra de Sanidad para poner fin a la campaña contra las enfermeras dermoestéticas

El CGE solicita una reunión con la ministra de Sanidad para poner fin a la campaña contra las enfermeras dermoestéticas

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 32

1 - 15 Julio 2024

SUMARIO

El impacto de la tecnología m-health en la promoción de hábitos saludables: Una revisión sistemática

72

El impacto de la tecnología m-health en la promoción de hábitos saludables: Una revisión sistemática

José Manuel Corral Castellanos¹ y Sandra Martínez Rodríguez²

¹ Graduado en Enfermería. EIR. Enfermería Familiar y Comunitaria, UDM AFYC Zona I Ciudad Real. Centro de Salud 2 "El Torreón". <https://orcid.org/0009-0004-1537-4862>

² Graduada en Enfermería. Universidad de Castilla la Mancha (UCLM), Facultad de Enfermería de Ciudad Real. Profesora asociada. <https://orcid.org/0009-0007-0629-1362>

RESUMEN

Introducción: Los consejos sobre la salud son eficaces para generar cambios de comportamiento, pero tienden a no perdurar en el tiempo. Debemos encontrar herramientas que intensifiquen el asesoramiento a nuestros pacientes.

Objetivos: Se realizó esta revisión sistemática para evaluar la efectividad de la m-health en pacientes con sobrepeso u obesidad, y analizar sus efectos en pérdida de peso, adherencia a la dieta y actividad física.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática de acuerdo con la declaración de PRISMA. Los estudios incluidos analizaban el impacto de la m-health en la pérdida de peso de pacientes con sobrepeso u obesidad, en comparación a otros métodos más tradicionales de asesoramiento.

Resultados: Se incluyeron 8 ensayos controlados aleatorios (n=1.482). Las aplicaciones móviles fueron el tipo de m-health más común (MyFitnessPal, Lose it. ...), seguido de los dispositivos de auto monitorización de la actividad física (Xiaomi Mi Band, Fitbit. ...). Los resultados mostraron más adherencia a la dieta en el 50% de los estudios y más adherencia al ejercicio en el 100% de los estudios. Se vinculó el uso de la m-health con una pérdida de peso significativa en el 37,5% de los estudios.

Conclusión: La evidencia respalda que los programas de pérdida de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad que incluyen tecnología m-health logran mayores resultados en comparación a los métodos más tradicionales. Los dispositivos de auto monitorización de la actividad física junto con la retroalimentación mediante notificaciones automáticas producen mayor efectividad en el proceso de pérdida de peso.

Palabras clave (DeCS): Obesidad, Telemedicine, Ejercicio físico, Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La epidemia de sobrepeso y obesidad presenta un gran desafío para la salud y la prevención de enfermedades crónicas a lo largo del curso de la vida en todo el mundo. Impulsados por el crecimiento económico, la industrialización, el transporte mecanizado, la urbanización, un estilo de vida cada vez más sedentario y una transición nutricional a alimentos procesados y dietas altas en calorías durante los últimos 30 años [1].

La ingesta calórica excesiva, la inactividad física y el comportamiento sedentario son los factores principales que prevenir y tratar por parte del sistema sanitario (Figura 1) [2].

Uno de los principales problemas reside en la mayor publicidad, accesibilidad y cercanía de los alimentos densos en calorías [3]. Y, por otro lado, una mayor urbanización ha supuesto una disminución notable en la movilidad de la población [4].

La aplicación de las herramientas móviles para afrontar las necesidades de salud se ha convertido en un campo práctico donde aplicar las TIC. El término *digital health* tiene sus raíces en *e-Health*, que se define como "el uso de la tecnología de la información y las comunicaciones en apoyo de la salud y los campos relacionados con la salud" [5]. La salud móvil (*mHealth*) es un subconjunto de *eHealth* y se define como "el uso de tecnologías inalámbricas móviles para la salud pública". Más recientemente, el término salud digital se introdujo como "... un término que abarca *eHealth* (que incluye *mHealth*), así como áreas emergentes, como el uso de ciencias informáticas avanzadas en 'big data', genómica e inteligencia artificial" [6,7].

La OMS en 2019 publicó la guía "*Recommendations on digital interventions for health system strengthening*" [8] con la que se le daba más importancia a los dispositivos móviles y su uso para en el sistema sanitario. En esta guía se definen 9 intervenciones digitales (Figura 2).

El mundo tecnológico crece día a día en nuestros tiempos, se ha logrado aplicar a la vida cotidiana y conseguir logros que parecerían imposibles hace 10 años. El campo de la salud es un área que puede aprovecharse de todos estos avances, incluir intervenciones digitales en nuestros programas de salud tiene que ser el siguiente paso.

En el caso de la obesidad, el componente digital puede ser usado para potenciar intervenciones como la monitorización de la actividad y fomentar la motivación en un programa de pérdida de peso. La adherencia al tratamiento es determinante en un programa de este tipo. Por otro lado, a los profesionales sanitarios se les permite llevar un seguimiento del paciente con mayor calidad, marcar objetivos y fomentar la salud [9].

