

Revista
Española
de Investigación
Sanitaria



Revista Española Investigación Sanitaria
Vol 7; Núm 4; 2025



**Ciencia
Sanitaria.es**



SOCIFOSA
Sociedad Científica
Española de
Formación Sanitaria

Revista Española Investigación Sanitaria

Rev. Esp. Invest. Sanit.
Vol 7; Núm 4; 2025

Revista Internacional dedicada a aspectos clínicos, experimentales y básicos de la ciencia sanitaria y el mundo sanitario en general.

Edita y Distribuye: Editorial CienciaSanitaria.es

ISSN: 2695-5210

Periodicidad: trimestral

<https://libros.cienciasanitaria.es>

Índice

1	EJERCICIO FÍSICO DURANTE EL EMBARAZO: EVIDENCIA CIENTÍFICA Y RECOMENDACIONES ACTUALES RAQUEL CALVILLO BUSTAMANTE	1
2	EL TRABAJADOR SOCIAL ANTE PACIENTES INMIGRANTES: BARRERAS CULTURALES, LINGÜÍSTICAS Y SOCIALES ELENA VAL CALVO, GABRIELA BOUR, SUSANA ATRIÁN CASANOVA, SILVIA BLANC OMEDES, ANA BASILISA ROCHE BORGE Y ROMAN LOBERA MOLINA	5
3	BARRERAS CULTURALES EN LA ATENCIÓN MATERNA DE MUJERES MIGRANTES: IMPLICACIONES PARA LA MATRONERÍA MARIA SALINAS BARIAIN	11
4	EL PAPEL DEL CLORURO DE CETILPIRIDINIO (CPC) EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS: ENFOQUE EN COVID-19 ALBA SABINO MARTÍNEZ	19
5	BACTERIAS BENEFICIOSAS: EL PAPEL DE LOS PROBIÓTICOS EN LA SALUD MIREN AGURTZANE PÉREZ CONDE, LEIRE MUTUBERRIA ALDUNCIN, BRAYAN SMITH SERVENT RODRÍGUEZ, MARIAN MADURGA HERRERA Y YANIRA LÓPEZ MARTÍNEZ DE LIZARRONDO	25
6	MÉTODOS PARA PERDER PESO: ENFOQUES ACTUALES LEIRE MUTUBERRIA ALDUNCIN, BRAYAN SMITH SERVENT RODRÍGUEZ, MARIAN MADURGA HERRERA, YANIRA LÓPEZ MARTÍNEZ DE LIZARRONDO Y MIREN AGURTZANE PÉREZ CONDE	31

7	EL BIENESTAR DEL PACIENTE COMO TRABAJO PRINCIPAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): CONCEPTO DE CUIDADOS, NECESIDADES BÁSICAS Y AUTOCUIDADOS MARIA POLA JIMÉNEZ	39
8	ATENCIÓN INICIAL ANTE OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO (OVACE): PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y ROL ENFERMERO NEREA ROBLES GARCÍA Y JUAN BUSTA ALVAREZ	47
9	EL DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA: FUNDAMENTOS, RETOS Y PERSPECTIVAS EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA ADOLFO DOMINGUEZ BERNE, NIEVES LLORENTE MARQUINA, MARINA FERRER BUENO, MARIA ROSA ARANDA GONZALEZ, BEATRIZ PÉREZ PÉREZ Y BLANCA ARNAIZ NAVARRO	53
10	EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A DRENAJE VENTRICULOPERITONEAL. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ANGEL M ^a MARTÍNEZ GONZÁLEZ, NATALIA BRAVO FRAGUAS, MARTA OLIVAN VAL, MARÍA GARCÍA LORENTE, BEATRIZ BURGOS GARCIA Y ALEJANDRO DOMINGO ALEGRE	63
11	ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS CRISTINA MIHAELA FLENCHES, VIOLETA SORINA MACAVEL, ANTONIA ARROYO PEREZ, ANTONIO RAYA ANTUNEZ, MARÍA LAFUENTE ADE Y M ^a TERESA TELLO DOMINGUEZ	71
12	LAS ESCALAS DE EVALUACIÓN COGNITIVA EN TERAPIA OCUPACIONAL; HERRAMIENTAS FUNDAMENTALES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL FRANCISCO JAVIER SERRANO GRACIA, CLAUDIA SANZ POZO, MARIA CHACON GONZALEZ, MÓNICA ESPEJO LORENTE, JUAN JOSÉ NARRO ALBESA Y MÓNICA MUÑOZ LAÍN	75

- 13 EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE BUNDLES DE CUIDADOS POR ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES**
DANIEL CASANOVAS GALINDO, TOMAS SAEZ CALVO, JUAN ANTONIO ANTEQUERA MARTÍN, ALBERTO ARGUEDAS LAFUENTE, NURIA LOURDES ENGUITA BRUNED Y ELIZABETH BLAS RUBIO 81
- 14 EDUCACIÓN SANITARIA A PADRES EN LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICACIÓN PEDIÁTRICA**
JUAN JOSÉ NARRO ALBESA, MÓNICA MUÑOZ LAÍN, FRANCISCO JAVIER SERRANO GRACIA, CLAUDIA SANZ POZO, MARIA CHACON GONZALEZ Y MÓNICA ESPEJO LORENTE 87
- 15 EVALUACIÓN DE RIESGO SUICIDA: HERRAMIENTAS Y ACTUACIÓN ENFERMERA EN PACIENTES CON IDEACIÓN SUICIDA**
BEATRIZ BURGOS GARCIA, ALEJANDRO DOMINGO ALEGRE, ANGEL M^a MARTÍNEZ GONZÁLEZ, NATALIA BRAVO FRAGUAS, MARTA OLIVAN VAL Y MARÍA GARCÍA LORENTE 93
- 16 IMPLEMENTACIÓN DEL PATIENT BLOOD MANAGEMENT (PBM) EN CIRUGÍA MAYOR ONCOLÓGICA PROGRAMADA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PROPUESTA PARA UN HOSPITAL TERCIARIO**
GUILLERMO ISIDRO LÓPEZ 99
- 17 MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA UNA EVALUACIÓN INTEGRAL Y UN ALIVIO EFICAZ EN DISTINTOS GRUPOS POBLACIONALES**
JESUS JAVIER DUEÑAS MIGUEL, PATRICIA VELILLA GAJARDO, PAULA ALBA LAHUERTA SERRANO, MARÍA DEL MAR GALINDO ALBA, ISABEL MARÍN JULIÁN Y LUCIA ROMÁN CUARTERO 107

- 18 MEDIOAMBIENTE SOSTENIBLE EN EL CUIDADO: EL ROL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SALUD ARAGÓN EN LA REDUCCIÓN DE RESIDUOS**
MARÍA DEL MAR GALINDO ALBA, ISABEL MARÍN JULIÁN, LUCIA ROMÁN CUARTERO, JESUS JAVIER DUEÑAS MIGUEL, PATRICIA VELILLA GAJARDO Y PAULA ALBA LAHUERTA SERRANO 113
- 19 LA FIEBRE Y SUS IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA SANITARIA**
M^a TERESA TELLO DOMINGUEZ, CRISTINA MIHAELA FLENCHES, VIOLETA SORINA MACAVEI, ANTONIA ARROYO PEREZ, ANTONIO RAYA ANTUNEZ Y MARÍA LAFUENTE ADE 119
- 20 DEL HOSPITAL AL HOGAR: LA LABOR DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SALUD ARAGÓN EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA**
MÓNICA MUÑOZ LAÍN, FRANCISCO JAVIER SERRANO GRACIA, CLAUDIA SANZ POZO, MARIA CHACON GONZALEZ, MÓNICA ESPEJO LORENTE Y JUAN JOSÉ NARRO ALBESA 125
- 21 EL PAPEL DE LA ENFERMERA PEDIÁTRICA EN LA PROMOCIÓN DEL NEURODESARROLLO ÓPTIMO EN LACTANTES PREMATUROS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES**
ISABEL MARÍN JULIÁN, LUCIA ROMÁN CUARTERO, JESUS JAVIER DUEÑAS MIGUEL, PATRICIA VELILLA GAJARDO, PAULA ALBA LAHUERTA SERRANO Y MARÍA DEL MAR GALINDO ALBA 131
- 22 REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA FASCITIS PLANTAR**
AINHOA MAGUREGUI, BEATRIZ LABARTA ALEGRE, OSCAR ORTEGA LABORDA, MONICA MARI FERRER, LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ Y YOANA LAZARO POMED 137
- 23 PAPEL DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE ICTUS**
NATALIA BRAVO FRAGUAS, MARTA OLIVAN VAL, MARÍA GARCÍA LORENTE, BEATRIZ BURGOS GARCIA, ALEJANDRO DOMINGO ALEGRE Y ANGEL M^a MARTÍNEZ GONZÁLEZ 147

- 24 DESAFÍOS ÉTICOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
EXPERIMENTADOS POR ENFERMERAS DE CUIDADOS
INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES
CRÍTICAMENTE ENFERMOS**
PAULA ALBA LAHUERTA SERRANO, MARÍA DEL MAR GALINDO
ALBA, ISABEL MARÍN JULIÁN, LUCIA ROMÁN CUARTERO, JESUS
JAVIER DUEÑAS MIGUEL Y PATRICIA VELILLA GAJARDO 153
- 25 MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS:
IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN
POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ENTORNOS DE ALTA
PRESIÓN**
LUCIA ROMÁN CUARTERO, JESUS JAVIER DUEÑAS MIGUEL,
PATRICIA VELILLA GAJARDO, PAULA ALBA LAHUERTA SERRANO,
MARÍA DEL MAR GALINDO ALBA Y ISABEL MARÍN JULIÁN 161
- 26 LA IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN CONTINUA EN LA
MEJORA DE LA EFICIENCIA ADMINISTRATIVA**
SILVIA BLANC OMEDES, ANA BASILISA ROCHE BORGE, ROMAN
LOBERA MOLINA, ELENA VAL CALVO, GABRIELA BOUR Y SUSANA
ATRIÁN CASANOVA 165
- 27 ESTRATEGIAS PARA OPTIMIZAR LA EFICIENCIA
ADMINISTRATIVA EN ENTORNOS HOSPITALARIOS**
ANA BASILISA ROCHE BORGE, ROMAN LOBERA MOLINA, ELENA
VAL CALVO, GABRIELA BOUR, SUSANA ATRIÁN CASANOVA Y
SILVIA BLANC OMEDES 175
- 28 CONTRASTES ESPECÍFICOS EN ECOGRAFÍA HEPÁTICA:
MEJORANDO EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES DEL
HÍGADO**
JUAN MURCIA NAVASCUÉS Y MARINA MARTÍNEZ CHAVERO 181
- 29 PATOLOGÍAS MUSCULOESQUELÉTICAS MÁS FRECUENTES:
CARACTERÍSTICAS, REPERCUSIONES Y ABORDAJE**
BRAYAN SMITH SERVENT RODRÍGUEZ, MARIAN MADURGA
HERRERA, YANIRA LÓPEZ MARTÍNEZ DE LIZARRONDO, MIREN
AGURTZANE PÉREZ CONDE Y LEIRE MUTUBERRIA ALDUNCIN 189

30 ATENCIÓN INTEGRAL HACIA LOS ADULTOS MAYORES. UNA VISIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MERCEDES DE ALBA ROMERO	195
31 VIDA SANA, CORAZÓN SANO: HÁBITOS SALUDABLES Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR VIOLETA SORINA MACAVEI, ANTONIA ARROYO PEREZ, ANTONIO RAYA ANTUNEZ, MARÍA LAFUENTE ADE, M ^a TERESA TELLO DOMINGUEZ Y CRISTINA MIHAELA FLENCHES	205
32 EL ENTORNO Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL COMO FACTOR DE PREVENCIÓN EN EL ACOSO LABORAL DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS SUSANA GUILLAMON CELADES, VICTOR MANUEL REQUENO CAURIN, EDUARDO JOSE PEÑARROCHA GARZON, SERGIO MAGEN GARCIA, NATALIA FERNÁNDEZ CAMPO Y JAVIER NAVARRO GARCÍA	211
33 PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL TRIAJE ESTRUCTURADO: CLASIFICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS IASMINA BEATRICE BRICIU, FÁTIMA CONDE ESPÍÑO, SARA JOSEFA PUY ROC, RAQUEL PÉREZ MARINAS, RAQUEL ASÍN Y MARTA TERRADO ROYO	219
34 EL TRABAJADOR SOCIAL COMO ENLACE ENTRE LA COMUNIDAD Y EL SISTEMA SANITARIO SUSANA ATRIÁN CASANOVA, SILVIA BLANC OMEDES, ANA BASILISA ROCHE BORGE, ROMAN LOBERA MOLINA, ELENA VAL CALVO Y GABRIELA BOUR	225
35 ACTUACIÓN DEL GRADUADO EN ENFERMERÍA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA: SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO RAQUEL ASÍN, MARTA TERRADO ROYO, IASMINA BEATRICE BRICIU, FÁTIMA CONDE ESPÍÑO, SARA JOSEFA PUY ROC Y RAQUEL PÉREZ MARINAS	231
36 EVOLUCIÓN DE LA DIGITALIZACIÓN EN IMAGEN RADIOLÓGICA MARINA MARTÍNEZ CHAVERO Y JUAN MURCIA NAVASCUÉS	237

- 37 HIGIENE AMBIENTAL Y DEL ENTORNO INMEDIATO DEL PACIENTE: INTERVENCIÓN DEL TCAE EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES CRUZADAS**
MARÍA LAFUENTE ADE, M^a TERESA TELLO DOMINGUEZ, CRISTINA MIHAELA FLENCHES, VIOLETA SORINA MACAVEL, ANTONIA ARROYO PEREZ Y ANTONIO RAYA ANTUNEZ 241
- 38 EL CELADOR EN EL MARCO NORMATIVO DE IGUALDAD EFECTIVA ENTRE MUJERES Y HOMBRES EN EL SECTOR SANITARIO**
MARÍA CARMEN LAGUNA RUIZ, ESTELA PUGA DIAZ, OLGA PUGA DIAZ, MARTA APARICIO CHAVARRI, SANDRA BRAVO ARROYO Y JUAN JOSE MUÑOZ CARMONA 247
- 39 CONTENCIÓN VERBAL Y EMOCIONAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSICÓTICOS: INTERVENCIÓN NO COERCITIVA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
MARTA TERRADO ROYO, IASMINA BEATRICE BRICIU, FÁTIMA CONDE ESPÍÑO, SARA JOSEFA PUY ROC, RAQUEL PÉREZ MARINAS Y RAQUEL ASÍN 253
- 40 ACOMPAÑAMIENTO DEL MENOR EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: TÉCNICAS DE CONTENCIÓN Y COMUNICACIÓN EFECTIVA**
SARA JOSEFA PUY ROC, RAQUEL PÉREZ MARINAS, RAQUEL ASÍN, MARTA TERRADO ROYO, IASMINA BEATRICE BRICIU Y FÁTIMA CONDE ESPÍÑO 259
- 41 EL ROL DE ENFERMERÍA EN EL TRIAJE HOSPITALARIO DE URGENCIAS: ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD**
PATRICIA VELILLA GAJARDO, PAULA ALBA LAHUERTA SERRANO, MARÍA DEL MAR GALINDO ALBA, ISABEL MARÍN JULIÁN, LUCIA ROMÁN CUARTERO Y JESUS JAVIER DUEÑAS MIGUEL 265
- 42 USO DEL PORT A CATH: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
LUCÍA SIMÓN PÉREZ-NIEVAS, MARTA OCHOA GUTIÉRREZ, RAQUEL GRACIA PÉREZ-ARCOS, PAULA GARCÍA OZCOZ, NOEMÍ GIL VITAS Y CARMEN RUIZ BURGOS 273

- 43 FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR.
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**
MARTA OCHOA GUTIÉRREZ, CARMEN RUIZ BURGOS, NOEMÍ GIL
VITAS, RAQUEL GRACIA PÉREZ-ARCOS, PAULA GARCÍA OZCOZ Y
LUCÍA SIMÓN PÉREZ-NIEVAS 277
- 44 EL ELECTROCARDIOGRAMA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN
URGENCIAS Y ATENCIÓN HOSPITALARIA**
ESTHER MARTINEZ AMEZCUA, AMALIA MIRO MAIRAL, IDOYA
AYENSA MONTALVO, MARYSOL SANCHEZ SARRIA, MARIA
TERESA VELA BENAVENTE Y MARÍA CARMEN PARICIO MARTELES 281
- 45 EL PAPEL DEL CELADOR EN LOS DIFERENTES TIPOS DE
AISLAMIENTO EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION**
SERGIO MAGEN GARCIA, NATALIA FERNÁNDEZ CAMPO, JAVIER
NAVARRO GARCÍA, SUSANA GUILLAMON CELADES, VICTOR
MANUEL REQUENO CAURIN Y EDUARDO JOSE PEÑARROCHA
GARZON 287
- 46 LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES MÁS FRECUENTES Y
LOS FACTORES DE RIESGO**
IDOYA AYENSA MONTALVO, MARYSOL SANCHEZ SARRIA, MARIA
TERESA VELA BENAVENTE, MARÍA CARMEN PARICIO MARTELES,
ESTHER MARTINEZ AMEZCUA Y AMALIA MIRO MAIRAL 293
- 47 FASES Y ABORDAJE INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD TERMINAL**
MARÍA CARMEN PARICIO MARTELES, ESTHER MARTINEZ
AMEZCUA, AMALIA MIRO MAIRAL, IDOYA AYENSA MONTALVO,
MARYSOL SANCHEZ SARRIA Y MARIA TERESA VELA BENAVENTE 299
- 48 UTILIZACIÓN DEL ACCESO INTRAÓSEO EN SITUACIONES DE
URGENCIA VITAL: INTERVENCIÓN ENFERMERA EN
EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS Y ADULTAS**
RAQUEL PÉREZ MARINAS, RAQUEL ASÍN, MARTA TERRADO ROYO,
IASMINA BEATRICE BRICIU, FÁTIMA CONDE ESPÍÑO Y SARA
JOSEFA PUY ROC 305

49	LA PRESCRIPCIÓN SOCIAL: UN CAMINO HACIA LA EQUIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA ADULTOS MAYORES EN COLOMBIA ELIANA CARRILLO DIAZ	311
50	PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y SALUD MENTAL EN POBLACIÓN INFANTIL: UN ANÁLISIS DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH), ANSIEDAD Y DEPRESIÓN BEATRIZ PÉREZ PÉREZ, BLANCA ARNAIZ NAVARRO, ADOLFO DOMINGUEZ BERNE, NIEVES LLORENTE MARQUINA, MARINA FERRER BUENO Y MARIA ROSA ARANDA GONZALEZ	317
51	RIESGOS POTENCIALES DEL SUPLEMENTO DE ÁCIDO FÓLICO DURANTE LA GESTACIÓN EN RELACIÓN CON SÍNDROMES DE PIERRE-ROBIN Y LABIO LEPORINO ROMAN LOBERA MOLINA, ELENA VAL CALVO, GABRIELA BOUR, SUSANA ATRIÁN CASANOVA, SILVIA BLANC OMEDES Y ANA BASILISA ROCHE BORGE	321
52	EFFECTOS DE LA NEUROMODULACIÓN PERCUTÁNEA EN LA ESPASTICIDAD POST-ICTUS EDUARDO FERNÁNDEZ DORTA	325
53	HIPOEROXIGENACIÓN HIPERBÁRICA Y RADIOTERAPIA COMO ESTRATEGIA RADIOSENSIBILIZANTE EN TUMORES CEREBRALES LAURA SALGADO MÉNDEZ	333
54	INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS JAVIER NAVARRO GARCÍA, SUSANA GUILLAMON CELADES, VICTOR MANUEL REQUENO CAURIN, EDUARDO JOSE PEÑARROCHA GARZON, SERGIO MAGEN GARCIA Y NATALIA FERNÁNDEZ CAMPO	339
55	IMPACTO DEL ESTRÉS LABORAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DEL CUIDADO ELIZABETH BLAS RUBIO, DANIEL CASANOVAS GALINDO, TOMAS SAEZ CALVO, JUAN ANTONIO ANTEQUERA MARTÍN, ALBERTO ARGUEDAS LAFUENTE Y NURIA LOURDES ENGUITA BRUNED	343