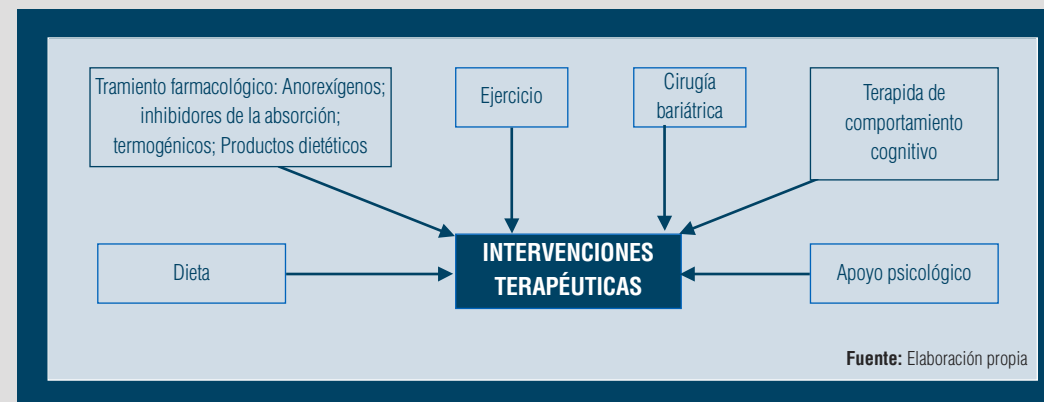
El objetivo general de la revisión fue evaluar la efectividad de la tecnología móvil (*m-health*) en pacientes con sobrepeso u obesidad que participan en programas de pérdida de peso para producir una mayor adherencia al ejercicio, dieta y pérdida de peso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión sistemática de acuerdo con la declaración de Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) [10].

FIGURA 1

Intervenciones terapéuticas en la obesidad



Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad se estructuraron según el marco de la pregunta PICO.

Población: Pacientes adultos (mayor 18 años), con sobrepeso u obesidad, que no padecieran ninguna enfermedad crónica importante como EPOC o diabetes tipo 2 o algún tipo de limitación de movilidad que no permitiera realizar actividad física.

Intervención/comparación: Los estudios se incluyeron si eran ensayos controlados aleatorios (ECA). Debían de tener un grupo control (GC) y un grupo con intervención (GI). El GI debían usar tecnología m-health, como por ejemplo aplicaciones móviles para el autocontrol de la dieta y el ejercicio, dispositivos de auto monitorización de la actividad física... de manera única o en combinación con otras intervenciones como consejo sanitario o notificaciones automáticas. En el GC usaron formas más tradicionales de asesoramiento (educación para la salud, registro de ingesta diaria en papel...) o una intervención m-health diferente a GI.

Resultados: Para que el estudio fuese incluido, debía tener como resultado primario el cambio de peso. Los resultados secundarios incluyeron la adherencia al tratamiento.

Se incluyeron estudios de menos de 5 años de antigüedad (2017), al centrarnos en tecnología es prioritario fijarnos en formas actuales, ya que la tecnología es algo que cambia a lo largo de los años con mucha frecuencia. Debían tener una duración mínima de 3 meses. Es importante contar con ensayos mantenidos en el tiempo, la pérdida de peso en muchas ocasiones no es lineal y se necesita de tiempo para ver los resultados reales, así como la adherencia al tratamiento o el posible llamado efecto rebote.

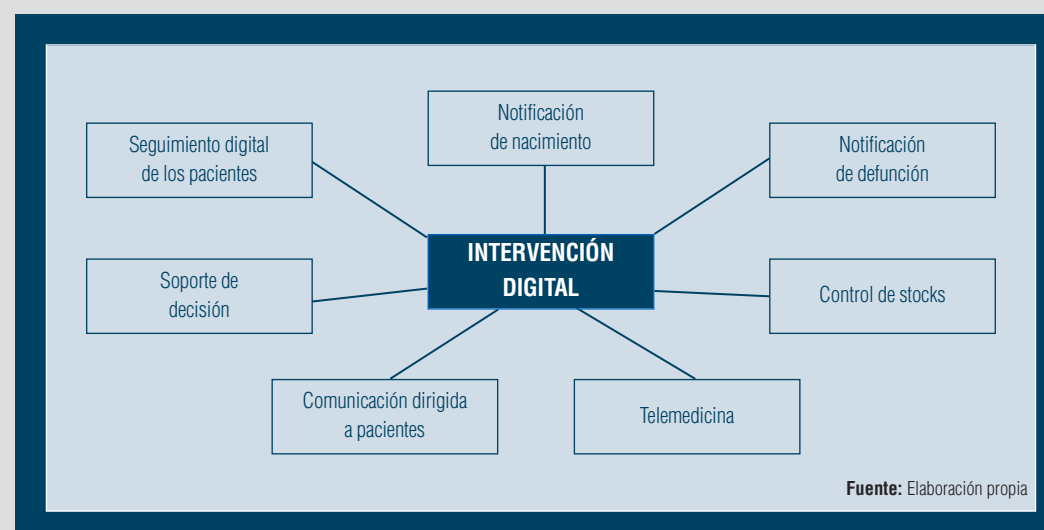
No hubo limitaciones idiomáticas en la selección de los estudios.

Fuentes de información

Se han utilizado las siguientes bases de datos: Pubmed, Scopus, Cochrane y Science direct. También llevamos una

FIGURA 2

Intervenciones digitales en salud (*m-health*)



búsqueda de “bola de nieve” para identificar estudios, mediante la búsqueda en las listas de referencias de los artículos incluidos. Se utilizó de Google Scholar para recuperar dichos artículos. La búsqueda se realizó durante el periodo comprendido hasta el 20/02/2022.

Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda se validó probando si podía identificar los 8 estudios conocidos y también 3 estudios que fueron rechazados posteriormente pero que formaron parte de la estrategia para identificar los demás estudios (Tabla 1).

RESULTADOS

Selección de los estudios

La búsqueda en la base de datos utilizando los términos de búsqueda dio como resultado un total de 1725 artículos. Después de revisar los títulos y resúmenes, se encontró que 57 estaban duplicados y 68 fueron eliminados automáticamente por ser inteligibles. Se revisaron los títulos de los 1600 restantes y se encontró que 582 cumplían con los criterios de inclusión inicial. Tras revisar el texto completo, 8 artículos cumplieron completamente con los criterios de inclusión y se incluyeron en la revisión final (Figura 3). La selección de artículos fue realizada por el primer autor y la revisión de estos por parte del segundo autor. Ante la escasa bibliografía acerca de la temática se analizaron los 8 estudios elegidos al cumplir todos los criterios de inclusión.

<div> <div>TABLA 1</div> <div>Estrategia de búsqueda</div> </div>								
Bases de datos y plataformas	Estrategia de búsqueda	Límites	Rango de años	Estrategia de muestreo	Registros (n)	Registro tras límites (n)	Exclusiones	Inclusiones
Pubmed	(Obesidad OR sobrepeso) AND (mhealth OR aplicaciones móviles OR smartphone OR teléfono celular) AND (pérdida de peso OR índice de masa corporal)	Ensayos clínicos controlados.	Últimos 5 años	Aleatorio	865	255	250	5
Scopus	(TÍTULO-ABS-CLAVE (obesidad OR sobrepeso) AND TÍTULO-ABS-CLAVE (mhealth OR "aplicaciones móviles" OR smartphone OR "teléfono celular") AND TÍTULO-ABS-CLAVE (pérdida AND peso OR "índice de masa corporal"))	Área temática: Enfermería	Últimos 5 años	Aleatorio	478	62	60	2
Cochrane	(Obesidad OR sobrepeso) AND (mhealth OR aplicaciones móviles OR smartphone OR teléfono celular) AND (pérdida de peso OR índice de masa corporal)	Ensayos clínicos controlados.	Últimos 5 años	Aleatorio	385	265	264	1
Fuente: elaboración propia								

Principales características de los estudios seleccionados

En el 100% de los estudios seleccionados se incluyeron adultos sanos con sobrepeso u obesidad.

El tamaño de la muestra de los artículos seleccionados oscilaba entre 62 y 276 pacientes. Seis de los ocho estudios contaban con una pequeña muestra de 62-116 pacientes. Dos estudios analizaron una muestra a gran escala de pacientes. De los 8 estudios, 4 se situaron en Estados Unidos (50%), 3 en España (37,5% y 1 en Australia (12,5%).

Todos los estudios incluyeron en sus participantes tanto hombres como mujeres. Los estudios contaban con un rango de edad de 20 a 55,1 años. En general, la media de edad de los estudios oscilo entre 38 y 49 años. Un estudio incluyó participantes más jóvenes (media de edad de 20 años). La media de IMC se encontró entre 28,5 y 35,2 kg/m2 (Tabla 2).

Riesgo de sesgos en los estudios

La aleatorización se consideró exitosa en el 100% de los estudios. Los participantes no fueron cegados en 3 de los 8 estudios (37,5%)[11–13]. En la mayoría de los estudios se encontraron los protocolos de estudio originales[11–15].

Características de la intervención

La duración de los estudios varió entre 3 y 18 meses. Cinco estudios tuvieron una duración de 3 a 6 meses [11–13,15,16], mientras que tres estudios tuvieron una duración de 12 a 18 meses [17,18].