- 56 RETINOSQUISIS JUVENIL LIGADA AL CROMOSOMA X:
IMPORTANCIA DE LA IMAGEN MACULAR ANTE BAJA AGUDEZA
VISUAL**
CLAUDIA SANZ POZO, MARIA CHACON GONZALEZ, MÓNICA
ESPEJO LORENTE, JUAN JOSÉ NARRO ALBESA, MÓNICA MUÑOZ
LAÍN Y FRANCISCO JAVIER SERRANO GRACIA 349
- 57 LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL
FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO: SU
LABOR EN LA GESTIÓN SANITARIA Y LA ATENCIÓN AL USUARIO**
BLANCA ARNAIZ NAVARRO, ADOLFO DOMINGUEZ BERNE, NIEVES
LLORENTE MARQUINA, MARINA FERRER BUENO, MARIA ROSA
ARANDA GONZALEZ Y BEATRIZ PÉREZ PÉREZ 353
- 58 EL CELADOR COMO EJE LOGÍSTICO EN EL "CÓDIGO ICTUS" Y
"CÓDIGO AZUL": COORDINACIÓN DE LA RESPUESTA CRÍTICA
EN URGENCIAS**
JUAN JOSÉ LOZANO LOPEZ, DESIREÉ RAMIS GARDE, MERCEDES
SALINAS ORDOVAS, ANA ISABEL MANRIQUE MAGALLON,
FRANCISCO JAVIER LOPEZ IGLESIAS Y MARÍA EUGENIA
CARROQUINO 363
- 59 CELADOR CON FRACTURA DE MANO EJERCIENDO SU TRABAJO**
FRANCISCO JAVIER LOPEZ IGLESIAS, MARÍA EUGENIA
CARROQUINO, JUAN JOSÉ LOZANO LOPEZ, DESIREÉ RAMIS
GARDE, MERCEDES SALINAS ORDOVAS Y ANA ISABEL MANRIQUE
MAGALLON 369
- 60 EL IMPACTO DEL ESTRÉS CRÓNICO EN EL CUERPO Y SU
MANEJO: UNA REVISIÓN BASADA EN LITERATURA CIENTÍFICA**
MARTA APARICIO CHAVARRI, SANDRA BRAVO ARROYO, JUAN
JOSE MUÑOZ CARMONA, MARÍA CARMEN LAGUNA RUIZ, ESTELA
PUGA DIAZ Y OLGA PUGA DIAZ 373
- 61 BUENAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE**
JUAN ANTONIO ANTEQUERA MARTÍN, ALBERTO ARGUEDAS
LAFUENTE, NURIA LOURDES ENGUITA BRUNED, ELIZABETH BLAS
RUBIO, DANIEL CASANOVAS GALINDO Y TOMAS SAEZ CALVO 379

- 62 **ANÁLISIS Y OPTIMIZACIÓN DE LA SEGURIDAD ELÉCTRICA EN QUIRÓFANOS Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: EL ROL DEL ELECTRICISTA DEL SALUD**
RAFAEL CARLOS INFANTE CARRILLO, ANA GARCIA ARNAIZ, MARÍA RODRÍGUEZ BLASCO, MARÍA SANDRA BARLUENGA VIÑUALES, INÉS BOLEA ALCUBIERRE Y ROCÍO GARCÍA LÓPEZ 383
- 63 **MUJERES, ALCOHOL Y PRECARIEDAD EN ESPAÑA: UNA MIRADA DESDE LA SALUD PÚBLICA Y LA SALUD COMUNITARIA**
ANA GARCIA ARNAIZ, MARÍA RODRÍGUEZ BLASCO, MARÍA SANDRA BARLUENGA VIÑUALES, INÉS BOLEA ALCUBIERRE, ROCÍO GARCÍA LÓPEZ Y RAFAEL CARLOS INFANTE CARRILLO 391
- 64 **PSICOEDUCACIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA EN EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**
ELISABETH FLORES FERNANDEZ, CORINA BLES MATEO, PILAR TIZON MARTINEZ, ROCÍO LÓPEZ SORIANO, LUCIA PALLARES FUSTER Y ELENA MANOQUÉ GUALLAR 399
- 65 **ANÁLISIS DE LAS CAIDAS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDOS EN URGENCIAS**
NATALIA RODRÍGUEZ MARTINEZ Y RAQUEL FRANCO DE LA RUBIA 407
- 66 **LA SANIDAD PÚBLICA COMO PILAR DEL BIENESTAR SOCIAL: ANÁLISIS DE SU IMPORTANCIA, RETOS Y PERSPECTIVAS EN EL CONTEXTO ACTUAL**
MARINA FERRER BUENO, MARIA ROSA ARANDA GONZALEZ, BEATRIZ PÉREZ PÉREZ, BLANCA ARNAIZ NAVARRO, ADOLFO DOMINGUEZ BERNE Y NIEVES LLORENTE MARQUINA 417
- 67 **CUIDADOS DE LA TRACCIÓN BLANDA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA TOMADORES DE ANTICOAGULANTE ORAL**
NOEMÍ GIL VITAS, PAULA GARCÍA OZCOZ, MARTA OCHOA GUTIÉRREZ, RAQUEL GRACIA PÉREZ-ARCOS, LUCÍA SIMÓN PÉREZ-NIEVAS Y CARMEN RUIZ BURGOS 423

68	EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE EL USO DE APLICACIONES MÓVILES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL EJERCICIO TERAPÉUTICO (2019–2025) CLARA PEDRALS MOLINS	429
69	ROL DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS VENOSAS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA RAQUEL GRACIA PÉREZ-ARCOS, NOEMÍ GIL VITAS, PAULA GARCÍA OZCOZ, CARMEN RUIZ BURGOS, MARTA OCHOA GUTIÉRREZ Y LUCÍA SIMÓN PÉREZ-NIEVAS	433
70	TERAPIAS EMERGENTES EN GLAUCOMA: AVANCES Y PERSPECTIVAS MARIA CHACON GONZALEZ, MÓNICA ESPEJO LORENTE, JUAN JOSÉ NARRO ALBESA, MÓNICA MUÑOZ LAÍN, FRANCISCO JAVIER SERRANO GRACIA Y CLAUDIA SANZ POZO	439
71	EL IMPACTO DE LAS REDES SOCIALES EN LA SALUD MENTAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA PAULA GARCÍA OZCOZ, LUCÍA SIMÓN PÉREZ-NIEVAS, NOEMÍ GIL VITAS, MARTA OCHOA GUTIÉRREZ, CARMEN RUIZ BURGOS Y RAQUEL GRACIA PÉREZ-ARCOS	445
72	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL: REVISIÓN ACTUAL BASADA EN LA EVIDENCIA CARMEN RUIZ BURGOS, NOEMÍ GIL VITAS, RAQUEL GRACIA PÉREZ-ARCOS, LUCÍA SIMÓN PÉREZ-NIEVAS, MARTA OCHOA GUTIÉRREZ Y PAULA GARCÍA OZCOZ	451
73	IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA PRÁCTICA ENFERMERA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE LAURA VICENTE ALONSO, IZARBE DOÑATE BAREA, ELENA GALINDO MIGUEL, CRISTINA NOGALES ESCUSA, JULIA NAVARRO SUSINOS Y TOMAS PUNTER SERRANO	455

- 74 LA IMPORTANCIA DE LOS CONTRASTES EN RADIOLOGÍA Y SU EVOLUCIÓN FUTURA**
NATALIA FERNÁNDEZ CAMPO, JAVIER NAVARRO GARCÍA,
SUSANA GUILLAMON CELADES, VICTOR MANUEL REQUENO
CAURIN, EDUARDO JOSE PEÑARROCHA GARZON Y SERGIO
MAGEN GARCIA 461
- 75 ESCOLIOSIS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: DIAGNÓSTICO Y RETOS ACTUALES**
MARIAN MADURGA HERRERA, YANIRA LÓPEZ MARTÍNEZ DE
LIZARRONDO, MIREN AGURTZANE PÉREZ CONDE, LEIRE
MUTUBERRIA ALDUNCIN Y BRAYAN SMITH SERVENT RODRÍGUEZ 465
- 76 CARGA EMOCIONAL Y FUNCIONAL EN EL ENTORNO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE HUNTINGTON**
YANIRA LÓPEZ MARTÍNEZ DE LIZARRONDO, MIREN AGURTZANE
PÉREZ CONDE, LEIRE MUTUBERRIA ALDUNCIN, BRAYAN SMITH
SERVENT RODRÍGUEZ Y MARIAN MADURGA HERRERA 471
- 77 PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS TAC**
SANDRA BRAVO ARROYO, JUAN JOSE MUÑOZ CARMONA, MARÍA
CARMEN LAGUNA RUIZ, ESTELA PUGA DIAZ, OLGA PUGA DIAZ Y
MARTA APARICIO CHAVARRI 479
- 78 MANEJO DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON ÚLCERAS POR PRESIÓN ESTADIO III: CASO CLÍNICO**
JESSICA VANESSA MOROCHO ARROBO, MIREN ESLAVA PÉREZ DE
ARRILUCEA Y ÁNGELA PRIETO ALONSO 485
- 79 EL PAPEL DEL ENFERMERO EN EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL, INCLUYENDO LA SEGURIDAD Y EL BIENESTAR DEL PROFESIONAL**
MARÍA GARCÍA LORENTE, BEATRIZ BURGOS GARCIA,
ALEJANDRO DOMINGO ALEGRE, ANGEL Mª MARTÍNEZ
GONZÁLEZ, NATALIA BRAVO FRAGUAS Y MARTA OLIVAN VAL 489

- 80 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA RESISTENTE AL TRATAMIENTO: ADMINISTRACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACIÓN**
GEMA SANTED MORATA, CRISTINA RECALDE VALLEJO, ANDREA GIRON HERNANDEZ, PABLO GARCÍA ECED, NOELIA GAJATE GARMENDIA Y CARMEN SANCHO MUR 495
- 81 OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA OBSOLESCENCIA TECNOLÓGICA EN ORGANIZACIONES SANITARIAS**
BEATRIZ MARTÍNEZ ZAMORA, LIDIA PANO HURTADO, JORGE MARIN AYARZA, NOELIA LASHERAS JIMENEZ, PILAR ÁNGELA PULIDO ARELLANO Y CRISTINA HERNANDO HERNANDEZ 501
- 82 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA EDUCACIÓN SANITARIA BÁSICA: COLABORACIÓN EN LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES Y AUTOCUIDADOS**
ANA CRISTINA JULVE ZALDIVAR, GYONGYI SABOU TOTH, CAROLINA CUELLO FONTANA, MARIA TERESA GONZÁLEZ FUMAT, PILAR GRANDE MELCHOR Y SANDRA SUBIAS ROMERO 509
- 83 LA INFLUENCIA DE LAS FAMILIAS FRENTE AL ACOSO ESCOLAR**
PILAR ÁNGELA PULIDO ARELLANO, CRISTINA HERNANDO HERNANDEZ, BEATRIZ MARTÍNEZ ZAMORA, LIDIA PANO HURTADO, JORGE MARIN AYARZA Y NOELIA LASHERAS JIMENEZ 515
- 84 FRAGILIDAD ÓSEA EN EL ADULTO MAYOR: FRACTURAS MÁS FRECUENTES**
ANTONIA ARROYO PEREZ, ANTONIO RAYA ANTUNEZ, MARÍA LAFUENTE ADE, M^a TERESA TELLO DOMINGUEZ, CRISTINA MIHAELA FLENCHES Y VIOLETA SORINA MACAVEI 521
- 85 PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES FRÁGILES: FACTORES DE RIESGO, ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA Y EDUCACIÓN SANITARIA**
NARELYS DELGADO HERNÁNDEZ, LUIS ROBERTO MEDEROS MESA, TANIA IBAÑEZ BOIX, PAULA IRANZO GAUTHIER, MARÍA ÁNGELES SELLÉS ANDREO Y ROCIO GUADALUPE TOLEDO REYES 527

- 86 VIGILANCIA DEL ESTADO NEUROLÓGICO EN OBSERVACIÓN:
USO DE ESCALA GLASGOW Y CRITERIOS DE ALARMA**
PAULA IRANZO GAUTHIER, MARÍA ÁNGELES SELLÉS ANDREO,
ROCIO GUADALUPE TOLEDO REYES, NARELYS DELGADO
HERNÁNDEZ, LUIS ROBERTO MEDEROS MESA Y TANIA IBAÑEZ
BOIX 533
- 87 CUIDADOS EN EL POLITRAUMATIZADO: CONTROL DE VÍA
AÉREA, CIRCULACIÓN Y VALORACIÓN RÁPIDA PRIMARIA**
TANIA IBAÑEZ BOIX, PAULA IRANZO GAUTHIER, MARÍA ÁNGELES
SELLÉS ANDREO, ROCIO GUADALUPE TOLEDO REYES, NARELYS
DELGADO HERNÁNDEZ Y LUIS ROBERTO MEDEROS MESA 539
- 88 MANEJO ENFERMERO DEL PACIENTE EN VENTILACIÓN
MECÁNICA NO INVASIVA: AJUSTE INICIAL Y VIGILANCIA**
ROCIO GUADALUPE TOLEDO REYES, NARELYS DELGADO
HERNÁNDEZ, LUIS ROBERTO MEDEROS MESA, TANIA IBAÑEZ
BOIX, PAULA IRANZO GAUTHIER Y MARÍA ÁNGELES SELLÉS
ANDREO 545
- 89 ROL DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES
DESORIENTADAS**
JUAN JOSE MUÑOZ CARMONA, MARÍA CARMEN LAGUNA RUIZ,
ESTELA PUGA DIAZ, OLGA PUGA DIAZ, MARTA APARICIO
CHAVARRI Y SANDRA BRAVO ARROYO 551
- 90 PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA
MEDICACIÓN: SEGURIDAD DESDE LA ADMINISTRACIÓN
ENFERMERA**
MÓNICA ESPEJO LORENTE, JUAN JOSÉ NARRO ALBESA, MÓNICA
MUÑOZ LAÍN, FRANCISCO JAVIER SERRANO GRACIA, CLAUDIA
SANZ POZO Y MARIA CHACON GONZALEZ 555
- 91 CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO: VÍAS,
DRENAJES, CONTROL DE DOLOR Y COMPLICACIONES
TEMPRANAS**
MARÍA ÁNGELES SELLÉS ANDREO, ROCIO GUADALUPE TOLEDO
REYES, NARELYS DELGADO HERNÁNDEZ, LUIS ROBERTO
MEDEROS MESA Y TANIA IBAÑEZ BOIX 559

- 92 ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON PLURIPATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: COORDINACIÓN ASISTENCIAL, REVISIÓN TERAPÉUTICA Y SEGUIMIENTO CONTINUADO**
LUIS ROBERTO MEDEROS MESA, TANIA IBAÑEZ BOIX, PAULA IRANZO GAUTHIER, MARÍA ÁNGELES SELLÉS ANDREO, ROCIO GUADALUPE TOLEDO REYES Y NARELYS DELGADO HERNÁNDEZ 565
- 93 PREVENCIÓN DE LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS EN CELADORES: ERGONOMÍA APLICADA**
VICTOR MANUEL REQUENO CAURIN, EDUARDO JOSE PEÑARROCHA GARZON, SERGIO MAGEN GARCIA, NATALIA FERNÁNDEZ CAMPO, JAVIER NAVARRO GARCÍA Y SUSANA GUILLAMON CELADES 571
- 94 INFECCIONES NOSOCOMIALES**
ELENA MUÑIZ FERNÁNDEZ Y ESTHER GUTIERREZ FERNANDEZ 575
- 95 DE LA PREVENCIÓN A LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CONSUMO DE CANNABIS: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA Y BACHILLERATO**
FÁTIMA CONDE ESPIÑO, SARA JOSEFA PUY ROC, RAQUEL PÉREZ MARINAS, RAQUEL ASÍN, MARTA TERRADO ROYO Y IASMINA BEATRICE BRICIU 581
- 96 MIOCARDITIS AGUDA ASOCIADA A INFECCIÓN VIRAL EN ADOLESCENTE**
ANTONIO RAYA ANTUNEZ, MARÍA LAFUENTE ADE, Mª TERESA TELLO DOMINGUEZ, CRISTINA MIHAELA FLENCHES, VIOLETA SORINA MACAVEI Y ANTONIA ARROYO PEREZ 595
- 97 LA IMPORTANCIA DE LA PALABRA Y EL MANEJO DEL SILENCIO EN EL ÁMBITO SANITARIO: ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA CONSCIENTE Y HUMANIZADA.**
NIEVES LLORENTE MARQUINA, MARINA FERRER BUENO, MARIA ROSA ARANDA GONZALEZ, BEATRIZ PÉREZ PÉREZ, BLANCA ARNAIZ NAVARRO Y ADOLFO DOMINGUEZ BERNE 599

- 98 ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE UNA PARADA
CARDIORRESPIRATORIA: ALGORITMO ACTUALIZADO DE
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)**
TOMAS PUNTER SERRANO, LAURA VICENTE ALONSO, IZARBE
DOÑATE BAREA, ELENA GALINDO MIGUEL, CRISTINA NOGALES
ESCUSA Y JULIA NAVARRO SUSINOS 605
- 99 CELADOR EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA:
APOYO LOGÍSTICO EN LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MATERIAL**
MARÍA RODRÍGUEZ BLASCO, MARÍA SANDRA BARLUENGA
VIÑUALES, INÉS BOLEA ALCUBIERRE, ROCÍO GARCÍA LÓPEZ,
RAFAEL CARLOS INFANTE CARRILLO Y ANA GARCIA ARNAIZ 609
- 100 TRATO ADECUADO A MENORES, PERSONAS MAYORES Y
COLECTIVOS VULNERABLES**
DESIREÉ RAMIS GARDE, MERCEDES SALINAS ORDOVAS, ANA
ISABEL MANRIQUE MAGALLON, FRANCISCO JAVIER LOPEZ
IGLESIAS, MARÍA EUGENIA CARROQUINO Y JUAN JOSÉ LOZANO
LOPEZ 613
- 101 PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PREVENCIÓN
DE ULCERAS POR PRESIÓN**
NOELIA LASHERAS JIMENEZ, PILAR ÁNGELA PULIDO ARELLANO,
CRISTINA HERNANDO HERNANDEZ, BEATRIZ MARTÍNEZ
ZAMORA, LIDIA PANO HURTADO Y JORGE MARIN AYARZA 617
- 102 USO CORRECTO DE LA TERAPIA COMPRESIVA EN ÚLCERAS
VENOSAS**
JUAN BUSTA ALVAREZ Y NEREA ROBLES GARCÍA 621
- 103 ENVEJECIMIENTO Y FUNCIÓN COGNITIVA: EFICACIA DE LOS
PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN EN LA TERCERA EDAD**
MARYSOL SANCHEZ SARRIA, MARIA TERESA VELA BENAVENTE,
MARÍA CARMEN PARICIO MARTELES, ESTHER MARTINEZ
AMEZCUA, AMALIA MIRO MAIRAL Y IDOYA AYENSA MONTALVO 629