FIGURA 3

Diagrama de flujo PRISMA

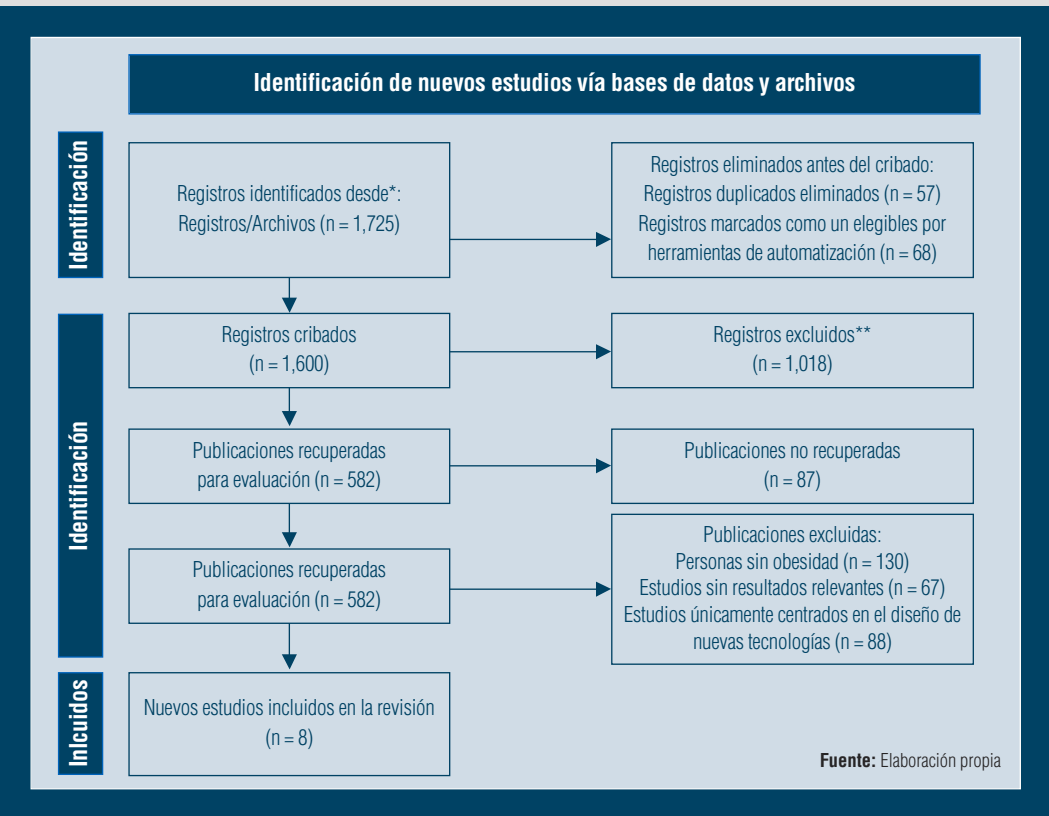


TABLA 2

Características de los estudios

Primer autor, Año	Localización	Características	Muestra (n)	Edad media (años)	GI/GC (n)	Hombre/mujer (n)	IMC (media)
Apiñaniz, 2019[67]	País Vasco, España	Obesidad o sobrepeso	110	38,5 años	GI:54 GC:56	GI:18/41 GC:13/38	32,7 kg/m²
Patel, 2019[68]	Estados Unidos	Obesidad o sobrepeso	105	42,7 años	GI:32 GI2:34 GC:34	GI:8/24 GI2:4/30 GC:4/30	31,9 kg/m²
Hernández-Reyes, 2020 [69]	Andalucía, España	Obesidad o sobrepeso	67	40,1 años	GI:35 GC:32	GI:8/20 GC:15/24	32,9 kg/m²
Lugones- Sánchez, 2022 [70]	España	Obesidad o sobrepeso	650	48,31 años	GI:318 GC:332	GI:104/214 GC:101/231	33 kg/m²
Spring, 2017 [71]	Estados unidos	Obesidad o sobrepeso	96	39,3 años	GI:32 GI2:32 GC:32	GI1: 6/26 GI2: 4/28 GC:5/27	34,6 kg/m²
Duncan, 2020 [72]	Australia	Obesidad o sobrepeso	116	44,5 años	GI:41 GI2:39 GC:36	GI1:11/30 GI2:12/27 GC:11/25	31,7 kg/m²
Graham Thomas, 2019 [73]	Estados Unidos	Obesidad o sobrepeso	276	55,1 años	GI:114 GI2:106 GC:56	47/229	35,2 kg/m²
Stephens, 2017 [74]	Estados Unidos	Obesidad o sobrepeso	62	20 años	GI:31 GC:31	GI:10/21 GC:8/22	28,5kg/m²
GI: grupo intervención; GC: grupo control							
Fuente: elaboración propia							

Los dispositivos m-Health que presentaron los estudios fueron aplicaciones móviles y monitores de actividad. El 100% de los estudios usaron las aplicaciones móviles como intervención m-Health [11–18]. La aplicación MyFitnessPal se utilizó en 2 de los 8 estudios [12,17]. El 37,5% de los estudios contaban con monitores de actividad [14,15]. 1 estudio incorporó básculas de bioimpedancia a su intervención [18]

Se usaron las aplicaciones en los distintos GI con el objetivo de autocontrolar: el peso mediante la aplicación móvil [12]; Autocontrol de dieta mediante la aplicación móvil [12–18]; Autocontrol de la actividad física (AF) mediante la aplicación móvil [16,17]; Autocontrol de peso y dieta y actividad en papel [15,18].

Con respecto a los GC, un estudio incluye el uso de aplicaciones móviles en el grupo control para el autocontrol de dieta [12]. Dos de los estudios utilizaron para el autocontrol del peso, dieta y ejercicio físico el uso de registro en papel [15,18]. Un estudio utilizó herramientas de auto monitorización de la AF [13]. El resto de los estudios incluyeron consejo sanitario de ejercicio y dieta [11,13,14,16,17].

Como coinervenciones en el grupo intervención si incluyeron técnicas de cambios de comportamientos por notificaciones automáticas mediante la aplicación móvil [13,15–18]; técnicas de cambios de comportamientos por correo electrónico mediante la aplicación móvil [12]; Consejo sanitario sobre ejercicio y dieta [11–18]; Auto monitorización de la actividad física [13–15,18]; Consejos de Salud mediante la aplicación [11,15]; Autocontrol de higiene del sueño [15,17]; Auto monitorización de AF (Registro automático de la AF mediante un dispositivo externo o aplicación móvil) [13–15,18].

El 50% de los estudios usaron herramientas de auto monitorización en sus programas [13–15,18]. El 100% de los estudios contaban con recordatorios en sus programas [12,16,17] (Tabla 2).

Resultados de las intervenciones para el cambio de peso

Como se muestra en la **tabla 3**, los estudios contaron con diferentes formas de medición de peso. Siete estudios especificaron la manera de controlar los cambios de peso [13,14,16–18]. Cuatro estudios incluyeron la medición mediante básculas calibradas, tres de ellos mediante una báscula digital [12,14,16] y dos mediante báscula mecánica [13,16]. Dos (25%) utilizaron impedancia eléctrica multifrecuencia [13,17].

El peso de los pacientes resultó ser significativamente menor en los GI en comparación a los GC en 3 de los 8 estudios (37,5%) [13,16,17]. El cambio de peso no difirió significativamente entre los grupos GI y GC en 5 de los 8 estudios (62,5%) [11,12,14,16].

Resultados de las intervenciones para la adherencia

Seis estudios midieron la adherencia a la dieta [14–17]. Los resultados del GI mostraron más adherencia a la dieta de forma significativa que el GC en 3 de los 6 estudios (50%) que median esta variable [15–17]. En el 50% de los estudios los resultados no difirieron significativamente entre los grupos [11,14,17].

Seis estudios midieron la adherencia al ejercicio [13–17]. La adherencia resultó mayor en GI que en GC en 6 de 6 estu-

dios que median esta variable (100%), pero las diferencias entre GI y GC fueron significativas en 1 de los 6 estudios (16%) [13].

El porcentaje de pérdida de seguimiento varió entre 3 y 41% en todos los grupos. El porcentaje de pérdida de seguimiento al programa fue mayor en GC que en GI en 5 de los 8 estudios (62,5%) [11–13,16,17]. En el 3 de los 8 estudios (37,5%) fue mayor en GI [14–16] (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Hallazgos principales

Esta revisión analizó los efectos de la m-Health, utilizando aplicaciones móviles, dispositivos de auto monitorización como intervenciones sanitarias de pérdida de peso para adultos con sobrepeso u obesos. Los resultados obtenidos en la revisión sistemática de 8 ECA con 1482 adultos sugirieron evidencia científica de que las intervenciones basadas en m-health logran efectos en la pérdida de peso.

También se observaron claros beneficios en cuanto a la adherencia a la dieta y al ejercicio en los grupos que utilizaron la tecnología m-health.

Por otra parte, los resultados extraídos contrastan una menor pérdida de seguimiento del programa en los grupos que utilizaban la tecnología m-health.

Interpretación

La adaptación de la tecnología móvil al campo de la salud (m-health) puede ser una herramienta útil para aumentar la adherencia y obtener mejores resultados[8].

La mayoría de los estudios incluidos en la revisión se han realizado en países desarrollados (Estados Unidos, Australia y España), esto está relacionado con el gran uso de los teléfonos móviles en estos países hoy en día.

Existe una gran evidencia con respecto al creciente uso de la m-health. En 2013 había >1000 aplicaciones disponibles para el manejo de la diabetes en Google Play Store (para Android) y 605 en la Apple Store (para iOS)[19]. En el 2012 se empezaron a realizar los primeros estudios relacionados con la m-health en pacientes crónicos [20,21].

La estrategia de intervención m-health en pacientes con obesidad o sobrepeso suele seguir una línea similar en los ECA. A través del dispositivo móvil de cada paciente, mediante la aplicación móvil instalada, se tenía la facilidad de hacer un registro de la ingesta calórica diaria, la AF y el peso corporal [13,14,17,18]. Esto permitía tener una retroalimentación en el paciente y asegurarse de que estaba llegando a su objetivo de calorías, peso o pasos diarios. **El autocontrol digital logró una adherencia a la dieta significativamente mayor frente al autocontrol en papel en 2 estudios que los compararon**[15,17].

En algunos de los estudios seleccionados, las aplicaciones móviles fueron creadas exclusivamente para el estudio[11,14–17], en otros estudios usan aplicaciones ampliamente conocidas como “MyFitnessPal”[12]. Esta aplicación es una de las

TABLA 3

Características de la intervención

Primer autor (Año)	Duración (meses)	Tipo m-Health	Intervención	Auto monitorización	Recordatorios
Apiñaniz, 2019 [67]	6	GI: Aplicación móvil (AKTIDIET®)	GI: Autocontrol de dieta mediante la aplicación móvil + Consejo sanitario sobre ejercicio y dieta + Consejos de salud mediante la aplicación móvil GC: Consejo sanitario sobre ejercicio y dieta	No	Si
Patel, 2019[68]	3	Todos los grupos: Aplicación móvil (MyFitnessPal)	GI1: Autocontrol de dieta mediante la aplicación móvil + Autocontrol de peso mediante la aplicación móvil + Técnicas cambios de comportamientos por correo electrónico mediante la aplicación móvil. GI2: Autocontrol de dieta mediante la aplicación móvil + Autocontrol de peso mediante la aplicación móvil + Técnicas cambios de comportamientos por correo electrónico mediante la aplicación móvil GC: Autocontrol dieta mediante la aplicación móvil.	No	Si
Hernández- Reyes, 2020 [69]	6	Todos los grupos: Aplicación móvil (Accupedo)	GI: Consejo sanitario sobre ejercicio y dieta + Auto monitorización de AF + Técnica de cambios de comportamiento por notificaciones automáticas mediante la aplicación móvil. GC: Consejo sanitario sobre ejercicio y dieta + Auto monitorización de AF	Si	Si
Lugones- Sánchez, 2022 [70]	12	GI: Aplicación móvil (EVIDENT 3). Monitor de actividad: (Xiaomi Mi Band 2)	GI: Autocontrol de dieta mediante aplicación móvil + Consejo sanitario sobre ejercicio y dieta + Auto monitorización de AF GC: Consejo sanitario sobre ejercicio y dieta	Si	Si
Spring, 2017 [71]	6	GI2: Aplicación móvil (ENGAGED APP) y monitor de actividad	GI1: Autocontrol de dieta, peso y actividad en papel + Consejo sanitario sobre ejercicio y dieta. GI2: Autocontrol dieta mediante la aplicación móvil +Consejo sanitario sobre ejercicio y dieta + Consejos de salud mediante la aplicación móvil + Auto monitorización de AF. GC: Autocontrol de dieta, peso y actividad en papel.	Si	Si
J. Duncan, 2020 [72]	12	GI1 y GI2: Aplicación móvil (Balanced Calorie King). Báscula de bioimpedancia (Tanita HD-380). Monitor de actividad (Fitbit Alta)	GI1: Autocontrol de dieta mediante aplicación móvil + Consejo sanitario sobre ejercicio y dieta + Auto monitorización de AF + Técnica de cambios de comportamiento por notificaciones automáticas mediante la aplicación móvil. GI2: Autocontrol de dieta mediante aplicación móvil + Consejo sanitario sobre ejercicio y dieta + Auto monitorización de AF + Técnica de cambios de comportamiento por notificaciones automáticas mediante la aplicación móvil + Autocontrol de higiene del sueño.	Si	Si
Graham Thomas, 2019 [73]	18	GI2: Aplicación móvil (MyFitnessPal)	GI1: Autocontrol de dieta, peso y actividad en papel + Consejo sanitario sobre ejercicio y dieta + Educación para la salud en grupos GI2: Autocontrol de dieta mediante aplicación móvil + Autocontrol de AF mediante la aplicación + Consejo sanitario sobre ejercicio y dieta + Técnica de cambios de comportamiento por notificaciones automáticas mediante la aplicación móvil. GC: Autocontrol de dieta, peso y actividad en papel + Consejo sanitario sobre ejercicio y dieta.		
Stephens, 2017 [74]	3	GI1: Aplicación móvil (Lose it!)	GI1: Autocontrol de dieta mediante aplicación móvil + Autocontrol de AF mediante la aplicación móvil + Consejo sanitario sobre ejercicio y dieta + Técnica de cambios de comportamiento por notificaciones automáticas mediante la aplicación móvil. GC: Consejo sanitario sobre ejercicio y dieta	No	Si