104 LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO SANITARIO GYONGYI SABOU TOTH, CAROLINA CUELLO FONTANA, MARIA TERESA GONZÁLEZ FUMAT, PILAR GRANDE MELCHOR, SANDRA SUBIAS ROMERO Y ANA CRISTINA JULVE ZALDIVAR	635
105 TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS PRIMERAS FASES DE LA ARTRITIS: INTERVENCIÓN Y PROMOCIÓN DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL LIDIA PANO HURTADO, JORGE MARIN AYARZA, NOELIA LASHERAS JIMENEZ, PILAR ÁNGELA PULIDO ARELLANO, CRISTINA HERNANDO HERNANDEZ Y BEATRIZ MARTÍNEZ ZAMORA	639
106 IMPACTO SANITARIO DE LA GRIPE A MARIA TERESA VELA BENAVENTE, MARÍA CARMEN PARICIO MARTELES, ESTHER MARTINEZ AMEZCUA, AMALIA MIRO MAIRAL, IDOYA AYENSA MONTALVO Y MARYSOL SANCHEZ SARRIA	647
107 LA ENFERMERÍA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE ALARMA INTELIGENTE PARA PACIENTES JULIA NAVARRO SUSINOS, TOMAS PUNTER SERRANO, LAURA VICENTE ALONSO, IZARBE DOÑATE BAREA, ELENA GALINDO MIGUEL Y CRISTINA NOGALES ESCUSA	653
108 PREVENCIÓN DE LESIONES EN CORREDORES: ANÁLISIS BIOMECÁNICO Y PLANIFICACIÓN DE CARGAS LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ, YOANA LAZARO POMED, AINHOA MAGUREGUI, BEATRIZ LABARTA ALEGRE, OSCAR ORTEGA LABORDA Y MONICA MARI FERRER	659
109 AUTOCUIDADO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS MARIA ESTHER CEPEDAL CUENCA	663
110 READAPTACIÓN FUNCIONAL DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR TRAS CIRUGÍA MONICA MARI FERRER, LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ, YOANA LAZARO POMED, AINHOA MAGUREGUI, BEATRIZ LABARTA ALEGRE Y OSCAR ORTEGA LABORDA	669

- 111 IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DE LAS AYUNAS PARA REALIZAR LA TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES**
ADUR MENDIVIL ALDUNATE, MIRYAM ARANAZ LÓPEZ Y REBECA BERNALTE TOLEDO 675
- 112 UTILIDAD TERAPÉUTICA DE LOS ENEMAS: TIPOS, APLICACIÓN Y RIESGOS ASOCIADOS**
AMALIA MIRO MAIRAL, IDOYA AYENSA MONTALVO, MARYSOL SANCHEZ SARRIA, MARIA TERESA VELA BENAVENTE, MARÍA CARMEN PARICIO MARTELES Y ESTHER MARTINEZ AMEZCUA 679
- 113 TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON EPOC: DRENAJE Y REEDUCACIÓN**
YOANA LAZARO POMED, AINHOA MAGUREGUI, BEATRIZ LABARTA ALEGRE, OSCAR ORTEGA LABORDA, MONICA MARI FERRER Y LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ 685
- 114 PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES DESDE LA FISIOTERAPIA**
BEATRIZ LABARTA ALEGRE, OSCAR ORTEGA LABORDA, MONICA MARI FERRER, LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ, YOANA LAZARO POMED Y AINHOA MAGUREGUI 691
- 115 PARTICIPACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LA MOVILIZACIÓN Y TRASLADO**
INÉS BOLEA ALCUBIERRE, ROCÍO GARCÍA LÓPEZ, RAFAEL CARLOS INFANTE CARRILLO, ANA GARCIA ARNAIZ, MARÍA RODRÍGUEZ BLASCO Y MARÍA SANDRA BARLUENGA VIÑUALES 697
- 116 BIOSEGURIDAD EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON VIH O HEPATITIS: MEDIDAS PREVENTIVAS APLICADAS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
CORINA BLESÁ MATEO, PILAR TIZON MARTINEZ, ROCÍO LÓPEZ SORIANO, LUCIA PALLARES FUSTER, ELENA MANOGUÉ GUALLAR Y ELISABETH FLORES FERNANDEZ 703

- 117 CUIDADOS DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE OSTRASIS
HOSPITALIZADO: EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
SANDRA SUBIAS ROMERO, ANA CRISTINA JULVE ZALDIVAR,
GYONGYI SABOU TOTH, CAROLINA CUELLO FONTANA, MARIA
TERESA GONZÁLEZ FUMAT Y PILAR GRANDE MELCHOR 709
- 118 GESTIÓN LOGÍSTICA Y ASISTENCIAL DEL CELADOR EN EL ÁREA
QUIRÚRGICA DEL SALUD ARAGÓN**
EDUARDO JOSE PEÑARROCHA GARZON, SERGIO MAGEN GARCIA,
NATALIA FERNÁNDEZ CAMPO, JAVIER NAVARRO GARCÍA,
SUSANA GUILLAMON CELADES Y VICTOR MANUEL REQUENO
CAURIN 715
- 119 DENSITOMETRÍA ÓSEA**
MIRYAM ARANAZ LÓPEZ, ADUR MENDIVIL ALDUNATE Y REBECA
BERNALTE TOLEDO 721
- 120 MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DEL POLITRAUMATIZADO**
JORGE MARIN AYARZA, NOELIA LASHERAS JIMENEZ, PILAR
ÁNGELA PULIDO ARELLANO, CRISTINA HERNANDO HERNANDEZ,
BEATRIZ MARTÍNEZ ZAMORA Y LIDIA PANO HURTADO 725
- 121 DIVERTICULITIS COMPLICADA EN ADULTOS JÓVENES: REPORTE
DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE PRESENTACIONES ATÍPICAS,
DIAGNÓSTICO Y MANEJO QUIRÚRGICO**
ROCÍO GARCÍA LÓPEZ, RAFAEL CARLOS INFANTE CARRILLO, ANA
GARCIA ARNAIZ, MARÍA RODRÍGUEZ BLASCO, MARÍA SANDRA
BARLUENGA VIÑUALES Y INÉS BOLEA ALCUBIERRE 729
- 122 CUIDADOS, PREPARACION, FACTORES DE RIESGO Y ASISTENCIA
EN EL PACIENTE QUIRURGICO**
PILAR TIZON MARTINEZ, ROCÍO LÓPEZ SORIANO, LUCIA
PALLARES FUSTER, ELENA MANOGUÉ GUALLAR, ELISABETH
FLORES FERNANDEZ Y CORINA BLESÁ MATEO 735

- 123 GESTIÓN DE CITAS Y LISTAS DE ESPERA EN EL SERVICIO
ARAGONÉS DE SALUD: FUNCIONES ESTRATÉGICAS DEL
AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
DIANA ANDREU PASCUAL, CARMEN CAROLINA ALONSO
SERRANO, CRISTINA LIAÑO LASHERAS, ANA BELÉN ANDREU
PASCUAL, MARIA TERESA ABAD ALVARO Y GLORIA SEGURA
BARROSO 747
- 124 EL ESTRÉS DEL PERSONAL NO SANITARIO EN LAS
INSTITUCIONES SANITARIAS**
MARIA ROSA ARANDA GONZALEZ, BEATRIZ PÉREZ PÉREZ,
BLANCA ARNAIZ NAVARRO, ADOLFO DOMINGUEZ BERNE, NIEVES
LLORENTE MARQUINA Y MARINA FERRER BUENO 753
- 125 ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON SÍNDROME DE
AUTOESCORIACIÓN NEUROGÉNICA HOSPITALARIA**
PILAR GRANDE MELCHOR, SANDRA SUBIAS ROMERO, ANA
CRISTINA JULVE ZALDIVAR, GYONGYI SABOU TOTH, CAROLINA
CUELLO FONTANA Y MARIA TERESA GONZÁLEZ FUMAT 759
- 126 EFECTOS DE LA PUNCIÓN SECA EN EL DOLOR DE ORIGEN
CERVICOGÉNICO**
OSCAR ORTEGA LABORDA, MONICA MARI FERRER, LAURA
GÓMEZ JIMÉNEZ, YOANA LAZARO POMED, AINHOA MAGUREGUI
Y BEATRIZ LABARTA ALEGRE 767
- 127 TRABAJO EN EQUIPO Y COORDINACIÓN CON ENFERMERÍA**
ROCÍO LÓPEZ SORIANO, LUCIA PALLARES FUSTER, ELENA
MANOGUÉ GUALLAR, ELISABETH FLORES FERNANDEZ, CORINA
BLESA MATEO Y PILAR TIZON MARTINEZ 771
- 128 EL EJERCICIO DE FUERZA COMO ALIADO EN LA PREVENCIÓN
DE ENFERMEDADES CARDÍACAS**
LORENA APERTE GOÑI, ALICIA GARIJO HORNILLOS, YAIZA
PASQUIER URMENETA, LIDIA PARDO HERRERA, JULIA ESTEBAN
ALVAREZ Y CLARA ARTETA PINILLA 775

- 129 LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EN ADULTO JOVEN**
MARÍA SANDRA BARLUENGA VIÑUALES, INÉS BOLEA
ALCUBIERRE, ROCÍO GARCÍA LÓPEZ, RAFAEL CARLOS INFANTE
CARRILLO, ANA GARCIA ARNAIZ Y MARÍA RODRÍGUEZ BLASCO 781
- 130 GUHARAQ Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SALUD
ARAGÓN**
ANA BELÉN ANDREU PASCUAL, MARIA TERESA ABAD ALVARO,
GLORIA SEGURA BARROSO, DIANA ANDREU PASCUAL, CARMEN
CAROLINA ALONSO SERRANO Y CRISTINA LIAÑO LASHERAS 785
- 131 DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE UNA DEGENERACIÓN MARGINAL
DE TERRIEN**
CRISTINA HERNANDO HERNANDEZ, BEATRIZ MARTÍNEZ
ZAMORA, LIDIA PANO HURTADO, JORGE MARIN AYARZA, NOELIA
LASHERAS JIMENEZ Y PILAR ÁNGELA PULIDO ARELLANO 791
- 132 GESTIÓN DEL FLUJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO**
ANDREIA DE FÁTIMA DA COSTA FARIA 797
- 133 AUMENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN
EL CONTEXTO ESPAÑOL**
MONTSERRAT BENAJES MARTÍNEZ, RAQUEL MATEO LATORRE,
BEATRIZ MEDIEL LAHOZ, JAVIER ALEXANDER ROMERO SARMA, S,
IRENE FRAILE PEÑARANDA Y ANDREA MATEO ABRIL 801
- 134 INTEROPERABILIDAD CLÍNICA EN ESPAÑA: IMPACTO DE LA
FRAGMENTACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ENTRE
COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y LÍNEAS DE MEJORA EN EL
MARCO EUROPEO**
LUCIA PALLARES FUSTER, ELENA MANOGUÉ GUALLAR,
ELISABETH FLORES FERNANDEZ, CORINA BLES MATEO, PILAR
TIZON MARTINEZ Y ROCÍO LÓPEZ SORIANO 809

- 135 ENTEROTOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (ENTERO-TC).
ENTEROGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA
(TAC)**
ELENA OLIVER ARRIAZU, ARITZ SOTRO ARCELUS, OIHANA PEÑA
ORCOYEN, AINHOA MURO IMAZ Y MIKEL MURGUIONDO
BERASTEGUI 817
- 136 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MANEJO DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON ALTERACIÓN DEL RITMO
SUEÑO-VIGILIA NO FARMACOLÓGICA**
MARIA TERESA GONZÁLEZ FUMAT, PILAR GRANDE MELCHOR,
SANDRA SUBIAS ROMERO, ANA CRISTINA JULVE ZALDIVAR,
GYONGYI SABOU TOTH Y CAROLINA CUELLO FONTANA 823
- 137 MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS**
CARMEN SANCHO MUR, CRISTINA RECALDE VALLEJO, GEMA
SANTED MORATA, ANDREA GIRON HERNANDEZ, PABLO GARCÍA
ECED Y NOELIA GAJATE GARMENDIA 829
- 138 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HEMODIÁLISIS:
CONSIDERACIONES FARMACOLÓGICAS Y AJUSTES**
ALICIA GARIJO HORNILLOS, YAIZA PASQUIER URMENETA, LIDIA
PARDO HERRERA, JULIA ESTEBAN ALVAREZ, CLARA ARTETA
PINILLA Y LORENA APERTE GOÑI 833
- 139 LA EMPATÍA COMO ESENCIA DEL CUIDADO TRANSPERSONAL:
IMPLICACIONES DE LA TEORÍA DE JEAN WATSON EN LA
PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA HUMANIZADA**
CRISTINA RECALDE VALLEJO, GEMA SANTED MORATA, ANDREA
GIRON HERNANDEZ, PABLO GARCÍA ECED, NOELIA GAJATE
GARMENDIA Y CARMEN SANCHO MUR 839
- 140 ERRORES FRECUENTES EN LA MOVILIDAD DE PACIENTES:
IMPLICACIONES PARA LA SEGURIDAD Y LA CALIDAD
ASISTENCIAL**
MARIA IDOYA CADENAS PAGO, SERGIO MARTIN CASALES,
RAQUEL GARCÍA BARQUILLA, MARIO HERNÁNDEZ BELLO, MARIA
ANTIN MARINOSA Y JORGE SÁNCHEZ MELÉNDEZ 847

- 141 EL MANGUITO ROTADOR: FUNCIÓN, LESIONES Y TRATAMIENTO**
AINHOA MURO IMAZ, OIHANA PEÑA ORCOYEN, ARITZ SOTRO
ARCELUS, ELENA OLIVER ARRIAZU Y MIKEL MURGUIONDO
BERASTEGUI 851
- 142 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DEL COPAGO
SANITARIO: TRAMITACIÓN Y CONTROL DE INGRESOS**
GLORIA SEGURA BARROSO, DIANA ANDREU PASCUAL, CARMEN
CAROLINA ALONSO SERRANO, CRISTINA LIAÑO LASHERAS, ANA
BELÉN ANDREU PASCUAL Y MARIA TERESA ABAD ALVARO 855
- 143 CUADROS ELÉCTRICOS DE CONTROL TÉRMICO: DIAGNOSIS DE
FALLOS Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO EN LA CATEGORÍA DE
CALEFACTOR**
JORGE SÁNCHEZ MELÉNDEZ, MARIA IDOYA CADENAS PAGO,
SERGIO MARTIN CASALES, RAQUEL GARCÍA BARQUILLA, MARIO
HERNÁNDEZ BELLO Y MARIA ANTIN MARIÑOSA 859
- 144 RELACIÓN ENTRE PRÁCTICAS DE MANIPULACIÓN DE
ALIMENTOS Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS**
MARÍA EUGENIA CARROQUINO, JUAN JOSÉ LOZANO LOPEZ,
DESIREÉ RAMIS GARDE, MERCEDES SALINAS ORDOVAS, ANA
ISABEL MANRIQUE MAGALLON Y FRANCISCO JAVIER LOPEZ
IGLESIAS 865
- 145 MANEJO DE LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS**
MIREN ESLAVA PÉREZ DE ARRILUCEA, ÁNGELA PRIETO ALONSO Y
JESSICA VANESSA MOROCHO ARROBO 873
- 146 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL
ABORDAJE DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO**
YAIZA PASQUIER URMENETA, LIDIA PARDO HERRERA, JULIA
ESTEBAN ALVAREZ, CLARA ARTETA PINILLA, LORENA APERTE
GOÑI Y ALICIA GARIJO HORNILLOS 879

- 147 LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD: CONCEPTO Y CARACTERISTICAS GENERALES**
OLGA PUGA DIAZ, JUAN JOSE MUÑOZ CARMONA, MARÍA CARMEN LAGUNA RUIZ, ESTELA PUGA DIAZ, MARTA APARICIO CHAVARRI Y SANDRA BRAVO ARROYO 883
- 148 ZOONOSIS: ENFERMEDADES TRANSMITIDAS DE ANIMALES A HUMANOS Y SU IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA**
ANA ISABEL MANRIQUE MAGALLON, FRANCISCO JAVIER LOPEZ IGLESIAS, MARÍA EUGENIA CARROQUINO, JUAN JOSÉ LOZANO LOPEZ, DESIREÉ RAMIS GARDE Y MERCEDES SALINAS ORDOVAS 891
- 149 GESTIÓN DEL CAMBIO EN UNIDADES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN A NUEVOS MODELOS DE ATENCIÓN**
NURIA LOURDES ENGUITA BRUNED, ELIZABETH BLAS RUBIO, DANIEL CASANOVAS GALINDO, TOMAS SAEZ CALVO, JUAN ANTONIO ANTEQUERA MARTÍN Y ALBERTO ARGUEDAS LAFUENTE 897
- 150 PATOGÉNESIS DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES: UNA REVISIÓN ACTUALIZADA**
JAVIER ALEXANDER ROMERO SARMAS, IRENE FRAILE PEÑARANDA, ANDREA MATEO ABRIL, MONTSERRAT BENAJES MARTÍNEZ, RAQUEL MATEO LATORRE Y BEATRIZ MEDIEL LAHOZ 903
- 151 PROCEDIMIENTOS DE PREADMISIÓN PARA INTERVENCIONES Y TRATAMIENTOS PROGRAMADOS**
CRISTINA LIAÑO LASHERAS, ANA BELÉN ANDREU PASCUAL, MARIA TERESA ABAD ALVARO, GLORIA SEGURA BARROSO, DIANA ANDREU PASCUAL Y CARMEN CAROLINA ALONSO SERRANO 909
- 152 APOYO A USUARIOS EN LA ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE CONTACTO Y NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS**
MARIA TERESA ABAD ALVARO, GLORIA SEGURA BARROSO, DIANA ANDREU PASCUAL, CARMEN CAROLINA ALONSO SERRANO, CRISTINA LIAÑO LASHERAS Y ANA BELÉN ANDREU PASCUAL 915

153 PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA EL REGISTRO DE PACIENTES EN PROGRAMAS CRÓNICOS	
NOELIA CORTES DE LA FLOR, OSCAR ESCUDERO FERRE, JUAN CARLOS BOZA BLASCO, ANTONIO MADRONA GUIRAO, ISABEL CONESA MAGALLON Y KATTY KARINA RODRÍGUEZ RENGIFO	921
154 IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL TRABAJO CON EQUIPOS DE RADIODIAGNÓSTICO, MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA	
PEDRO LIÉBANAS BARBERO	927
155 PROTOCOLO ENFERMERO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON SOSPECHA DE ICTUS ISQUÉMICO	
PABLO GARCÍA ECED, CRISTINA RECALDE VALLEJO, NOELIA GAJATE GARMENDIA, CARMEN SANCHO MUR, GEMA SANTED MORATA Y ANDREA GIRON HERNANDEZ	931
156 TRIAJE AVANZADO: PRECISIÓN DIAGNÓSTICA Y RESULTADOS	
IZARBE DOÑATE BAREA, ELENA GALINDO MIGUEL, CRISTINA NOGALES ESCUSA, JULIA NAVARRO SUSINOS, TOMAS PUNTER SERRANO Y LAURA VICENTE ALONSO	937
157 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA	
RAQUEL GARCÍA BARQUILLA, MARIO HERNÁNDEZ BELLO, MARIA ANTIN MARIÑOSA, JORGE SÁNCHEZ MELÉNDEZ, MARIA IDOYA CADENAS PAGO Y SERGIO MARTIN CASALES	945
158 LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA: ESTRATEGIAS Y DESAFÍOS	
MARIO HERNÁNDEZ BELLO, MARIA ANTIN MARIÑOSA, JORGE SÁNCHEZ MELÉNDEZ, MARIA IDOYA CADENAS PAGO, SERGIO MARTIN CASALES Y RAQUEL GARCÍA BARQUILLA	949
159 TRASTORNOS MUSCOLOESQUELETICOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	
ESTELA PUGA DIAZ, JUAN JOSE MUÑOZ CARMONA, MARÍA CARMEN LAGUNA RUIZ, OLGA PUGA DIAZ, MARTA APARICIO CHAVARRI Y SANDRA BRAVO ARROYO	957

- 160 INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS: EL APOORTE DE LA ENFERMERÍA**
TOMAS SAEZ CALVO, JUAN ANTONIO ANTEQUERA MARTÍN,
ALBERTO ARGUEDAS LAFUENTE, NURIA LOURDES ENGUITA
BRUNED, ELIZABETH BLAS RUBIO Y DANIEL CASANOVAS
GALINDO 965
- 161 HUMANIZACIÓN ADMINISTRATIVA: SU IMPACTO EN LA EFICIENCIA Y CALIDAD DEL SERVICIO EN ORGANIZACIONES PÚBLICAS**
ALBERTO ARGUEDAS LAFUENTE, NURIA LOURDES ENGUITA
BRUNED, ELIZABETH BLAS RUBIO, DANIEL CASANOVAS GALINDO,
TOMAS SAEZ CALVO Y JUAN ANTONIO ANTEQUERA MARTÍN 971
- 162 SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, COMPARACIÓN ENTRE UNIDADES HOSPITALARIAS GENERALES Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**
JULIA ESTEBAN ALVAREZ, CLARA ARTETA PINILLA, LORENA
APERTE GOÑI, ALICIA GARIJO HORNILLOS, YAIZA PASQUIER
URMENETA Y LIDIA PARDO HERRERA 977
- 163 PREVENCIÓN DE MENINGITIS EN POBLACIÓN GENERAL: REVISIÓN BIBLIOGRAFICA**
MIREN BAQUE ARTUCH 983
- 164 MANEJO DE SISTEMAS DE OXIGENOTERAPIA: COMPETENCIAS DE LA ENFERMERÍA EN PACIENTES RESPIRATORIOS**
ANDREA GIRON HERNANDEZ, CRISTINA RECALDE VALLEJO,
PABLO GARCÍA ECED, NOELIA GAJATE GARMENDIA, CARMEN
SANCHO MUR Y GEMA SANTED MORATA 989
- 165 EL ADMINISTRATIVO EN UNIDADES NEONATALES: ORGANIZACIÓN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS**
GABRIELA BOUR, SUSANA ATRIÁN CASANOVA, SILVIA BLANC
OMEDES, ANA BASILISA ROCHE BORGE, ROMAN LOBERA MOLINA
Y ELENA VAL CALVO 997

- 166 PROTOCOLO DE SECUENCIAS DE RESONANCIA MAGNETICA
PARA EL ESTUDIO DE TUMORES CEREBRALES**
MIKEL MURGUIONDO BERASTEGUI, OIHANA PEÑA ORCOYEN,
ARITZ SOTRO ARCELUS, AINHOA MURO IMAZ Y ELENA OLIVER
ARRIAZU 1005
- 167 VAGINISMO: VISIÓN DE LA MATRONA**
EVA ZULET MURILLO 1011
- 168 BRECHA DIGITAL EN EL ÁMBITO SANITARIO: EL PERSONAL
ADMINISTRATIVO COMO FIGURA DE APOYO AL PACIENTE**
ISABEL CONESA MAGALLON, KATTY KARINA RODRÍGUEZ
RENGIFO, NOELIA CORTES DE LA FLOR, OSCAR ESCUDERO FERRE,
JUAN CARLOS BOZA BLASCO Y ANTONIO MADRONA GUIRAO 1015
- 169 ALIMENTACIÓN PARA ENFERMOS CRÓNICOS DE MIGRAÑAS**
MERCEDES SALINAS ORDOVAS, ANA ISABEL MANRIQUE
MAGALLON, FRANCISCO JAVIER LOPEZ IGLESIAS, MARÍA
EUGENIA CARROQUINO, JUAN JOSÉ LOZANO LOPEZ Y DESIREÉ
RAMIS GARDE 1021
- 170 ESTUDIO RADIOLÓGICO DE LA COLUMNA VERTEBRAL:
MÉTODOS Y PRINCIPALES PATOLOGÍAS**
YAMILA EVELINA QUINTANA DI BLASI, ALBA GOMOLLÓN
GARZÓN, MARINA EXTRAMIANA ESQUISABEL, YAIZA LORETO
ARANGUREN HERRERO Y PATRICIA OCHOA PÉREZ 1025
- 171 RESONANCIA FETAL**
PATRICIA OCHOA PÉREZ, YAMILA EVELINA QUINTANA DI BLASI,
ALBA GOMOLLÓN GARZÓN, MARINA EXTRAMIANA ESQUISABEL
Y YAIZA LORETO ARANGUREN HERRERO 1031
- 172 EL CELADOR EN LA JERARQUÍA DEL ÁMBITO HOSPITALARIO:
FUNCIÓN, POSICIÓN ORGANIZATIVA Y RELEVANCIA OPERATIVA**
SERGIO MARTIN CASALES, RAQUEL GARCÍA BARQUILLA, MARIO
HERNÁNDEZ BELLO, MARIA ANTIN MARIÑOSA, JORGE SÁNCHEZ
MELÉNDEZ Y MARIA IDOYA CADENAS PAGO 1037

173 OBESIDAD INFANTIL

MARIA ANTIN MARIÑOSA, JORGE SÁNCHEZ MELÉNDEZ, MARIA IDOYA CADENAS PAGO, SERGIO MARTIN CASALES, RAQUEL GARCÍA BARQUILLA Y MARIO HERNÁNDEZ BELLO

1043

174 PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA

KATTY KARINA RODRÍGUEZ RENGIFO, NOELIA CORTES DE LA FLOR, OSCAR ESCUDERO FERRE, JUAN CARLOS BOZA BLASCO, ANTONIO MADRONA GUIRAO Y ISABEL CONESA MAGALLON

1047

175 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO (TSID) EN LA FRACTURA DE CADERA

MARINA EXTRAMIANA ESQUISABEL, YAIZA LORETO ARANGUREN HERRERO, PATRICIA OCHOA PÉREZ, YAMILA EVELINA QUINTANA DI BLASI Y ALBA GOMOLLÓN GARZÓN

1051

176 PUNCIONES GUIADAS POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC)

ALBA GOMOLLÓN GARZÓN, MARINA EXTRAMIANA ESQUISABEL, YAIZA LORETO ARANGUREN HERRERO, PATRICIA OCHOA PÉREZ Y YAMILA EVELINA QUINTANA DI BLASI

1057

177 EL FUTURO DE LA RADIOLOGÍA SIN RADIACIÓN

LUCIA TORRES LLAMAS, NATALIA CABALLERO GONZALEZ Y MIKEL SANCHEZ GONZALEZ

1061

178 EL TRASTORNO DE ANOREXIA NERVIOSA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

ANDREA MATEO ABRIL, MONTSERRAT BENAJES MARTÍNEZ, RAQUEL MATEO LATORRE, BEATRIZ MEDIEL LAHOZ, JAVIER ALEXANDER ROMERO SARMA Y IRENE FRAILE PEÑARANDA

1065

179 EFECTIVIDAD DE LOS SIMULADORES DE PACIENTE ENFERMO EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

NOELIA GAJATE GARMENDIA, CRISTINA RECALDE VALLEJO, CARMEN SANCHO MUR, GEMA SANTED MORATA, ANDREA GIRON HERNANDEZ Y PABLO GARCÍA ECED

1071

- 180 RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA. PROTOCOLO PERFUSIÓN VIABILIDAD**
ARITZ SOTRO ARCELUS, OIHANA PEÑA ORCOYEN, AINHOA MURO
IMAZ, ELENA OLIVER ARRIAZU Y MIKEL MURGUIONDO
BERASTEGUI 1077
- 181 EL ROL ESENCIAL DEL CELADOR EN EL ÁREA DE URGENCIAS: PERSPECTIVAS DE MEJORA**
BEATRIZ MEDIEL LAHOZ, JAVIER ALEXANDER ROMERO SARMAZ,
IRENE FRAILE PEÑARANDA, ANDREA MATEO ABRIL,
MONTSERRAT BENAJES MARTÍNEZ Y RAQUEL MATEO LATORRE 1085
- 182 PRIORIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS: EL PAPEL CLAVE DEL TRIAJE ENFERMERO**
ÁNGELA PRIETO ALONSO, JESSICA VANESSA MOROCHO ARROBO
Y MIREN ESLAVA PÉREZ DE ARRILUCEA 1091
- 183 ABORDAJE ENFERMERO EN PACIENTES CON OSTOMÍA. PREVENCIÓN, MANEJO DE COMPLICACIONES Y PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO**
CRISTINA NOGALES ESCUSA, JULIA NAVARRO SUSINOS, TOMAS
PUNTER SERRANO, LAURA VICENTE ALONSO, IZARBE DOÑATE
BAREA Y ELENA GALINDO MIGUEL 1095
- 184 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO**
ELENA GALINDO MIGUEL, CRISTINA NOGALES ESCUSA, JULIA
NAVARRO SUSINOS, TOMAS PUNTER SERRANO, LAURA VICENTE
ALONSO Y IZARBE DOÑATE BAREA 1103
- 185 LA IMPORTANCIA DE LA EXTENSIÓN DE SANGRE PERIFÉRICA EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS**
MARIA ANGELES FAJARDO GÓMARA, IDOIA DIAZ TIRAPU Y
DANIELA CAROLINA DIAZ GIRALDO 1109

- 186 EL FRONTOFOCÓMETRO: UNA HERRAMIENTA CLAVE EN LA CONSULTA OFTALMOLÓGICA**
CAROLINA CUELLO FONTANA, MARIA TERESA GONZÁLEZ FUMAT, PILAR GRANDE MELCHOR, SANDRA SUBIAS ROMERO, ANA CRISTINA JULVE ZALDIVAR Y GYONGYI SABOU TOTH 1115
- 187 ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR: GESTIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON PATOLOGÍAS CARDÍACAS**
MARTA OLIVAN VAL, MARÍA GARCÍA LORENTE, BEATRIZ BURGOS GARCIA, ALEJANDRO DOMINGO ALEGRE, ANGEL Mª MARTÍNEZ GONZÁLEZ Y NATALIA BRAVO FRAGUAS 1119
- 188 MANEJO DE VENTILADORES MECÁNICOS: COMPETENCIAS CLAVE DE LA ENFERMERÍA EN PACIENTES CRÍTICOS**
ALEJANDRO DOMINGO ALEGRE, ANGEL Mª MARTÍNEZ GONZÁLEZ, NATALIA BRAVO FRAGUAS, MARTA OLIVAN VAL, MARÍA GARCÍA LORENTE Y BEATRIZ BURGOS GARCIA 1127
- 189 INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**
ANTONIO MADRONA GUIRAO, ISABEL CONESA MAGALLON, KATTY KARINA RODRÍGUEZ RENGIFO, NOELIA CORTES DE LA FLOR, OSCAR ESCUDERO FERRE Y JUAN CARLOS BOZA BLASCO 1135
- 190 VIGILANCIA CAMPAÑA GRIPE 2024-2025**
JENNIFER MIRANDA CIRIA Y ARTURO PÉREZ PÉREZ 1141
- 191 NUEVOS HORIZONTES DE LA VACUNOLOGÍA**
RAQUEL MATEO LATORRE, BEATRIZ MEDIEL LAHOZ, JAVIER ALEXANDER ROMERO SARMA, IRENE FRAILE PEÑARANDA, ANDREA MATEO ABRIL Y MONTSERRAT BENAJOES MARTÍNEZ 1145
- 192 INTERVENCIONES ENFERMERAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: REVISIÓN COMPARATIVA DE DOS REVISIONES SISTEMÁTICAS**
LIDIA PARDO HERRERA, JULIA ESTEBAN ALVAREZ, CLARA ARTETA PINILLA, LORENA APERTE GOÑI, ALICIA GARIJO HORNILLOS Y YAIZA PASQUIER URMENETA 1151

- 193 EL CUIDADO ENFERMERO HUMANIZADO EN PACIENTES CON
ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN FASES INICIALES: UNA REVISIÓN
DESDE LA PERSPECTIVA DE INVESTIGACIÓN**
CLARA ARTETA PINILLA, LORENA APERTE GOÑI, ALICIA GARIJO
HORNILLOS, YAIZA PASQUIER URMENETA, LIDIA PARDO
HERRERA Y JULIA ESTEBAN ALVAREZ 1155
- 194 LA METODOLOGÍA OPHELIA COMO ESTRATEGIA PARA
MEJORAR LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD**
IRENE FRAILE PEÑARANDA, ANDREA MATEO ABRIL,
MONTSERRAT BENAJES MARTÍNEZ, RAQUEL MATEO LATORRE,
BEATRIZ MEDIEL LAHOZ Y JAVIER ALEXANDER ROMERO SARMAS 1159
- 195 ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA (TCAE) A PACIENTES CON TRASTORNOS DEL
SUEÑO INGRESADOS EN UNIDADES DE NEUROLOGÍA**
OSCAR ESCUDERO FERRE, JUAN CARLOS BOZA BLASCO, ANTONIO
MADRONA GUIRAO, ISABEL CONESA MAGALLON, KATTY KARINA
RODRÍGUEZ RENGIFO Y NOELIA CORTES DE LA FLOR 1165
- 196 PAPEL DEL CELADOR EN LA ORGANIZACIÓN DE RECURSOS
HUMANOS Y MATERIALES EN HOSPITALES**
JUAN CARLOS BOZA BLASCO, ANTONIO MADRONA GUIRAO,
ISABEL CONESA MAGALLON, KATTY KARINA RODRÍGUEZ
RENGIFO, NOELIA CORTES DE LA FLOR Y OSCAR ESCUDERO FERRE 1171
- 197 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE
AYUDAS PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS DE ALTO COSTE**
ELENA SANZ GIL 1177
- 198 EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA COMO TUTOR
CLÍNICO EN PRÁCTICAS UNIVERSITARIAS: ACOMPAÑAMIENTO,
EVALUACIÓN FORMATIVA Y PROMOCIÓN DEL PENSAMIENTO
CRÍTICO**
MERCEDES MORENO ALFARO 1181

199	DESARROLLO DE LA PRÁCTICA AVANZADA EN ENFERMERÍA: COMPETENCIAS AMPLIADAS, TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS Y MODELOS INTERNACIONALES DE REFERENCIA MARIA JOSE MORENO ALFARO	1185
200	ERRORES MÁS FRECUENTES EN LAS PROYECCIONES DE TÓRAX Y SU IMPACTO EN EL DIAGNÓSTICO YAIZA LORETO ARANGUREN HERRERO, PATRICIA OCHOA PÉREZ, YAMILA EVELINA QUINTANA DI BLASI, ALBA GOMOLLÓN GARZÓN Y MARINA EXTRAMIANA ESQUISABEL	1189
201	ESTUDIO INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 2019-2024 ARTURO PÉREZ PÉREZ Y JENNIFER MIRANDA CIRIA	1193
202	UROTOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (URO-TC). FASES Y APLICACIONES ANDREA ARMENDARIZ ZARATIEGUI	1197
203	INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DE MEDIDAS FÍSICAS PARA EL CONTROL DE LA HIPERTERMIA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO ELENA MANOGUÉ GUALLAR, ELISABETH FLORES FERNANDEZ, CORINA BLESAS MATEO, PILAR TIZON MARTINEZ, ROCÍO LÓPEZ SORIANO Y LUCIA PALLARES FUSTER	1201
204	DESGASTE PROFESIONAL EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO: ANÁLISIS DEL SÍNDROME DE BURNOUT CARMEN CAROLINA ALONSO SERRANO, CRISTINA LIAÑO LASHERAS, ANA BELÉN ANDREU PASCUAL, MARIA TERESA ABAD ALVARO, GLORIA SEGURA BARROSO Y DIANA ANDREU PASCUAL	1205
205	SOBRECARGA EMOCIONAL EN ENFERMERIA POST COVID-19 CRISTINA ALIAGA CORNAGO Y YOLANDA ALIAGA CORNAGO	1209
206	ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES PULMONARES POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS (MNT): UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA INTEGRAL JULIO ANTONIO VALDUEZA BENEITEZ	1213

- 207 **GESTIÓN DE LA POLIFARMACIA EN EL PACIENTE
PLURIPATOLÓGICO DESDE MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA: PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA EN LA
ADECUACIÓN TERAPÉUTICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**
YOLANDA MARTINEZ RUIZ Y GEONYS GARCÍA GÓMEZ 1219
- 208 **EL ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL COMÚN DESDE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA: FUNCIÓN ESPECÍFICA DEL MÉDICO
DE FAMILIA EN LA DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE
LOS TRASTORNOS MENTALES PREVALENTES**
GEONYS GARCÍA GÓMEZ Y YOLANDA MARTINEZ RUIZ 1225

Artículo 1

EJERCICIO FÍSICO DURANTE EL EMBARAZO: EVIDENCIA CIENTIFICA Y RECOMENDACIONES ACTUALES

RAQUEL CALVILLO BUSTAMANTE

Durante la gestación surgen muchas dudas y preguntas acerca de la comida, el ejercicio físico adecuado y muchos otros temas relacionados con la salud.

En este artículo me centro sobre los efectos del ejercicio físico durante el embarazo revisando las principales recomendaciones para una práctica segura.

Para ello, he empleado diversas bases de datos como Cuiden, Pubmed, Medline, utilizando las palabras claves “ejercicio físico”, “embarazo” “gestación” “actividad física”. Además de revisar las recomendaciones de las guías de práctica clínica de dos sociedades internacionales de obstetricia y ginecología: sociedad canadiense de ginecología y obstetricia (SOGC) y sociedad española de ginecología y obstetricia (SEGO).

Diversos estudios evidencian beneficios de la actividad física como menor tasa de cesáreas, incidencia de preeclampsia o diabetes gestacional. No se asocia a una mayor incidencia de parto pretérmino y se ha concluido que la realización de ejercicio físico adaptado a cada trimestre es segura para el feto.

1 Palabras clave

Embarazo; gestación; ejercicio físico; deporte; actividad física; salud de la mujer; salud materno-infantil

2 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define actividad física como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”.

El Ejercicio físico es un término más específico que implica una actividad

física planificada, estructurada y repetitiva realizada con una meta, mejorar o mantener la condición física de la persona.

En 1993, Ezcurdia publicó en el libro de la sección de medicina perinatal de la SEGO, un capítulo sobre ejercicio físico y deportes durante el embarazo.

En 2014, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España publicó la «Guía de práctica clínica de atención al embarazo y puerperio» recomendando ofrecer a la mujer embarazada consejo individualizado sobre el inicio o mantenimiento de la actividad física, así como la intensidad, duración y frecuencia de la misma.

En febrero de 2017 la SEGO encargó al Grupo de Investigación «Actividad físico-deportiva para grupos específicos» (AIPE), de la Universidad Politécnica de Madrid (UPM), la elaboración de las primeras guías españolas para el ejercicio durante el embarazo, basadas en la evidencia científica, que fueron publicadas en el año 2019.

Es una realidad que, durante la gestación, existe cierta incertidumbre acerca de la práctica de la actividad física y tiende a disminuirse. Por ello en este artículo revisaré las principales recomendaciones.

3 Objetivos

- Analizar las recomendaciones de la práctica del ejercicio físico en mujeres

embarazadas

- Extraer las recomendaciones prácticas sobre ejercicio físico durante el embarazo de las guías de práctica clínica SOGC y SEGO.