GI: grupo intervención; GC: grupo control; AF: actividad física

Fuente: elaboración propia

TABLA 4

Resultados de las intervenciones para el cambio de peso y adherencia

Autor, año	Medición del peso	Resultados peso	Resultados adherencia dieta	Resultados adherencia ejercicio	Pérdida de seguimiento al programa
Apiñaniz, 2019 [67]	No reporta	No hubo diferencias significativas de peso entre los grupos a los 6 meses (0,357 kg, $p = 0,7$).	No hubo diferencias significativas en la adherencia de las recomendaciones de la dieta entre los grupos ($p = 0,413$)	NR	GI:38,8% GC:41%
Patel, 2019 [68]	Balanza eléctrica calibrada (SECA 876)	GI2 (Secuencial) no difirió significativamente GC en el cambio de peso a los 6 meses ($P = 0,72$). GI2 (Secuencial) no difirió del GI1 (simultaneo) en el cambio de peso a los 6 meses ($P = 0,45$).	NR	NR	GI1: 21% GI2: 14,7% GC: 32%
Hernández-Reyes (2020) [69]	Impedancia eléctrica multifrecuencia (BWB-800A, Tanita Corp)	El cambio de peso fue significativo para GC y GI. GI difirió significativamente del GC en el cambio de peso a los 6 meses ($p < .001$)	NR	La prescripción de AF resultó en una pérdida de grasa significativa a los 6 meses mayor en GI que en GC ($p < 0,001$).	GI:15% GC:33%
Lugones-Sánchez (2 022) [70]	Báscula digital calibrada (Báscula 7830; Soehnle Professional GmbH & Co)	GI logró una diferencia de pérdida de peso neta de 0,76 (IC del 95 % 1,33 a - 0,19) kg a los 3 meses más que el GC.	El aporte calórico diario fue menor en ambos grupos (GI: -295, IC 95% -391,63 a -198,93 kcal/día; GC: -222, IC 95% -310,62 a -135,14 kcal/día) a los 12 meses, sin diferencias significativas entre grupos	El tiempo total de actividad aumentó 63,11 min/semana en GI con respecto a GC a los 3 meses.	GI: 32% GC: 31%
Spring (2017) [71]	Báscula mecánica calibrada	El cambio de peso fue significativamente mayor en GI1+GI2 que SELF a los 3 ($P < 0,005$) y 6 ($P < 0,05$) meses.	La adherencia la dieta fue mayor en el GI1 (TECH) que en GI2 (STND) $p < 0,05$ y significativamente mayor que en GC (SELF) $p < 0,001$	La adherencia al ejercicio fue mayor en el GI1 que en GI2 ($p < 0,001$) y significativamente mayor que en GC ($p < 0,001$)	GI1: 6% GI2: 6% GC: 18%
Duncan (2020) [72]	Báscula digital calibrada (Biospace BSM370 Portable Automatic BMI Stadiometer)	A los 6 meses, el peso no fue significativamente diferente entre GI1- GI2 y GC (diferencia = -0,92, IC del 95% (-3,33, 1,48).	La ingesta diaria de energía fue significativamente menor en el GI1+GI2 que en el grupo de Control a los 6 meses (diferencia = -1037,03, IC del 95% (-2028,84, -45,22).	El tiempo sentado de GI1+GI2 se redujo -25,90 (-116,44, 64,64) min en comparación a GC	GI1: 30% GI2: 21% GC: 16% (A los 6 meses)
Thomas (2019) [73]	Báscula mecánica calibrada	No difirió entre los 3 diferentes grupos: 5,9 kg (IC del 95 %: 4,5-7,4) en GI1, 5,5 kg (IC del 95%: 3,9-7,1) en GC2 y 6,4 kg (IC 95%:3,7-9,2) en GC.	La dieta fue autocontrolada en una proporción significativamente mayor de días en GI2 (37,9) en comparación con GI1 (27,5 %) ninguno de los cuales difirió significativamente del GC (32,0 %)	La proporción de días en que se autocontroló la AF no fue significativamente diferente entre GI2 (18,9%), GI1 (15,2%) y GC (15,6%)	GI1:16% GI2:19% GC: 33%
Stephens (2017) [74]	Impedancia eléctrica multifrecuencia (Tanita BS-549)	GI perdió una cantidad significativa (- 1,8 kg, $P < .01$) con respecto a GC (0,3 kg) a los 3 meses.	El GI mejoró significativamente en la autoeficacia de alimentación saludable ($P = .032$)	GI mejoró en la actividad física general realizada ($P < .01$); sin embargo, las diferencias no fueron significativas al compararla con GC	GC: 3% GI: 6%

NR: no reporta; GI: grupo intervención; GC: grupo control; AF: actividad física Fuente: Elaboración propia

Fuente: elaboración propia

aplicaciones m-health más usada en todo el mundo, es utilizada por más de 10 millones de personas y se ha determinado como una herramienta efectiva y económica para la pérdida de peso[22]. Se ha puesto en duda si esta aplicación podría desencadenar o potenciar un trastorno de conducta alimenticia[23], por lo que se necesita un seguimiento sanitario para prevenir posibles trastornos al utilizar el conteo de calorías como herramienta.

También se encuentran presentes dispositivos de monitorización como "Xiaomi Mi Band" o "Fitbit alta"[18,24], son pul-

seras medidoras de actividad. Se han considerado útiles en el campo de la medicina y la rehabilitación[25]. **En todos los estudios que incluyeron auto monitorización** [13–16], **se reportaron mejoras en la adherencia al ejercicio.**

Otras poblaciones podrían beneficiarse del uso de las m-health. Una revisión sistemática concluyó que el uso de las m-health podría ser útil para facilitar la adherencia a los tratamientos de las enfermedades crónicas [26]. Al igual que otro estudio que se centró en evaluar la utilidad de la m-health en el manejo de las enfermedades crónicas como la DM, EPOC y

ECV [26]. Concluyendo que estamos antes una herramienta con un gran potencial para mejorar el control de la sintomatología de las enfermedades crónicas.