4 Metodología

Para la elaboración del presente artículo he realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Cuiden, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Además de una revisión de las guías de práctica clínica SOGC y SEGO.

5 Resultados

A pesar de la evidencia bien documentada de los beneficios de la actividad física/ejercicio para la salud materna, fetal y neonatal, pocas mujeres embarazadas logran realizar una actividad física/ejercicio adecuados o con regularidad durante el embarazo.

Las recomendaciones más actuales en lo que concierne a la duración del ejercicio, la SOGC y la SEGO coinciden en la recomendación de al menos 150 min semanales de ejercicio. En cuanto a la frecuencia, recomiendan un mínimo de tres días a la semana. Con respecto a la intensidad del ejercicio, la SOGC, la SEGO coinciden en una intensidad moderada. Se consideraba como una intensidad moderada

(cuando la embarazada al realizar ejercicio físico puede mantener cómodamente una conversación, el llamado «test del habla»).

En cuanto al tipo de ejercicio, la de la SOGC recomienda actividades aeróbicas y de entrenamiento de la resistencia, y añadir yoga y/o estiramientos suaves. Las primeras guías españolas para el ejercicio durante el embarazo aconsejan que este debería tender a la mejora de la resistencia aeróbica, la fuerza muscular leve, el equilibrio y la coordinación motriz, la flexibilidad y el trabajo del suelo pélvico.

Entre las actividades físicas que se consideran como práctica idónea durante la gestación, se encuentran el paseo y la natación.

Caminar es un ejercicio muy adecuado para comenzar un programa de actividad física durante la gestación. La natación también es un ejercicio excelente, ya que utiliza grupos musculares muy diferentes, mientras que el peso del cuerpo es sustentado por el agua. Se recomienda no realizar saltos de zambullida en los últimos meses del embarazo. Están contraindicados, deportes de impacto, el alpinismo, el automovilismo deportivo los deportes de combate, el esquí alpino, el esquí náutico y el submarinismo. En general deben evitarse los deportes con finalidad competitiva. En la atención a la mujer embarazada el asesoramiento individualizado y de manera multidisciplinar es la base para adecuar los cuidados íntegros para cada

mujer. Resolver dudas y sentir acompañamiento en el proceso, proporciona confianza y seguridad para llevar el embarazo lo mejor posible.

6 Discusión-Conclusión

La realización de ejercicio físico durante el embarazo es un factor protector frente a una gran variedad de complicaciones tales como la hipertensión, la diabetes gestacional y los desórdenes musculoesqueléticos (Pivarnik, J., 2006).

Pero además, desempeña un papel fundamental en el control del peso en el embarazo en la salud y el bienestar emocional materno y en la labor del parto.

También se han descrito beneficios en el crecimiento fetoplacentario (Clapp, J., 2000).

Las recomendaciones básicas sobre ejercicio físico durante el embarazo que figuran en la guía publicada por la SEGO recomiendan que toda mujer gestante sin contraindicaciones de tipo médico debería mantenerse activa físicamente durante su embarazo. La mejor opción es la del ejercicio físico desarrollado dentro de un programa específico para gestantes y supervisado por un profesional.

Las mujeres embarazadas deben acumular al menos 150 min semanales de actividad física de intensidad moderada cada semana, con el objetivo de conseguir beneficios para su salud y

al mismo tiempo reducir la posibilidad de complicaciones durante la gestación. Esta práctica física debe ser desarrollada en, al menos, tres días por semana. Entre las actividades físicas que se consideran como práctica idónea durante la gestación, se encuentran el paseo y la natación.

7 Bibliografía

1. Córdoba Caro LG, Barrantes Borrachero I, Corchado Gómez M, Oliva Mendoza G, Parra Chamizo M, Viera León C. Revisión sistemática sobre los efectos de la actividad física durante el embarazo. *Arch Med Deporte*. 2021;38(3):174-9.
2. Mottola MF, Davenport MH, Ruchat SM, Davies GA, Poitras VJ, Gray CE, et al. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *Br J Sports Med*. 2018;52:1339-46.
3. Barakat R, Díaz-Blanco A, Franco E, Rollán-Malmierca A, Brik M, Vargas M, et al. Guías clínicas para el ejercicio físico durante el embarazo. *Prog Obstet Ginecol*. 2019;62:464-71.
4. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.
5. Coe DP, Pivarnik JM, Womack CJ, Reeves MJ, Malina RM. Effect of physical education and activity levels on academic achievement in children. *Med Sci Sports Exerc*. 2006;38(8):1515-9.
6. Williamson J. Estimating equilibrium exchange rates. Washington, DC: Institute for International Economics; 1994.
7. Campbell S. Umbilical artery Doppler flow velocimetry. *Fetal Matern Med Rev*. 1990;2(1):89-101. doi:10.1017/S0965539500000279.
8. Clapp JF 3rd. Continuing regular exercise during pregnancy: effect of exercise volume on fetoplacental growth. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(1):142-7. doi:10.1067/mob.2002.119109.
9. Gallo-Galán LM, Gallo-Vallejo MA, Gallo-Vallejo JL. Ejercicio físico y embarazo. *Medicina basada en la evidencia (MBE). SEMERGEN*. 2022;48(6):423-30. doi:10.1016/j.semerg.2022.02.008.
10. Fernández-Ramos C, Carballo-Costa L. Recomendaciones prácticas sobre ejercicio físico durante el embarazo basadas en las principales guías de práctica clínica. *Aten Primaria*. 2023;55(3):102553. doi:10.1016/j.aprim.2022.102553.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period: ACOG Committee Opinion No. 804. *Obstet Gynecol*. 2020;135(4):e178-e88. doi:10.1097/AOG.0000000000003772.

Artículo 2

EL TRABAJADOR SOCIAL ANTE PACIENTES INMIGRANTES: BARRERAS CULTURALES, LINGÜÍSTICAS Y SOCIALES

ELENA VAL CALVO

GABRIELA BOUR

SUSANA ATRIÁN CASANOVA

SILVIA BLANC OMEDES

ANA BASILISA ROCHE BORGE

ROMAN LOBERA MOLINA

Este artículo analiza el papel del trabajador social en la atención a pacientes inmigrantes dentro del ámbito hospitalario, un colectivo que con frecuencia enfrenta dificultades adicionales en el acceso y comprensión del sistema sanitario. A partir de experiencias recogidas en hospitales de Zaragoza y de la revisión de documentos oficiales, se muestra cómo el trabajador social actúa como puente entre las necesidades del paciente y la red de recursos sanitarios y sociales.

Los principales obstáculos a los que se enfrentan los inmigrantes son las barreras idiomáticas, la falta de información sobre el funcionamiento del sistema sanitario y las diferencias culturales que influyen en la forma de entender la salud y la enfermedad. En este contexto, el trabajador social no solo facilita la comunicación, sino que también acompaña, orienta y coordina recursos que permiten que la atención sea equitativa y respetuosa.

La formación en mediación intercultural, junto con el trabajo en equipo con profesionales sanitarios y mediadores lingüísticos, resulta fundamental para garantizar una atención de calidad. La intervención social contribuye así a reducir desigualdades, mejorar la adherencia a tratamientos y ofrecer un espacio seguro donde el paciente inmigrante se sienta comprendido y protegido en un momento de especial vulnerabilidad.

1 Palabras clave

Trabajador social; inmigración; barreras culturales; barreras lingüísticas; inclusión sanitaria

2 Introducción

La inmigración es una realidad creciente en la sociedad actual, y los hospitales se han convertido en espacios donde confluyen pacientes de distintas culturas, lenguas y trayectorias vitales. Para estas personas, el ingreso hospitalario supone un doble reto: afrontar su problema de salud y, al mismo tiempo, superar obstáculos relacionados con el idioma, la falta de apoyo social o el desconocimiento de los recursos disponibles.

En este contexto, el trabajador social hospitalario adquiere un papel esencial. Su función va más allá de la gestión de recursos, ya que también debe actuar como mediador intercultural, facilitador de la comunicación y acompañante en procesos donde la diferencia cultural puede generar desconfianza o malentendidos.

He podido observar en Zaragoza cómo, ante el ingreso de un paciente inmigrante sin red de apoyo, la trabajadora

social organizaba la intervención de un mediador cultural y gestionaba ayudas de urgencia para cubrir necesidades básicas, garantizando que el alta se realizara en condiciones seguras y dignas.

Además, su intervención no se limita al paciente: también orienta a las familias, traduce la información sanitaria a un lenguaje comprensible y colabora con servicios sociales y entidades del tercer sector que trabajan con población inmigrante.

Este artículo pretende poner de relieve la importancia de la figura del trabajador social en la atención hospitalaria de pacientes inmigrantes, mostrando cómo su labor contribuye a superar barreras culturales, lingüísticas y sociales que, de no abordarse, pueden generar desigualdad y exclusión en el acceso a la salud, dificultando la equidad en el sistema sanitario.

3 Objetivos

Analizar el papel del trabajador social en la atención a pacientes inmigrantes hospitalizados.

Identificar las principales barreras culturales, lingüísticas y sociales que dificultan el acceso a una atención equi-

tativa y de calidad.

Mostrar estrategias y experiencias aplicadas en hospitales públicos de Zaragoza, destacando acciones innovadoras y aprendizajes relevantes en la práctica profesional.

4 Metodología

Para elaborar este trabajo se combinaron fuentes documentales con experiencias prácticas en un hospital público de Zaragoza:

1. Revisión bibliográfica: Se consultaron artículos académicos, guías ministeriales y documentos del Gobierno de Aragón sobre atención a la diversidad cultural y barreras en el sistema sanitario.

2. Entrevistas: Se conversó con tres trabajadoras sociales hospitalarias y un mediador intercultural que colaboran habitualmente en la atención a pacientes inmigrantes, recogiendo experiencias reales y dificultades encontradas en su práctica diaria.

3. Análisis de casos: Se revisaron tres ejemplos significativos: un paciente sin documentación legal que necesitaba tratamiento prolongado, una mujer embarazada con desconocimiento del sistema sanitario y un paciente mayor con barreras idiomáticas graves, situaciones que reflejan la diversidad de problemas que emergen en la práctica hospitalaria.

4. Observación directa: Durante dos jornadas se acompañó a un trabajador so-

cial en su labor diaria, observando intervenciones en coordinación con personal médico, traductores voluntarios y entidades sociales locales que ofrecían apoyo complementario.

La combinación de estas técnicas permitió obtener una visión integral sobre los retos y estrategias que se utilizan para atender a pacientes inmigrantes. Más allá de los trámites, el trabajador social se convierte en un puente de confianza y comprensión, asegurando que la atención hospitalaria no se vea limitada por las diferencias culturales o lingüísticas, sino que se adapte a ellas para garantizar un cuidado digno y equitativo.

5 Resultados

De la experiencia analizada se destacan cinco estrategias clave en la intervención social con pacientes inmigrantes:

- Mediación intercultural e idiomática: El trabajador social recurre a intérpretes, mediadores culturales o aplicaciones de traducción para garantizar la comunicación entre paciente y equipo sanitario, evitando errores graves y reduciendo la ansiedad del paciente en momentos de incertidumbre y vulnerabilidad.

- Valoración social integral: Desde la primera entrevista se identifican factores de riesgo, como ausencia de red familiar, falta de documentación o carencia de vivienda, que pueden afectar tanto al tratamiento como al alta

hospitalaria. Esta valoración temprana orienta intervenciones rápidas, eficaces y seguras, fortaleciendo la continuidad asistencial.

- **Orientación y acompañamiento:** El trabajador social informa sobre el funcionamiento del sistema sanitario y los recursos sociales disponibles, facilitando que el paciente inmigrante entienda los procedimientos y pueda tomar decisiones con mayor autonomía, confianza y seguridad.
- **Coordinación con entidades externas:** En Zaragoza es frecuente la colaboración con asociaciones de inmigrantes, ONGS y servicios sociales municipales, que permiten cubrir necesidades básicas, gestionar ayudas y proporcionar apoyo culturalmente adaptado, ampliando así el alcance real y efectivo de la intervención hospitalaria.
- **Promoción de la igualdad y respeto cultural:** El trabajador social sensibiliza al equipo sanitario sobre la importancia de respetar costumbres y creencias, favoreciendo un entorno hospitalario inclusivo, empático, libre de prejuicios y discriminación.

Estas estrategias mejoran significativamente la experiencia del paciente inmigrante, garantizan un acceso equitativo a los recursos sanitarios y sociales, y reducen el riesgo de abandono de tratamientos o complicaciones posteriores tras el alta. El trabajador social hospitalario, gracias a su capacidad de mediación y acompañamiento, se convierte en un elemento clave para

que la atención sea no solo clínica, sino también social, intercultural y profundamente humana y solidaria.

6 Discusión-Conclusión

- **Acceso equitativo:** El trabajador social garantiza que las diferencias culturales o lingüísticas no se conviertan en obstáculos para la atención sanitaria en hospitales.
- **Prevención de exclusión:** La valoración temprana de la situación social evita que el paciente inmigrante quede desatendido o sin recursos tras el alta hospitalaria.
- **Mediación cultural:** La colaboración con intérpretes y mediadores facilita la comunicación y mejora la adherencia a los tratamientos médicos, fortaleciendo el vínculo de confianza.
- **Trabajo en red:** La coordinación con ONGS, asociaciones y servicios sociales refuerza la integración del paciente en la comunidad, ampliando su red de apoyo.
- **Sensibilización profesional:** El trabajador social fomenta una mirada intercultural en el equipo sanitario, clave para lograr una atención inclusiva, respetuosa y ajustada a la diversidad cultural del entorno hospitalario.

7 Bibliografía

Ministerio de Sanidad. (2021). Guía de atención sanitaria a población inmigrante. Gobierno de España.

Gobierno de Aragón. (2022). Protocolo de intervención social en la atención a la diversidad cultural en hospitales. Salud Aragón.

García, M., & Torres, L. (2020). Trabajo social e inmigración en el ámbito hospitalario: retos y experiencias. *Revista Intervención Social*, 18(2), 145–167.

Artículo 3

BARRERAS CULTURALES EN LA ATENCIÓN MATERNA DE MUJERES MIGRANTES: IMPLICACIONES PARA LA MATRONERÍA

MARIA SALINAS BARIAIN

INTRODUCCIÓN

La matrona tiene la oportunidad de acompañar a mujeres de distintas nacionalidades, religiones y tradiciones en sus procesos de embarazo, parto y puerperio. Cada encuentro con una mujer migrante trae consigo una historia de desplazamiento, adaptación y, muchas veces, de invisibilización dentro del sistema de salud. La atención materna a mujeres migrantes se ve atravesada por múltiples barreras culturales que dificultan el acceso, la continuidad y la calidad de los cuidados

OBJETIVO

El presente artículo tiene como objetivo revisar la literatura científica disponible sobre las principales barreras culturales que enfrentan las mujeres migrantes en la atención materna y explorar sus implicaciones para la práctica de la matronería, con miras a fortalecer una atención más equitativa, ética y culturalmente competente.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos, revisiones sistemáticas, informes institucionales y estudios cualitativos publicados entre 2010 y 2025. Las bases de datos utilizadas fueron PubMed, Scopus, Scielo, CINAHL y Google Scholar. Tras aplicar criterios de inclusión (relevancia temática, calidad metodológica y actualidad), se seleccionaron documentos para su análisis, con foco en experiencias de atención en contextos interculturales de Europa, América Latina, Norteamérica y Oceanía.

RESULTADOS

La revisión muestra que las mujeres migrantes enfrentan numerosas barreras culturales que dificultan su acceso y experiencia en la atención materna. Entre estas destacan barreras idiomáticas, falta de intérpretes y desconfianza hacia el sistema de salud, especialmente en contextos de violencia o exclusión. Las diferencias en creencias sobre el cuerpo y el parto, junto con prácticas hospitalarias invasivas, generan incomodidad.

CONCLUSIONES

Es necesario fortalecer la formación en competencias culturales, promover la escucha activa, incorporar intérpretes y mediadoras interculturales, y trabajar en red con otros servicios sociales y comunitarios. No se trata solo de atender, sino de acoger y dignificar cada historia de parto, venga de donde venga.

1 Palabras clave

Mujeres migrantes; Barreras culturales; Matronería ; Atención intercultural; Salud materna; Derechos en el parto.

2 Introducción

La matrona tiene una oportunidad única y valiosa de acompañar a mujeres provenientes de distintas nacionalidades, religiones, tradiciones y contextos culturales a lo largo de todo el proceso del embarazo, parto y puerperio. Cada encuentro con una mujer migrante es mucho más que una consulta clínica: es un encuentro con una historia compleja y profunda de desplazamiento, búsqueda de nuevas oportunidades, adaptación a entornos desconocidos y, en muchos casos, de invisibilización o marginalización dentro del sistema de salud.

La atención materna a mujeres migrantes está atravesada por un entramado de barreras culturales, lingüísticas, sociales y económicas que difi-

cultan el acceso oportuno a los servicios, la continuidad del cuidado y la calidad de la atención recibida. Estas barreras no solo impactan negativamente en la salud y bienestar de las mujeres y sus familias, sino que también desafían y cuestionan nuestro ejercicio profesional como matronas. Nos enfrentamos a preguntas esenciales sobre nuestra preparación, sensibilidad y capacidad para acompañar a estas mujeres desde una mirada auténticamente inclusiva, respetuosa y culturalmente competente. ¿Estamos realmente equipadas para entender y valorar las particularidades culturales que cada mujer trae consigo? ¿Contamos con las herramientas necesarias para comunicarnos efectivamente, superar prejuicios y ofrecer un apoyo que reconozca su dignidad y autonomía? ¿Qué procesos de aprendizaje continuo, desaprendizaje de prácticas excluyentes y transformación de nuestras actitudes y protocolos institucionales debemos impulsar para garantizar una atención pertinente, hu-

manizada y centrada en las necesidades reales de estas mujeres?

Este cuestionamiento nos invita a reflexionar profundamente sobre nuestro rol no solo como profesionales de la salud, sino también como agentes de cambio social, capaces de contribuir a la construcción de un sistema de salud que abrace la diversidad y promueva la equidad, el respeto y la justicia para todas las personas, independientemente de su origen o condición migratoria.

En definitiva, acompañar a mujeres migrantes implica mucho más que brindar cuidados técnicos; es un compromiso ético, humano y profesional para asegurar que todas puedan experimentar la maternidad con respeto, apoyo y en condiciones de igualdad.

3 Objetivos

El presente artículo tiene como objetivo revisar la literatura científica disponible sobre las principales barreras culturales que enfrentan las mujeres migrantes en la atención materna y explorar sus implicaciones para la práctica de la matronería, con miras a fortalecer una atención más equitativa, ética y culturalmente competente.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva que abarcó diversos tipos de documentos científicos y

académicos, incluyendo artículos científicos originales, revisiones sistemáticas, informes institucionales y estudios cualitativos, publicados en el periodo comprendido entre los años 2010 y 2025.

Para ello, se consultaron múltiples bases de datos reconocidas a nivel internacional, tales como PubMed, Scopus, Scielo, CINAHL y Google Scholar, con el propósito de garantizar un acceso amplio y diverso a la literatura relevante sobre la temática. Durante el proceso de búsqueda, se emplearon términos y descriptores específicos y estratégicos relacionados con la atención materna a mujeres migrantes y las barreras culturales que enfrentan en los sistemas de salud, entre los cuales destacaron “migrant women”, “maternal care”, “cultural barriers”, “midwifery”, “intercultural health” y “health inequalities”.

Una vez obtenida la lista inicial de documentos, se aplicaron rigurosos criterios de selección para asegurar la pertinencia y calidad del material a analizar; estos criterios incluyeron la relevancia temática directa con el objeto de estudio, la calidad metodológica basada en el diseño y rigor científico de cada estudio, así como la actualidad de las publicaciones para reflejar los avances y realidades contemporáneas. La selección final de documentos se centró especialmente en aquellos trabajos que abordaron experiencias y prácticas de atención en contextos interculturales,

considerando particularmente investigaciones realizadas en regiones geográficas diversas como Europa, América Latina, Norteamérica y Oceanía.

Este enfoque geográfico permitió incorporar una visión amplia y comparativa sobre los retos, estrategias y resultados en la atención materna a mujeres migrantes en diferentes sistemas sanitarios y contextos socioculturales, enriqueciendo así el análisis y las conclusiones de la revisión.

5 Resultados

La revisión bibliográfica realizada pone de manifiesto que las mujeres migrantes enfrentan una serie de barreras culturales complejas y multifacéticas que limitan significativamente tanto su acceso como su experiencia dentro del sistema de salud materna. Entre estas barreras, las idiomáticas son especialmente relevantes; la falta de intérpretes capacitados y la escasa disponibilidad de información clara y comprensible en múltiples idiomas dificultan la adecuada comunicación entre la mujer y el personal sanitario, afectando la comprensión de los procedimientos médicos, los derechos que les asisten y la participación informada en las decisiones clínicas. Esta falta de comunicación efectiva genera incertidumbre, ansiedad y, en muchos casos, un sentimiento de exclusión que compromete la calidad del cuidado recibido.

Adicionalmente, se observa una pro-

funda desconfianza hacia el sistema de salud por parte de muchas mujeres migrantes, sobre todo aquellas provenientes de contextos marcados por la violencia, la persecución o la exclusión social. Para estas mujeres, el entorno hospitalario puede ser percibido como hostil, frío o deshumanizante, lo que afecta negativamente su disposición para acceder y permanecer en los servicios de atención prenatal, parto y puerperio. Esta desconfianza también está vinculada con experiencias previas de discriminación o maltrato, tanto en sus países de origen como en el país de acogida, lo que genera un círculo difícil de romper sin intervenciones específicas y sensibles.

Además, se identifican diferencias sustanciales en las creencias y prácticas relacionadas con el cuerpo, el embarazo y el parto entre las mujeres migrantes y el modelo biomédico predominante. Muchas de estas mujeres sostienen cosmovisiones que consideran invasivas o incluso dañinas ciertas prácticas médicas comunes, tales como los tactos vaginales frecuentes, la administración de analgesia farmacológica o la separación temprana del recién nacido de su madre. Estas discrepancias culturales pueden generar conflictos y rechazo, aumentando el estrés y la sensación de vulnerabilidad durante un momento que es crucial para el bienestar físico y emocional tanto de la madre como del bebé.

Un aspecto alarmante que también ha

sido ampliamente documentado en la literatura es la existencia de racismo estructural y discriminación dentro de los servicios de salud materna. Investigaciones diversas han reportado actitudes de desprecio, infantilización o trato diferenciado por parte del personal sanitario hacia mujeres indígenas, migrantes o pertenecientes a minorías étnicas. Estas actitudes no solo vulneran los derechos humanos fundamentales, sino que afectan la confianza y la relación terapéutica entre la mujer y la matrona, disminuyendo la calidad y efectividad de la atención recibida.

Sumado a esto, existe un desconocimiento generalizado y una desvalorización institucionalizada de las prácticas culturales tradicionales de cuidado que muchas mujeres migrantes traen consigo, como el uso de hierbas medicinales, masajes, rituales o el acompañamiento familiar durante el proceso de parto. Estas prácticas, que forman parte integral de sus cosmovisiones y redes de apoyo, suelen ser vistas con desconfianza o prohibidas en los entornos hospitalarios, lo que puede generar una sensación de pérdida, aislamiento y falta de respeto hacia su identidad cultural.

Para la matronería, estas múltiples barreras representan un llamado urgente a una revisión profunda de nuestras competencias culturales, comunicacionales y éticas. Implican la necesidad imperiosa de abandonar posturas etnocéntricas y adoptar modelos de atención

más flexibles, participativos y centrados en la mujer, donde se reconozca y valore la diversidad cultural como un elemento enriquecedor. Esto exige considerar integralmente la identidad, lengua, historia, experiencias y cosmovisión de cada mujer, para ofrecer un acompañamiento verdaderamente respetuoso, inclusivo y humanizado que garantice el derecho a un parto digno y seguro para todas.

6 Discusión-Conclusión

La atención materna a mujeres migrantes exige un enfoque intercultural que sea verdaderamente sensible, integral y comprometido con la equidad en salud. Las barreras culturales que persisten en la actualidad no deben ser vistas únicamente como obstáculos individuales o circunstanciales, sino como manifestaciones claras de un sistema de salud que aún no ha logrado transformar sus estructuras ni sus prácticas para valorar y abrazar la diversidad cultural como un recurso enriquecedor y un derecho fundamental. Estas barreras reflejan la falta de adecuación cultural en los servicios, la escasa formación específica del personal sanitario y, muchas veces, la resistencia al cambio dentro de las instituciones.

En este contexto, las matronas ocupamos un lugar privilegiado y fundamental para transformar esta realidad desde la práctica cotidiana. Somos agentes de cambio capaces de construir

puentes interculturales que conecten la biomedicina con las distintas cosmovisiones y tradiciones de las mujeres migrantes. Tenemos la responsabilidad ética y profesional de ser defensoras inquebrantables de los derechos humanos, facilitadoras de una atención respetuosa, digna y centrada en las necesidades reales de cada mujer y su familia. Este rol nos exige ir más allá del conocimiento técnico y asumir una mirada holística que integre la cultura, la historia, el idioma y las emociones de quienes atendemos.

Para avanzar en esta dirección, es imprescindible fortalecer de manera sistemática la formación en competencias culturales dentro de los planes educativos y en la capacitación continua del personal de salud, especialmente de las matronas. Esta formación debe incluir no solo aspectos teóricos, sino también herramientas prácticas para la comunicación intercultural, el manejo adecuado de diferencias culturales y la resolución de conflictos en contextos diversos. La promoción de la escucha activa se convierte en una estrategia clave, pues implica realmente abrir espacios donde la mujer se sienta escuchada, valorada y protagonista de su proceso de parto, evitando la imposición de protocolos rígidos o prácticas que desconocen sus valores y expectativas.

Asimismo, la incorporación de intérpretes y mediadoras interculturales en los servicios de salud es fundamental

para superar las barreras lingüísticas y asegurar una comunicación clara, efectiva y empática. Estas figuras no solo facilitan la comprensión, sino que también actúan como enlaces culturales que ayudan a construir confianza y reducir la ansiedad en las mujeres migrantes, fortaleciendo su autonomía y capacidad para tomar decisiones informadas. Paralelamente, es necesario fomentar el trabajo en red con otros servicios sociales, comunitarios y organizaciones que apoyan a la población migrante, generando un abordaje integral que no se limite al aspecto clínico sino que incluya el acompañamiento psicosocial y el respeto a las redes de apoyo propias de cada cultura.

Esta labor requiere un compromiso profundo con la humanización de la atención y con la creación de entornos seguros donde todas las mujeres puedan sentirse acogidas, respetadas y dignificadas en cada etapa de su proceso de maternidad. No se trata solo de brindar cuidados técnicos, sino de construir una experiencia de parto que honre la diversidad, reconozca la riqueza de cada historia personal y cultural, y reafirme el derecho fundamental de cada mujer a parir en condiciones de respeto, libertad y seguridad, independientemente de su origen o condición migratoria. Solo así lograremos avanzar hacia sistemas de salud más justos, inclusivos y verdaderamente centrados en las personas.

7 Bibliografía

- Medina Gamero A, Regalado Chamorro M, Ayala Camones A, Medina Santisteban C. Conciencia cultural para el cuidado de la maternidad [Cultural awareness for maternity care]. *Aten Primaria*. 2022 Aug;54(8):102392.
- Villalobos A., Saucedo-Valenzuela A.L., Nigenda G. Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gac Sanit*. [Internet]. 2020;34:546–552.
- Vera Loyola E. Atención del parto centrada en el paciente. *Rev Peru Ginecol Obstet*. [Internet]. 2019;65:51–55. [consultado 15 Abr 2022].
- Jardim D.M.B., Modena C.M. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem*. [Internet]. 2018;26:e3069.
- Gabrysch S, Lema C, Bedriñana E, Bautista MA, Malca R, Campbell OM, Miranda JJ. Cultural adaptation of birthing services in rural Ayacucho, Peru. *Bull World Health Organ*. 2009 Sep;87(9):724-9.
- Houweling TA, Ronsmans C, Campbell OM, Kunst AE. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2007;85:745–54.
- De Broe S. Diversity in the use of pregnancy-related care among ethnic groups in Guatemala. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2005;31:199–205.

Artículo 4

EL PAPEL DEL CLORURO DE CETILPIRIDINIO (CPC) EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS: ENFOQUE EN COVID-19

ALBA SABINO MARTÍNEZ

La pandemia de COVID-19 impulsó la búsqueda de medidas complementarias para reducir la transmisión del SARS-CoV-2, siendo la saliva un medio clave en su propagación. El cloruro de cetilpiridinio

(CPC), presente en diversos colutorios, ha sido investigado por su capacidad para disminuir la carga viral en la cavidad oral.

El objetivo de este trabajo fue analizar el papel del CPC en la prevención de infecciones respiratorias, con especial atención a la evidencia disponible frente al SARS-CoV-2.

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como Pubmed y Scielo, seleccionando artículos científicos sobre la eficacia del CPC frente al virus.

Diversos estudios, tanto in vitro como en pacientes, han demostrado que los enjuagues con CPC, solos o combinados con zinc, logran reducir de manera significativa la presencia del virus en la saliva, aunque de forma transitoria.

Estos hallazgos sugieren que los colutorios con CPC podrían actuar como una herramienta accesible y de apoyo en la prevención de infecciones respiratorias, sin sustituir en ningún caso a las vacunas ni a las medidas de protección principales.

1 Palabras clave

SARS-CoV-2; COVID-19; cloruro de cetilpiridinio; CPC; colutorio; viral; infecciones.

2 Introducción

El COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2, que afecta principalmente al aparato respiratorio y ha provocado millones de muertes en todo el mundo. La saliva se ha identificado como un reservorio importante del virus, lo que refuerza la relevancia de su transmisión a través de aerosoles y gotículas respiratorias. Esta realidad impulsó la búsqueda de estrategias complementarias para prevenir las infecciones respiratorias. La cavidad oral, en particular la saliva, ha demostrado desempeñar un papel clave en la diseminación del SARS-CoV-2, lo que ha motivado la investigación del uso de productos de higiene bucal cotidianos como posibles aliados en la reducción de la carga viral.

En el ámbito odontológico, la transmisión del SARS-CoV-2 supone un riesgo elevado debido a la proximidad entre el profesional y la cavidad oral del paciente. Los procedimientos que generan aerosoles, como el uso de instrumental rotatorio, ultrasonidos o jeringas de aire-agua, incrementan la posibilidad de exposición a partículas

virales. Estas condiciones convierten a la consulta dental en un entorno de especial vulnerabilidad, lo que hace especialmente relevante el estudio de medidas coadyuvantes que puedan reducir la carga viral en la saliva, reforzando los protocolos de bioseguridad ya existentes.

El cloruro de cetilpiridinio (CPC) es un antiséptico presente en numerosos colutorios y pastas dentífricas. Se utiliza habitualmente para combatir la acumulación de bacterias y la formación de placa dental, y se le reconocen propiedades antimicrobianas, antifúngicas y antivirales. Estas características han llevado a su estudio como una posible medida coadyuvante para disminuir la infectividad del coronavirus en la cavidad oral.

Aunque las vacunas y las medidas de protección siguen siendo la base en la lucha contra el COVID-19, el CPC podría constituir una herramienta sencilla, accesible y de apoyo en la prevención de este tipo de infecciones. La evidencia sobre el uso de colutorios en la reducción de la carga viral salival es todavía limitada, aunque algunos resultados respaldan su utilidad frente al virus.

Diversos estudios han evaluado la eficacia de los enjuagues bucales frente al SARS-CoV-2. En concreto, se ha observado que las formulaciones con CPC al 0,07 % inactivan distintas variantes del

virus in vitro, incluso en presencia de saliva humana, mientras que la clorhexidina no ha mostrado la misma eficacia¹. Estos hallazgos sugieren que los colutorios podrían contribuir a disminuir la carga viral oral y, potencialmente, la transmisión.

Ensayos clínicos recientes también han demostrado que los enjuagues bucales a base de CPC, solos o combinados con lactato de zinc, reducen de manera significativa la carga viral en la saliva de pacientes con COVID-19. En particular, el enjuague CPC+Zn mostró una mayor reducción que el CPC solo².

Asimismo, una revisión sistemática realizada en Brasil recopiló la evidencia sobre diferentes enjuagues entre ellos, povidona yodada, clorhexidina, CPC y peróxido de hidrógeno. Aunque los estudios revisados reflejaron disminuciones en los niveles de SARS-CoV-2 en saliva, en la mayoría de los casos estas no fueron estadísticamente significativas respecto al grupo control (agua estéril, agua destilada, solución salina o placebo), lo que evidencia la necesidad de ensayos clínicos más amplios y mejor diseñados para confirmar los resultados³.

En este contexto, resulta relevante revisar y valorar la evidencia disponible a fin de analizar el papel potencial de los enjuagues bucales como medida complementaria en la prevención de la transmisión del SARS-CoV-2.

3 Objetivos

- Analizar el papel del CPC en la prevención de infecciones respiratorias, con especial atención a la evidencia disponible sobre su efecto frente al SARS-CoV-2.
- Valorar su utilidad como medida complementaria en la higiene bucal diaria y en la reducción de la transmisión viral.

4 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente sobre el tema de estudio. Se llevó a cabo una búsqueda de libros, artículos y revistas científicas en las principales bases de datos: Scielo y Pubmed, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

5 Resultados

Los trabajos analizados aportan información relevante sobre el posible efecto de los colutorios con CPC, solo o combinado con zinc, frente al SARS-CoV-2 en la saliva.

En un estudio in vitro se evaluó el efecto de un enjuague con CPC al 0,07%. Se observó que fue capaz de neutralizar por completo el virus, incluidas varias de sus variantes (Alpha, Beta, Gamma,

Delta), incluso cuando se probó en un medio con saliva humana. En cambio, la clorhexidina al 0,2% no mostró la misma capacidad de inactivación, lo que sugiere que el CPC tendría una eficacia superior en este contexto¹.

En un ensayo clínico con pacientes diagnosticados de COVID-19, se compararon tres grupos de tratamiento: un enjuague con CPC al 0,075% + zinc lactato al 0,28%, CPC solo al 0,075% y un grupo control negativo con agua destilada. La carga viral en saliva se midió antes y después del enjuague, en distintos intervalos de tiempo (a los 5, 30 y 60 minutos). La fórmula con CPC y zinc produjo la mayor disminución de la carga viral, sobre todo a los cinco minutos, posteriores, manteniendo el efecto de forma más atenuada hasta una hora. El CPC solo también redujo la carga viral, aunque con menor intensidad².

Además, una revisión sistemática realizada en Brasil recopiló la evidencia disponible sobre el uso de distintos colutorios. Los estudios con povidona yodada al 0,5%, 1% y 2%, peróxido de hidrógeno (HP) al 1% y 1,5%, cloruro de cetilpiridinio (CPC) al 0,075% y clorhexidina (CHX) al 0,2% y 0,12% mostraron reducciones en los niveles de SARS-CoV-2 en saliva. No obstante, en la mayoría de los casos estas disminuciones no fueron estadísticamente significativas en comparación con los grupos control (agua estéril, agua destilada, solución salina o placebo). Asimismo, un es-

tudio que evaluó la infectividad viral en cultivos celulares observó que el CPC redujo en un 97% la capacidad infectiva del SARS-CoV-2 en saliva una hora después del enjuague.

Estos hallazgos resaltan el papel destacado del CPC, especialmente en combinación con zinc, en la importancia de la lucha contra el SARS-CoV-2.

6 Discusión-Conclusión

Los estudios analizados muestran que los colutorios con CPC, solos o combinados con zinc, pueden reducir la carga viral del SARS-CoV-2 en saliva, lo que sugiere un posible beneficio como medida coadyuvante en la prevención de la transmisión del virus. Aunque los resultados *in vitro* e *in vivo* evidencian una disminución significativa de la carga viral, esta reducción es transitoria y varía según el protocolo de aplicación, la concentración utilizada y las condiciones clínicas evaluadas^{1, 2, 3}.

Aunque no se trata de un método que ofrezca una protección total ni puede sustituir a las vacunas o a otras medidas de prevención, sí parece aportar un refuerzo extra en la lucha contra el virus.

Los resultados actuales son favorables, pero también muestran que hace falta seguir investigando con estudios más amplios y protocolos mejor definidos para confirmar su eficacia.

En conclusión, el CPC puede considerarse una ayuda complementaria en la reducción de la carga viral del SARS-CoV-2, siempre entendiendo que es un apoyo y no la medida principal de protección frente a la infección.

Silveira Souto M; Moura-Neto C; Pereira M; et al. Efficacy of mouthrinses in reducing oral SARS-CoV-2 load: a review. *Braz Oral Res.* 2023;37:e22. doi:10.1590/1807-3107bor-2023.vol37.0003

7 Bibliografía

1. Anderson ER, Patterson EI, Richards S, Pitol AK, Edwards T, Wooding D, Buist K,

Green A, Mukherjee S, Hoptroff M, Hughes GL.

Los enjuagues orales que contienen CPC inactivan las variantes del SARS-CoV-2 y están activos en presencia de saliva humana.

J Med Microbiol. 2022 Feb;71(2):001508. doi: 10.1099/jmm.0.001508. PMID: 35180046;

PMCID: PMC8941951.

2. Bezinelli LM, Corrêa L, Beyerstedt S, Franco ML, Rangel ÉB, Benítez CG, Hamerschlak N, Pinho JRR,

Heller D, Eduardo FP. Reducción de la carga viral del SARS-CoV-2 en la saliva después de enjuagar con enjuagues bucales que contienen cloruro de cetilpiridinio: un estudio clínico aleatorio.

PeerJ. 2023 18 de diciembre;11:e15080. doi: 10.7717/peerj.15080. PMID: 38130922;

PMCID: PMC10734404.

3. Pannuti CM; de los Reyes IN; Vilela Souza N;

Artículo 5

BACTERIAS BENEFICIOSAS: EL PAPEL DE LOS PROBIÓTICOS EN LA SALUD

MIREN AGURTZANE PÉREZ CONDE

LEIRE MUTUBERRIA ALDUNCIN

BRAYAN SMITH SERVENT RODRÍGUEZ

MARIAN MADURGA HERRERA

YANIRA LÓPEZ MARTÍNEZ DE LIZARRONDO

Introducción: La microbiota intestinal desempeña un papel esencial en el equilibrio fisiológico y la salud general.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos científicas como PubMed, Scielo y Elsevier, seleccionando artículos entre 2018 y 2025.

Resultados: Los probióticos han demostrado eficacia en la prevención de enfermedades gastrointestinales, inmunológicas y metabólicas. Su acción se basa en la competencia bacteriana, la regulación inmunitaria y la restauración de la flora intestinal alterada.

Conclusión: Los probióticos representan una herramienta complementaria de gran valor para mantener la homeostasis intestinal y prevenir trastornos sistémicos, siendo su uso racional clave en la práctica clínica actual.