En una revisión anterior del 2021, Langarizadeh et al. [27] que estaba centrada en la obesidad infantil, obtuvo beneficios en cuanto al cambio del IMC. Concluyó que nos encontramos ante un campo de investigación con mucho potencial el cual necesita más atención. Stephens et al. [16], fue el único estudio dirigido a adolescentes de la revisión dio como resultado una pérdida significativa de peso, una mejora significativa en la dieta y una mejora en la AF realizada en comparación al grupo que no utilizó intervenciones m-health. Sin embargo, el estudio [17] que contaba con la población más adulta con una media de 55 años, únicamente refirió mejoras en el autocontrol de la dieta. Esto puede ser debido a el manejo más fluido de la tecnología de los adolescentes en comparación a la población con más edad. Se necesita una educación previa impartida por un profesional para conocer el manejo eficiente de la m-health, especialmente en la población adulta.

De los tres estudios que lograron una pérdida de peso significativa[13,14,17], **dos de ellos** [13,14] **incluyeron notificaciones automáticas mediante la aplicación móvil como cointervención.** El factor que tratar en esta función es el cambio de comportamiento mediante la retroalimentación, con el objetivo de potenciar la adherencia al tratamiento. Estos dos estudios presentaron una pérdida de seguimiento del programa baja. Se puede comprobar que existe relación entre esta cointervención, la pérdida de peso y el seguimiento del programa.

Por otro lado, los tres estudios que lograron ser efectivos [13,14,17], **incluyeron como cointervención el consejo sanitario de ejercicio y dieta.** En cambio, el estudio [12], no incluyó el consejo sanitario y no logró ser efectivo en ninguno de los 3 resultados analizados. La m-health no va a lograr pérdida de peso ni adherencia por si sola, si no que tiene que actuar como un intermediario entre el profesional y el paciente. Esto nos puede indicar que existe una estrecha correlación entre el asesoramiento del personal sanitario y la pérdida de peso, adherencia a la dieta y ejercicio.

En esta revisión sistemática, el 37,5% de los estudios que incorporaron m-health lograron una pérdida de peso significativa en comparación a los grupos que no la usaron. Los resultados obtenidos de asemejan a otras revisiones sistemáticas recientes. Rumbo-Rodríguez et al. [28] concluyó que el 46% de los grupos intervención lograron una pérdida de peso significativa, en comparación con los grupos control. Al igual, Patel et al. [26] tuvo exitosos resultados concluyendo que el 76% de las intervenciones entre autocontrol y pérdida de peso estaban relacionadas. En otra revisión actual, Wang et al. [29] presentó resultados similares con un 50% de éxito entre los grupos que usaron m-health con respecto a los que no.

CONCLUSIONES

La evidencia respalda que los programas de pérdida de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad que incluyen tecnología m-health pueden lograr mejores resultados en comparación a los métodos más tradicionales.

Los dispositivos de auto monitorización de la AF producen una mayor adherencia al ejercicio en los pacientes en proceso de pérdida de peso. La retroalimentación mediante notificaciones automáticas produce una mayor efectividad en la pérdida de peso.

La intervención de un profesional fue crucial en los estudios donde se produjo una pérdida de peso significativa. El diseño de aplicaciones móviles con funciones y facilidades adaptadas al sistema sanitario puede ser un campo de investigación futuro. La evidencia científica puede ayudar a que se implementen nuevas características de las que se pueda beneficiar el personal sanitario.

REFERENCIAS

- [1] Hruby A, Hu FB. The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmacoeconomics* 2015;33:673–89. <https://doi.org/10.1007/S40273-014-0243-X>.
- [2] Carbone S, Del Buono MG, Ozemek C, Lavie CJ. Obesity, risk of diabetes and role of physical activity, exercise training and cardiorespiratory fitness. *Prog Cardiovasc Dis* 2019;62:327–33. <https://doi.org/10.1016/J.PCAD.2019.08.004>.
- [3] A A, MH F, MB R, P S, K E, A L, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med* 2017;377:13–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMOA1614362>.
- [4] López-Jiménez F, Cortés-Bergoderi M. Obesidad y corazón. *Rev Esp Cardiol* 2011;64:140–9. <https://doi.org/10.1016/J.RECESP.2010.10.010>.
- [5] Report of the third global survey on eHealth Global Observatory for eHealth Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable 2016.
- [6] mHealth Use of appropriate digital technologies for public health 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001362>.
- [7] Based on the findings of the second global survey on eHealth Global Observatory for eHealth series-Volume 3 mHealth New horizons for health through mobile technologies 2011.
- [8] Recommendations on digital interventions for health system strengthening. WHO 2019.
- [9] Apiñaniz A, Cobos-Campos R, Sáez De Lafuente-Moríñigo A, Parraza N, Aizpuru F, Pérez I, et al. Effectiveness of randomized controlled trial of a mobile app to promote healthy lifestyle in obese and overweight patients. *Fam Pract* 2019;36:699–705. <https://doi.org/10.1093/FAMPRA/CMZ020>.
- [10] Yepes-Nuñez JJ, Urrútia G, Romero-García M, Alonso-Fernández S. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol* 2021;74:790–9. <https://doi.org/10.1016/J.RECESP.2021.06.016>.
- [11] Apiñaniz A, Cobos-Campos R, Sáez de Lafuente-Moríñigo A, Parraza N, Aizpuru F, Pérez I, et al. Effectiveness of randomized controlled trial of a mobile app to promote healthy lifestyle in obese and overweight patients. *Fam*