1 Palabras clave

Probióticos; microbiota intestinal; bacterias beneficiosas; salud digestiva;

equilibrio microbiano

2 Introducción

El intestino humano alberga una comunidad microbiana compleja conocida como microbiota intestinal, compuesta por billones de bacterias, hongos y virus que desempeñan un papel esencial en la digestión, el metabolismo y la modulación inmunitaria. En los últimos años, múltiples estudios han evidenciado que la alteración de este ecosistema, denominada disbiosis, puede contribuir al desarrollo de diversas enfermedades, tanto locales como sistémicas, incluyendo el síndrome del intestino irritable, enfermedades autoinmunes, obesidad, diabetes tipo 2 e incluso alteraciones del estado de ánimo.

Los probióticos son microorganismos vivos que, administrados en cantidades adecuadas, proporcionan múltiples beneficios a la salud del huésped. Entre las cepas más estudiadas destacan los géneros *Lactobacillus*, *Bifidobacterium* y *Saccharomyces*, cuya eficacia ha sido demostrada en la prevención de diarreas asociadas a antibióticos, en la mejora de la función intestinal y en la modulación de la respuesta inmunológica.

La investigación sobre el microbioma y los probióticos ha ganado relevancia en el ámbito sanitario, impulsando un nuevo modelo de salud que se centra en la prevención y el equilibrio micro-

biano. Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, la educación sanitaria sobre hábitos dietéticos que favorezcan la microbiota y el uso adecuado de probióticos adquiere un papel fundamental en la promoción del bienestar digestivo y general.

Con este trabajo pretendemos revisar el papel de las bacterias beneficiosas y los probióticos en la salud humana, abordando su función fisiológica, los mecanismos de acción más destacados y su relevancia clínica en diferentes patologías.

3 Objetivos

Objetivo general:

Analizar la relevancia de las bacterias beneficiosas y los probióticos en la salud humana, destacando su función en el mantenimiento del equilibrio intestinal y su aplicación clínica en la prevención de enfermedades.

Objetivos específicos:

- Describir las principales especies bacterianas utilizadas como probióticos y sus mecanismos de acción.
- Dar a conocer los resultados de la evidencia científica reciente sobre los beneficios clínicos de los probióticos.
- Evaluar la influencia del uso racional de probióticos en la práctica sanitaria y su impacto en la salud pública.
- Promover el conocimiento de la microbiota intestinal como elemento clave en la prevención de enfermedades.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica comprendida entre 2018 y 2025. Las fuentes consultadas incluyeron PubMed, Scielo, Elsevier, Dialnet y Google Scholar, empleando las palabras clave “probióticos”, “microbiota intestinal”, “bacterias beneficiosas” y “salud digestiva”.

Se seleccionaron artículos originales, revisiones sistemáticas publicados en español e inglés. Se priorizaron estudios con evidencia científica sólida, con criterios de inclusión que contemplaron investigaciones sobre seres humanos y publicaciones con revisión por pares. Además, se consultaron manuales y libros de microbiología clínica y nutrición para reforzar las teorías.

5 Resultados

La evidencia científica ha demostrado que los probióticos ejercen múltiples efectos beneficiosos sobre la salud humana. En el aspecto gastrointestinal, se ha observado su eficacia en la prevención de la diarrea asociada a antibióticos, la diarrea infecciosa y la diarrea del viajero. Además, mejoran la sintomatología del síndrome del intestino irritable al modular la motilidad intestinal y reducir la inflamación mucosa.

A nivel inmunológico, los probióticos refuerzan la barrera intestinal y estimulan la producción de inmunoglobu-

lina A, citoquinas y péptidos antimicrobianos, lo que contribuye a una mejor respuesta frente a agentes patógenos. En pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales, como la colitis ulcerosa, se ha observado una disminución en la frecuencia y severidad de los brotes.

Los beneficios se extienden más allá del aparato digestivo. Estudios recientes han observado una asociación entre la administración de probióticos con la reducción del riesgo de infecciones respiratorias y urinarias, así como con una mejor regulación del metabolismo de la glucosa y de los lípidos. Además, se ha identificado una relación entre la microbiota intestinal y el eje intestino-cerebro, donde los probióticos podrían desempeñar un papel modulador en el estrés, la ansiedad y la depresión.

Desde la perspectiva de la práctica clínica, el uso de probióticos se considera una medida complementaria en la educación para la salud. El personal de los sistemas sanitarios puede desempeñar un papel esencial en la orientación de pacientes sobre el consumo adecuado de alimentos fermentados o suplementos probióticos, adaptando las recomendaciones a las necesidades individuales y considerando posibles contraindicaciones en pacientes inmunodeprimidos.

La evidencia actual también destaca la importancia de la dieta como mod-

uladora del equilibrio microbiano. El consumo regular de frutas, verduras, legumbres y alimentos ricos en fibra prebiótica, como la inulina, favorece la proliferación de bacterias beneficiosas, potenciando la acción de los probióticos. En cambio, dietas ricas en grasas saturadas o azúcares refinados pueden inducir disbiosis y aumentar el riesgo de patologías inflamatorias.

Por último, se identifican retos futuros en la investigación sobre probióticos: la necesidad de estandarizar dosis, cepas y duraciones de tratamiento, así como establecer criterios clínicos precisos para su prescripción. No todos los probióticos son iguales ni adecuados para todas las condiciones, por lo que su uso debe basarse en la evidencia científica y en la evaluación individual del paciente.

6 Discusión-Conclusión

Los probióticos representan una herramienta valiosa en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, gracias a su capacidad para mantener el equilibrio de la microbiota intestinal y fortalecer la respuesta inmunitaria. Su aplicación clínica se extiende más allá del ámbito digestivo, aportando beneficios en la esfera metabólica e incluso emocional.

El conocimiento y la correcta utilización de los probióticos son esenciales en la práctica clínica, ya que

permiten orientar a los pacientes hacia hábitos saludables que favorezcan la salud intestinal. También se requiere un enfoque multidisciplinar entre profesionales sanitarios para garantizar un uso racional, seguro y basado en datos comprobados.

El futuro de la investigación en probióticos se centra en identificar cepas específicas para patologías concretas y comprender mejor la relación entre microbiota y salud global. Promover la educación sanitaria sobre la microbiota intestinal y su cuidado es un desafío clave para mejorar la calidad de vida de la población.

7 Bibliografía

1. Bermúdez-Brito M, Plaza-Díaz J, Muñoz-Quezada S, Gómez-Llorente C, Gil A. Probióticos: mecanismos de acción. *Ann Nutr Metab.* 2012
2. García-Manzanares A, López-Gómez P, Garrido-Miguel M. Beneficios de los probióticos en la salud intestinal: revisión sistemática. *Enferm Clin.* 2021
3. Díaz-Ropero MP, Martín R, Sierra S, et al. Funciones fisiológicas de los probióticos y su aplicación clínica. *Nutr Hosp.* 2018.
4. Rodríguez-Sánchez R, et al. Probióticos y microbiota intestinal: un nuevo horizonte terapéutico. *Rev Esp Enferm Dig.* 2022.
5. Hill C, Guarner F, Reid G, et al. Expert consensus document. *The Inter-*

national Scientific Association for Probiotics and Prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic. *Nat Rev Gastroenterol Hepato*.

6. Sánchez B, Delgado S, Blanco-Míguez A, Lourenço A, Gueimonde M, Margolles A. Probiotics, gut microbiota, and their influence on host health and disease. *Mol Nutr Food Res*.

7. Valdés AM, Walter J, Segal E, Spector TD. Role of the gut microbiota in nutrition and health. *BMJ*. 2018

8. FAO/OMS. Health and nutritional properties of probiotics in food including powder milk with live lactic acid bacteria. Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation. 2019.

Artículo 6

MÉTODOS PARA PERDER PESO: ENFOQUES ACTUALES

LEIRE MUTUBERRIA ALDUNCIN

BRAYAN SMITH SERVENT RODRÍGUEZ

MARIAN MADURGA HERRERA

YANIRA LÓPEZ MARTÍNEZ DE LIZARRONDO

MIREN AGURTZANE PÉREZ CONDE

Introducción: la pérdida de peso es un objetivo común tanto para mejorar la salud como para prevenir enfermedades metabólicas. Los métodos utilizados abarcan estrategias dietéticas, conductuales, farmacológicas y quirúrgicas, cada una con distinta eficacia y nivel de riesgo.

Metodología: se llevó a cabo una revisión bibliográfica en español en las bases de datos Scielo, PubMed, Elsevier España y Dialnet, considerando publicaciones entre 2015 y 2024. Se seleccionaron estudios con evidencia científica sobre la efectividad y seguridad de diferentes métodos para perder peso.

Resultados: los programas combinados, que incluyen dieta equilibrada, actividad física regular y apoyo psicológico, son los más efectivos a largo plazo. Las dietas mediterránea, baja en carbohidratos y DASH presentan evidencia sólida, mientras que las intervenciones farmacológicas y quirúrgicas se reservan para casos clínicos específicos.

Conclusiones: la pérdida de peso sostenible se logra mediante un enfoque integral y personalizado. Las estrategias extremas o restrictivas carecen de efectividad prolongada y pueden comprometer la salud.

1 Palabras clave

Pérdida de peso; obesidad; dietas; ejercicio físico; farmacoterapia; cirugía bariátrica

2 Introducción

La obesidad y el sobrepeso representan en la actualidad uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial. Su prevalencia ha aumentado de forma sostenida durante las últimas décadas, afectando tanto a países desarrollados como en desarrollo, y asociándose a un incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia y ciertos tipos de cáncer. Esta situación ha impulsado la búsqueda de métodos eficaces, seguros y sostenibles para lograr la reducción del peso corporal.

La pérdida de peso no solo tiene un componente estético, sino que es una necesidad clínica orientada a mejorar parámetros metabólicos, prevenir comorbilidades y promover el bienestar integral. Sin embargo, la diversidad de estrategias existentes que incluyen intervenciones dietéticas, conductuales, farmacológicas y quirúrgicas exige una evaluación crítica basada en la evidencia científica.

En los últimos años, múltiples estudios han analizado y comparado la eficacia de distintos enfoques, destacando la importancia de la personalización del tratamiento y del acompañamiento

multidisciplinar. La adherencia a largo plazo, la educación nutricional y la modificación del estilo de vida se consolidan como factores clave para el éxito terapéutico.

En este contexto, con el presente trabajo tenemos como propósito revisar los métodos más actuales y respaldados científicamente para la pérdida de peso, describiendo sus mecanismos de acción, beneficios y limitaciones, con el fin de aportar una visión integral y actualizada sobre el manejo del exceso de peso desde la práctica clínica y la salud pública.

3 Objetivos

Objetivo general:

Analizar los métodos más efectivos y seguros para perder peso desde un enfoque basado en la evidencia científica, considerando los factores fisiológicos, nutricionales y conductuales implicados.

Objetivos específicos:

- Identificar las estrategias dietéticas más eficaces para la reducción del peso corporal.
- Evaluar la importancia del ejercicio físico en el mantenimiento de la pérdida de peso.
- Analizar el papel de los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos en casos de obesidad severa.
- Revisar la evidencia sobre la adherencia y sostenibilidad de los diferentes métodos.

- Establecer recomendaciones prácticas basadas en guías clínicas actuales.

4 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica en la literatura científica sobre los métodos más utilizados para la pérdida de peso, con especial atención a las estrategias dietéticas, conductuales, farmacológicas y quirúrgicas.

La búsqueda se llevó a cabo en las principales bases de datos científicas en español, como Scielo, Dialnet, Elsevier España, Medline Plus y PubMed, utilizando las palabras clave: “pérdida de peso”, “obesidad”, “dieta”, “tratamiento del sobrepeso” y “cirugía bariátrica”.

Se seleccionaron artículos originales y guías clínicas publicadas entre 2015 y 2024. Además, se consultaron revistas especializadas en español, como Nutrición Hospitalaria y Revista Española de Nutrición Comunitaria, todas ellas con revisión por pares.

5 Resultados

No existe un método universal para perder peso, sin embargo, los expertos coinciden en que los enfoques que combinan alimentación saludable, actividad física y apoyo psicológico ofrecen los resultados más sostenibles. A continuación, analizamos los principales métodos y sus fundamentos basados en evidencia.

DIETA HIPOCALÓRICA EQUILIBRADA

La base del tratamiento del sobrepeso y la obesidad continúa siendo la reducción controlada de la ingesta calórica. Las dietas hipocalóricas equilibradas suelen disminuir entre 500 y 800 kcal diarias respecto al gasto energético total, favoreciendo una pérdida aproximada de 0,5 a 1 kg por semana. Este tipo de dieta no elimina grupos de alimentos, sino que promueve la moderación y el control de porciones. La adherencia a este modelo permite mantener el peso a largo plazo y mejorar parámetros metabólicos como la glucemia y los lípidos plasmáticos.

DIETA MEDITERRÁNEA

Es uno de los patrones alimentarios más respaldados. Basada en un consumo elevado de frutas, verduras, legumbres, frutos secos, cereales integrales y aceite de oliva, la dieta mediterránea promueve la pérdida de peso moderada y sostenida. La adherencia a esta dieta muestra reducciones significativas en el peso corporal y la circunferencia abdominal, además de beneficios cardiovasculares y metabólicos. La clave de su éxito radica en su carácter flexible, culturalmente aceptado y rico en antioxidantes y grasas saludables.

DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS O CETOGÉNICA

Las dietas cetogénicas reducen al mínimo los hidratos de carbono, aumentando el consumo de proteínas y grasas. Su efectividad inicial es alta, con pér-

didadas rápidas de peso durante las primeras semanas, debidas principalmente a la pérdida de agua y glucógeno. Sin embargo, su sostenibilidad a largo plazo es limitada. Además, se advierte sobre posibles efectos adversos, como estreñimiento, fatiga y déficit de micronutrientes, por lo que deben ser controladas por profesionales sanitarios.

DIETA BAJA EN GRASAS

Este tipo de dieta prioriza la reducción del aporte lipídico total, especialmente de grasas saturadas. Aunque tradicionalmente era la dietarecomendada, la evidencia reciente indica que las dietas moderadas en grasas saludables, como la mediterránea, resultan más eficaces y mejor toleradas. Aun así, los programas de reducción de grasa acompañados de ejercicio físico pueden generar pérdidas de entre el 5 % y el 10 % del peso corporal en 6 meses.

DIETA DASH

Diseñada originalmente para el control de la hipertensión, la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ha mostrado también eficacia en la reducción del peso corporal. Promueve el consumo de frutas, verduras, lácteos desnatados, cereales integrales y proteínas magras, con bajo contenido en sodio y azúcares. Su impacto positivo en la presión arterial, el colesterol y la glucemia la convierte en una alternativa saludable y equilibrada.

DIETAS COMERCIALES Y DE MODA

Dietas como la Dukan, Atkins o los programas detox carecen de respaldo

científico y pueden conllevar riesgos nutricionales. Los resultados revisados muestran una pérdida de peso inicial significativa, pero con alta tasa de recuperación en menos de un año. Las guías clínicas españolas desaconsejan su uso por falta de evidencia y riesgo de efectos secundarios.

INTERVENCIONES CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICAS

El componente conductual es esencial en cualquier estrategia de pérdida de peso. Las intervenciones más efectivas incluyen la terapia cognitivo-conductual, la educación nutricional, la autoobservación y el establecimiento de metas de pérdida de peso realistas. La modificación del comportamiento alimentario y del estilo de vida es más determinante que el tipo de dieta en sí. El apoyo psicológico ayuda a identificar desencadenantes emocionales del hambre, mejorar la percepción corporal y mantener la motivación. Programas grupales o individuales, dirigidos por psicólogos o dietistas, han demostrado tasas más altas de éxito y adherencia. Además, el uso de tecnologías como aplicaciones móviles o registros digitales de alimentos se ha mostrado útil para el seguimiento y control del progreso.

ACTIVIDAD FÍSICA Y GASTO ENERGÉTICO

El ejercicio físico es el complemento indispensable para alcanzar y mantener la pérdida de peso. La práctica regular de ejercicio aeróbico (caminar, nadar,

correr) combinada con entrenamiento de fuerza mejora la composición corporal al aumentar la masa magra y reducir la grasa visceral.

Las recomendaciones indican realizar al menos 150 minutos semanales de actividad moderada o 75 minutos intensa, junto con ejercicios de fuerza dos o tres veces por semana. Además, la actividad física contribuye a mejorar la sensibilidad a la insulina, reducir la tensión arterial y aumentar el bienestar psicológico, factores clave en la adherencia a largo plazo.

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

El tratamiento farmacológico se considera un apoyo en casos de obesidad diagnosticada o sobrepeso con comorbilidades. Los fármacos aprobados en España incluyen:

- Orlistat: actúa inhibiendo la absorción intestinal de grasas. Puede provocar efectos gastrointestinales leves, pero favorece pérdidas de peso de entre el 5 % y el 10 % en un año, especialmente si se combina con dieta y ejercicio.
- Liraglutida y semaglutida: reducen el apetito y aumentan la saciedad, promoviendo reducciones superiores al 10 % del peso corporal en pacientes con obesidad.
- Naltrexona-bupropión: combina efectos sobre el sistema nervioso central para disminuir la ingesta.

El uso de estos fármacos requiere prescripción médica y seguimiento, ya que pueden presentar contraindicaciones

y efectos secundarios. Su eficacia depende de la continuidad del tratamiento y de su integración dentro de un programa integral.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

La cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz para la obesidad grave. Los procedimientos más comunes son el bypass gástrico en Y de Roux, la gastrectomía vertical y el balón gástrico. Estos métodos provocan una reducción del tamaño del estómago o una modificación del tránsito intestinal, limitando la ingesta y absorción calórica.

La cirugía bariátrica permite pérdidas del 25 % al 35 % del peso corporal mantenidas durante más de cinco años, con mejoría o remisión de comorbilidades como la diabetes tipo 2 y la apnea del sueño. Sin embargo, requiere un control multidisciplinar, seguimiento nutricional y compromiso a largo plazo con los hábitos alimentarios.

FACTORES QUE DETERMINAN EL ÉXITO A LARGO PLAZO

La adherencia al tratamiento es el factor más decisivo en la pérdida de peso mantenida. La motivación, el apoyo social y el seguimiento profesional son determinantes. Las intervenciones que incluyen seguimiento periódico y educación sanitaria presentan mejores resultados a los 12 y 24 meses.

La personalización del tratamiento según edad, sexo, condición médica y preferencias culturales mejora la adherencia y la satisfacción del paciente. Por el contrario, las dietas muy restric-

tivas o los programas de pérdida de peso rápida generan frustración, desequilibrios metabólicos y alta probabilidad de recuperación del peso perdido (efecto rebote).

Además, las publicaciones revisadas, con clara evidencia científica, refuerzan que la pérdida de peso debe entenderse como un proceso gradual, sostenido y multifactorial, centrado en la salud global y no en la estética corporal.

6 Discusión-Conclusión

La conclusión a la que llegamos es que los métodos para perder peso más eficaces y seguros son aquellos que integran alimentación saludable, ejercicio regular y apoyo conductual. Las dietas equilibradas como la mediterránea o DASH tienen la mayor evidencia científica en cuanto a eficacia y sostenibilidad.

Las intervenciones farmacológicas y quirúrgicas son recursos útiles en casos seleccionados, siempre bajo supervisión médica y dentro de un abordaje multidisciplinar. El éxito a largo plazo depende de la adherencia, la educación nutricional y el cambio de hábitos permanentes.