- Pract 2019;36:699–705.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmz020>.
- [12] Patel ML, Hopkins CM, Brooks TL, Bennett GG. Comparing Self-Monitoring Strategies for Weight Loss in a Smartphone App: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth* 2019;7:e12209. <https://doi.org/10.2196/12209>.
- [13] Hernández-Reyes A, Cámara-Martos F, Molina-Luque R, Moreno-Rojas R. Effect of an mHealth Intervention Using a Pedometer App With Full In-Person Counseling on Body Composition of Overweight Adults: Randomized Controlled Weight Loss Trial. *JMIR Mhealth Uhealth* 2020;8:e16999. <https://doi.org/10.2196/16999>.
- [14] Lugones-Sánchez C, Recio-Rodríguez JI, Agudo-Conde C, Repiso-Gento I, Adalia EG, Ramírez-Manent JI, et al. Long-term Effectiveness of a Smartphone App Combined With a Smart Band on Weight Loss, Physical Activity, and Caloric Intake in a Population With Overweight and Obesity (Evident 3 Study): Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2022;24. <https://doi.org/10.2196/30416>.
- [15] Spring B, Pellegrini CA, Pfammatter A, Duncan JM, Pictor A, McFadden HG, et al. Effects of an abbreviated obesity intervention supported by mobile technology: The EN-GAGED randomized clinical trial. *Obesity (Silver Spring)* 2017;25:1191–8. <https://doi.org/10.1002/OBY.21842>.
- [16] Stephens JD, Yager AM, Allen J. Smartphone Technology and Text Messaging for Weight Loss in Young Adults: A Randomized Controlled Trial. *J Cardiovasc Nurs* 2017;32:39–46.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000307>.
- [17] Thomas JG, Bond DS, Raynor HA, Papandonatos GD, Wing RR. Comparison of Smartphone Based Behavioral Obesity Treatment With Gold Standard Group Treatment and Control: A Randomized Trial. *Obesity* 2019;27:572–80. <https://doi.org/10.1002/oby.22410>.
- [18] Duncan M, Fenton S, Brown W, Collins C, Glozier N, Kolt G, et al. Efficacy of a Multi-component m-Health Weight-loss Intervention in Overweight and Obese Adults: A Randomised Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:6200. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176200>.
- [19] Martínez-Pérez B, De La Torre-Díez I, López-Coronado M. Mobile health applications for the most prevalent conditions by the World Health Organization: review and analysis. *J Med Internet Res* 2013;15.
<https://doi.org/10.2196/JMIR.2600>.
- [20] de Jongh T, Gurol-Urganci I, Vodopivec-Jamsek V, Car J, Atun R. Mobile phone messaging for facilitating self-man-
- agement of long-term illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007459.PUB2>.
- [21] Hamine S, Gerth-Guyette E, Faulx D, Green BB, Ginsburg AS. Impact of mHealth chronic disease management on treatment adherence and patient outcomes: a systematic review. *J Med Internet Res* 2015;17.
<https://doi.org/10.2196/JMIR.3951>.
- [22] Pagoto S, Bennett GG. How behavioral science can advance digital health. *Transl Behav Med* 2013;3:271–6.
<https://doi.org/10.1007/S13142-013-0234-Z>.
- [23] Linardon J, Messer M. My fitness pal usage in men: Associations with eating disorder symptoms and psychosocial impairment. *Eat Behav* 2019;33:13–7.
<https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2019.02.003>.
- [24] Lugones-Sánchez C, Sánchez-Calavera MA, Repiso-Gento I, Adalia EG, Ramírez-Manent JI, Agudo-Conde C, et al. Effectiveness of an mHealth Intervention Combining a Smartphone App and Smart Band on Body Composition in an Overweight and Obese Population: Randomized Controlled Trial (EVIDENT 3 Study). *JMIR Mhealth Uhealth* 2020;8:e21771. <https://doi.org/10.2196/21771>.
- [25] Pino-Ortega J, Gómez-Carmona CD, Rico-González M. Accuracy of Xiaomi Mi Band 2.0, 3.0 and 4.0 to measure step count and distance for physical activity and healthcare in adults over 65 years. *Gait Posture* 2021;87:6–10.
<https://doi.org/10.1016/J.GAITPOST.2021.04.015>.
- [26] Patel ML, Wakayama LN, Bennett GG. Self-Monitoring via Digital Health in Weight Loss Interventions: A Systematic Review Among Adults with Overweight or Obesity. *Obesity* 2021;29:478–99. <https://doi.org/10.1002/oby.23088>.
- [27] Langarizadeh M, Sadeghi M, As'habi A, Rahmati P, Sheikhtaheri A. Mobile apps for weight management in children and adolescents: An updated systematic review. *Patient Educ Couns* 2021;104:2181–8.
<https://doi.org/10.1016/J.PEC.2021.01.035>.
- [28] Rumbo-Rodríguez L, Sánchez-Sansegundo M, Ruiz-Robledillo N, Albaladejo-Blázquez N, Ferrer-Cascales R, Zaragoza-Martí A. Use of Technology-Based Interventions in the Treatment of Patients with Overweight and Obesity: A Systematic Review. *Nutrients* 2020;12:1–28.
<https://doi.org/10.3390/NU12123634>.
- [29] Wang E, Abrahamson K, Liu PJ, Ahmed A. Can Mobile Technology Improve Weight Loss in Overweight Adults? A Systematic Review. *West J Nurs Res* 2020;42:747–59.
<https://doi.org/10.1177/0193945919888224>.



DIARIOENFERMERO

El mejor portal de noticias de enfermería y salud



diarioenfermero.es

síguenos en:



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 epígrafos 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.

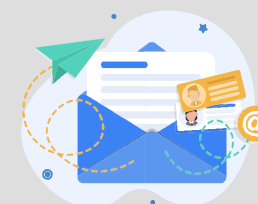
El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todas las personas autoras en la que declaren que son ciertas las afirmaciones que se indican en el siguiente listado:

- 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.



Síguenos en
TikTok e Instagram

@cgenfermeria

Síguenos también en