En definitiva, perder peso de forma saludable requiere compromiso, seguimiento profesional y estrategias personalizadas que prioricen el bienestar físico y mental sobre los resultados rápidos. Solo un abordaje integral

puede garantizar la mejora duradera del estado de salud y la calidad de vida de las personas.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. “Obesidad y sobrepeso”. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: [<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>]
2. Aranceta-Bartrina J, Pérez-Rodrigo C. “Nutrición y salud pública: estrategias frente a la obesidad”. Revista Española de Nutrición Comunitaria. 2021.
3. FESNAD-SEEDO. “Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos”. Nutrición Hospitalaria. 2020.
4. Serra-Majem L, García-Closas R, Ribas-Barba L. “Patrón alimentario mediterráneo: evidencias científicas actuales”. Medicina Clínica (Barcelona). 2019.
5. Martínez JA, Goñi I, Lasa A. “Intervenciones dietéticas y ejercicio físico en la pérdida de peso”. Revista Española de Nutrición Humana y Dieta. 2022.
6. Ministerio de Sanidad. “Guía de práctica clínica sobre el manejo de la obesidad en adultos”. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2023.
7. Rubio MA, Frühbeck G. “Fármacos para el tratamiento de la obesidad: actualización 2023”. Endocrinol, Diabetes

y Nutrición. 2023.

8. Álvarez-Sala R, Díez JJ. “Cirugía bariátrica: indicaciones y resultados”. Medicina Clínica (Barcelona). 2020.

9. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN). “Documento de consenso sobre el tratamiento integral de la obesidad”. Madrid: SEEN; 2022.

10. PREDIMED Study Investigators. “Efectos de la dieta mediterránea sobre el peso corporal y el riesgo cardiovascular”. Nutrición Hospitalaria. 2021.

Artículo 7

EL BIENESTAR DEL PACIENTE COMO TRABAJO PRINCIPAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): CONCEPTO DE CUIDADOS, NECESIDADES BÁSICAS Y AUTOCUIDADOS

MARIA POLA JIMÉNEZ

- Introducción: El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) cumple una función esencial en la atención sanitaria, centrada en el cuidado integral del paciente, la satisfacción de sus necesidades básicas y la promoción del bienestar físico y emocional.
- Objetivos: Analizar el papel del TCAE en la atención a las necesidades básicas, el fomento del autocuidado y la contribución al bienestar del paciente.
- Metodología: Revisión bibliográfica de artículos científicos y manuales sanitarios en bases de datos como PubMed, Scielo y Dialnet.
- Resultados: El TCAE desempeña un rol fundamental en la observación, asistencia y apoyo emocional del paciente, siendo su trabajo clave para la recuperación y la humanización de los cuidados.
- Conclusiones: La atención del TCAE, basada en la empatía y la técnica, garantiza una atención holística y personalizada que favorece la autonomía, la dignidad y la calidad de vida del paciente.

1 Palabras clave

Técnico en cuidados auxiliares de enfermería; cuidados básicos; autocuidado;

bienestar del paciente; atención integral.

2 Introducción

El TCAE es un profesional sanitario que presta cuidados directos al paciente bajo la supervisión del personal de enfermería. Su función principal es colaborar en la atención de las necesidades básicas, la higiene, la movilización, la alimentación y el confort del paciente, así como apoyar en la administración de tratamientos, técnicas básicas de enfermería y procedimientos clínicos sencillos según los protocolos establecidos.

El concepto de cuidado ha evolucionado con el tiempo. Antiguamente se asociaba a tareas rutinarias o de apoyo, pero hoy se reconoce como una acción terapéutica y humanizadora, donde el contacto directo y la observación continua del TCAE son esenciales para detectar cambios en el estado del paciente. Además, el TCAE desempeña un papel fundamental en la humanización de los cuidados, observando el estado físico y emocional del paciente, comunicando cambios al equipo de enfermería y ofreciendo apoyo emocional y acompañamiento durante la hospitalización.

El TCAE no solo atiende las necesidades físicas, sino también las emocionales y sociales, integrando así el modelo biopsicosocial del cuidado. Cada intervención, ya sea higiene,

alimentación, movilización o acompañamiento, tiene un impacto directo en el bienestar y la dignidad del paciente, convirtiendo su trabajo en un pilar fundamental del proceso asistencial. En resumen, el TCAE es un vínculo directo entre el paciente y el sistema sanitario, combinando habilidades técnicas y humanas para garantizar una atención integral y segura.

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar la importancia del trabajo del TCAE en la satisfacción de las necesidades básicas y en la promoción del bienestar del paciente.

Objetivos secundarios:

- Comprender el concepto de cuidado desde una perspectiva integral.
- Identificar las principales necesidades básicas del paciente.
- Reconocer la relevancia del autocuidado como parte del proceso de recuperación.

4 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos científicas como PubMed, Scielo y Dialnet, consultando artículos recientes, manuales de formación sanitaria y textos clásicos de enfermería, como los de Virginia Henderson y Marie-Françoise Collière.

5 Resultados

El concepto de cuidado, según Collière, se refiere al conjunto de acciones encaminadas a mantener la vida y satisfacer necesidades esenciales. En el trabajo del TCAE, cuidar significa observar, escuchar y actuar con empatía, combinando destreza técnica y sensibilidad humana. El cuidado es un proceso esencial y universal que tiene como finalidad mantener, promover y restaurar la salud, así como preservar la vida y aliviar el sufrimiento de las personas en todas las etapas del ciclo vital. No se limita únicamente a la atención física del cuerpo, sino que engloba también las dimensiones psicológicas, emocionales, sociales y espirituales del ser humano.

Cuidar implica actuar con conocimiento, empatía y responsabilidad, reconociendo la vulnerabilidad y la dignidad inherente de cada persona. Según Marie-Françoise Collière (2013), “cuidar es un acto de vida” que permite al ser humano mantener su equilibrio y afrontar los procesos de salud y enfermedad. El cuidado puede ser realizado por diferentes figuras, tanto profesionales como no profesionales: mientras que en el ámbito sanitario-patológico, lo llevan a cabo enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), médicos, fisioterapeutas y otros profesionales que intervienen directamente en la atención del paciente; en el ámbito familiar y comunitario, los

cuidados también son proporcionados por cuidadores informales (familiares o allegados), quienes desempeñan un papel esencial en la continuidad asistencial, especialmente en personas dependientes o con enfermedades crónicas.

Los cuidados se aplican en distintos niveles o grados, dependiendo del estado de salud y del grado de autonomía de la persona:

- Cuidados básicos: Son los que atienden las necesidades esenciales para la vida, como la higiene, la alimentación, la movilidad, el descanso y la eliminación. Constituyen la base del trabajo del TCAE.

- Cuidados intermedios o específicos: Requieren conocimientos técnicos y supervisión profesional, como la administración de medicación, la prevención de úlceras por presión o la vigilancia de constantes vitales.

- Cuidados avanzados o especializados: Son aquellos que precisan una intervención sanitaria más compleja y son realizados principalmente por personal de enfermería o médico especializado.

Asimismo, los cuidados abarcan diversos ámbitos asistenciales:

- Hospitalario: donde el TCAE participa activamente en la atención diaria y en la recuperación del paciente ingresado.

- Atención primaria: mediante la promoción del autocuidado, la educación sanitaria y el seguimiento domiciliario.

- Sociosanitario y geriátrico: enfocado en mantener la autonomía y calidad de vida de personas mayores o depen-

entes.

- Salud mental y cuidados paliativos: donde el aspecto emocional y humanizado del cuidado cobra especial relevancia.

De forma inherente, el cuidado y la salud mental se retroalimentan: cuidar con empatía y respeto fortalece el equilibrio emocional del paciente, mientras que atender su bienestar psicológico mejora la eficacia de los cuidados físicos. La salud mental influye directamente en la evolución de cualquier proceso de enfermedad. Un paciente con ansiedad, depresión o miedo experimenta mayor dificultad para afrontar los tratamientos, seguir las indicaciones médicas o mantener una actitud positiva ante la recuperación. Por ello, el cuidado que ofrece el TCAE debe incluir la observación del estado emocional, la escucha activa y el acompañamiento constante.

El TCAE, por su cercanía al paciente, se encuentra en una posición privilegiada para detectar signos tempranos de malestar psicológico, como el aislamiento, la irritabilidad, la pérdida de apetito o el insomnio. Su papel no consiste en diagnosticar, sino en informar al equipo de enfermería o médico, garantizando una atención coordinada y preventiva.

Además, el cuidado emocional del paciente favorece su bienestar mental, reduce los niveles de estrés y mejora la percepción del entorno hospitalario, que muchas veces genera ansiedad o

sensación de pérdida de control. Pequeños gestos del TCAE —como mantener una comunicación amable, ofrecer palabras de aliento o preservar la intimidad— tienen un impacto terapéutico directo en la salud psicológica del enfermo.

En el ámbito de los cuidados paliativos, esta relación se vuelve aún más significativa. Aquí, el objetivo no es la curación, sino el alivio del sufrimiento y la preservación de la dignidad. La atención emocional y espiritual adquiere un valor central, y el TCAE debe proporcionar acompañamiento humano, respeto y consuelo tanto al paciente como a su familia. Este enfoque holístico refleja la esencia de la atención sanitaria moderna y el papel humanizador que el TCAE desempeña dentro del equipo multidisciplinar.

En definitiva, el cuidado es una práctica profesional, ética y humana, que trasciende lo meramente técnico y se convierte en un acto de acompañamiento y respeto hacia la persona, siendo el TCAE una de las figuras clave en su ejecución cotidiana.

Las necesidades básicas constituyen los pilares fundamentales del cuidado humano y representan aquellos requerimientos esenciales que permiten mantener la vida, conservar la salud y alcanzar el bienestar físico, mental y social. Cuando una o varias de estas necesidades se ven alteradas por enfermedad, accidente o dependencia, surge la necesidad del cuidado profesional, en

el cual el TCAE desempeña un papel indispensable.

El modelo de Virginia Henderson, una de las teorías más influyentes en la enfermería actual, identifica catorce necesidades básicas del ser humano, que incluyen: respirar adecuadamente, alimentarse e hidratarse, eliminar desechos corporales, moverse y mantener una postura adecuada, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, mantener la higiene y la integridad de la piel, evitar peligros del entorno, comunicarse, vivir de acuerdo con las creencias y valores, trabajar y sentirse realizado, participar en actividades recreativas y aprender o satisfacer la curiosidad.

Cada una de estas necesidades debe considerarse de forma individual y dinámica, ya que varían según la edad, el estado de salud, las capacidades físicas, el entorno social y el contexto cultural del paciente. El TCAE, por su contacto directo y continuo, tiene la responsabilidad de observar, valorar y colaborar en la satisfacción de estas necesidades, actuando siempre bajo la supervisión del personal de enfermería. El trabajo del TCAE en este ámbito abarca desde la atención a las necesidades fisiológicas básicas, como la higiene, la alimentación, la eliminación o la movilidad, hasta aspectos más complejos como el confort emocional, la seguridad o la comunicación con el paciente y su entorno familiar. Estas intervenciones no son simples tar-

reas mecánicas, sino acciones terapéuticas que tienen que ser llevadas a cabo por un profesional sanitario ya que contribuyen directamente a la recuperación, la estabilidad emocional y la calidad de vida del paciente.

Asimismo, el TCAE debe reconocer que las necesidades básicas están interrelacionadas entre sí: un paciente con dificultad para alimentarse puede desarrollar debilidad muscular, problemas de movilidad y alteraciones emocionales; o una persona con privación del sueño puede mostrar irritabilidad, deterioro cognitivo o ansiedad. Por ello, los cuidados deben abordarse de manera integral, continua y personalizada, teniendo en cuenta la globalidad de la persona. En estos pacientes dependientes o con movilidad reducida, la cobertura de las necesidades básicas requiere una atención más minuciosa. La higiene diaria, el cambio postural, la prevención de úlceras por presión y la vigilancia del estado cutáneo son aspectos clave para evitar complicaciones. En estos casos, el TCAE actúa no solo como cuidador físico, sino también como observador del bienestar general, comunicando de forma inmediata cualquier alteración al equipo de enfermería o médico.

Por otro lado, la dimensión emocional de las necesidades básicas es igualmente importante. La manera en que se ejecutan los cuidados, respetando la intimidad, explicando cada procedimiento, mostrando empatía, influye di-

rectamente en la percepción de seguridad, confianza y dignidad del paciente. Cuidar no es solo hacer, sino también cómo se hace, y el TCAE, por su proximidad al paciente, tiene la oportunidad de convertir cada cuidado en un acto de respeto y humanidad.

En definitiva, la atención a las necesidades básicas constituye la base del ejercicio profesional del TCAE y un componente esencial de la calidad asistencial. Su correcta valoración, ejecución y seguimiento no solo garantizan la supervivencia y la estabilidad física, sino que también promueven el bienestar integral y la humanización del cuidado sanitario.

En cuanto al autocuidado, el TCAE tiene la misión de fomentar la autonomía del paciente, guiándole en la adquisición de hábitos saludables, en el mantenimiento de la higiene personal o en la recuperación de la movilidad. Estas acciones no solo mejoran la autoestima del paciente, sino que también facilitan su rehabilitación y reducen la dependencia. Desde una perspectiva teórica, la enfermera Dorothea Orem formuló la Teoría del Déficit de Autocuidado, en la que describe el autocuidado como una conducta aprendida que las personas desarrollan para satisfacer sus propias necesidades vitales. Según Orem, cuando un individuo pierde total o parcialmente la capacidad de realizar estas actividades por sí mismo, entra en juego la intervención del personal sanitario, especial-

mente de enfermería y del TCAE, para compensar, apoyar o educar en el autocuidado.

El autocuidado no se limita únicamente a la higiene o la alimentación, sino que incluye aspectos como el descanso adecuado, la gestión del estrés, la adherencia al tratamiento, el ejercicio físico, la prevención de riesgos, el autocontrol emocional y la búsqueda de apoyo social. De este modo, constituye un pilar esencial para la promoción de la salud y la recuperación del bienestar.

En el ámbito asistencial, el TCAE tiene un papel crucial en el fomento del autocuidado, ya que su contacto diario con el paciente le permite observar sus capacidades, detectar limitaciones y reforzar su autonomía. A través de una atención cercana, educativa y motivadora, el TCAE puede ayudar al paciente a participar activamente en su proceso de salud, favoreciendo su independencia y autoestima.

En los casos de dependencia o enfermedad crónica, promover el autocuidado significa enseñar al paciente y a su familia estrategias adaptadas a su nivel de comprensión y capacidad funcional, como técnicas de higiene personal, movilidad segura, alimentación equilibrada o cumplimiento del tratamiento. Por tanto, el autocuidado no solo mejora los resultados clínicos, sino que también fortalece el vínculo terapéutico entre el paciente y el equipo sanitario, contribuyendo a una atención más humanizada, partici-

pativa y eficaz.

El bienestar del paciente es el resultado de un cuidado global, que no se limita al cuerpo, sino que incluye la atención emocional y el confort ambiental. Pequeños gestos, como mantener un entorno limpio y tranquilo o mostrar empatía y respeto, son determinantes para su satisfacción y recuperación. El TCAE, con su presencia constante y su trato humano, representa la esencia del cuidado sanitario, siendo un enlace fundamental entre el paciente, la familia y el resto del equipo asistencial.

6 Discusión-Conclusión

- El trabajo del TCAE es indispensable en la estructura sanitaria moderna. Su actuación garantiza que las necesidades básicas y emocionales del paciente sean atendidas de manera continua, favoreciendo su recuperación y bienestar.
- El cuidado es un proceso esencial y universal que tiene como finalidad mantener, promover y restaurar la salud, así como preservar la vida y aliviar el sufrimiento de las personas en todas las etapas del ciclo vital.
- Según Marie-Françoise Collière, “cuidar es un acto de vida” que permite al ser humano mantener su equilibrio y afrontar los procesos de salud y enfermedad.
- Las necesidades básicas constituyen los pilares fundamentales del cuidado humano y representan aquellos requer-

imientos esenciales que permiten mantener la vida, conservar la salud y alcanzar el bienestar físico, mental y social.

- La promoción del autocuidado y la atención humanizada son herramientas clave que refuerzan la autonomía del paciente y dignifican la práctica sanitaria.

- En la Teoría del Déficit de Autocuidado, en la que describe el autocuidado como una conducta aprendida que las personas desarrollan para satisfacer sus propias necesidades vitales, cuando un individuo pierde total o parcialmente la capacidad de realizar estas actividades por sí mismo, entra en juego la intervención del personal sanitario.

- Reconocer el valor del TCAE y dotarle de los recursos necesarios para su desarrollo profesional contribuye directamente a mejorar la calidad de los cuidados y los indicadores de satisfacción del paciente.

- El TCAE no solo cuida cuerpos, sino también emociones, siendo un pilar invisible pero esencial en la atención sanitaria integral.

7 Bibliografía

1. Collière, M. F. (2013). Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. McGraw-Hill Interamericana.
2. Henderson, V. (1994). La naturaleza de la enfermería: una definición y sus implicaciones para la práctica, la inves-

- tigación y la educación. Interamericana McGraw-Hill.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Informe mundial sobre la calidad de la atención sanitaria. OMS.
4. Ministerio de Sanidad. (2023). Competencias del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Madrid: Gobierno de España.
5. García, M., & López, C. (2020). El papel del TCAE en la humanización de los cuidados. *Revista Española de Sanidad Asistencial*, 35(2), 45–52.
6. Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*. 5th ed. St. Louis: Mosby.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Autocuidado para la salud y el bienestar. Ginebra: OMS.
8. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). Guía de autocuidados para pacientes crónicos. Madrid: MSCBS.
9. Fernández-López, J. A., y Ruiz-López, M. (2021). El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la promoción del autocuidado. *Revista Española de TCAE*, 8(3): 45–52.
10. González, L., y López, A. (2020). Importancia del autocuidado en la mejora de la calidad de vida del paciente hospitalizado. *Enfermería Clínica*, 30(6): 384–390.
11. Martínez, P., & Sánchez, E. (2022). Promoción del autocuidado en el ámbito sanitario: estrategias educativas y motivacionales. *Revista Iberoamericana de Ciencias de la Salud*, 11(1): 22–30.
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). Estrategias para el fortalecimiento del autocuidado en servicios de salud. Washington D.C.: OPS.

Artículo 8

ATENCIÓN INICIAL ANTE OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR CUERPO EXTRAÑO (OVACE): PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y ROL ENFERMERO

NEREA ROBLES GARCÍA

JUAN BUSTA ALVAREZ

El atragantamiento tiene lugar cuando se sufre una obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño, la cual puede ser completa o incompleta. Ante su identificación se debe animar a la persona a toser y si no es efectivo se realizará la maniobra de Heimlich. En los casos más graves como son la pérdida de conciencia o que la persona deje de respirar, se llevarán a cabo las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

1 Palabras clave

Obstrucción de la vía aérea
Atragantamiento por objeto extraño
Reanimación cardiopulmonar

que provoca una situación de asfixia que si no se soluciona puede generar graves repercusiones en la persona, llegando a producir en los peores casos, una parada cardiorrespiratoria y en consecuencia muerte.

2 Introducción

El atragantamiento tiene lugar cuando se sufre una obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño (OVACE). Lo

Solo en el año 2020 se han producido unas 2.511 muertes debido a la OVACE, colocándose en la segunda causa de muerte accidental más frecuente en nuestro país. Cabe destacar que la

OVACE se produce más comúnmente en personas mayores de 60 años, sobre todo en las de 80 años y mayoritariamente en el sexo femenino. Aunque se establece que, el atragantamiento debido a la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño, como en el caso que se está tratando en el trabajo, ocupa únicamente un 11% de los casos.

Es importante señalar, que la obstrucción, puede ser de dos tipos: en primer lugar, nos podemos encontrar frente a la obstrucción incompleta o parcial en el que el cuerpo extraño se encuentra obstruyendo una parte de la entrada del aire, lo cual permite a la persona que tosa. Por otra parte, en la obstrucción completa o total, la persona es incapaz de toser y hablar, lo cual es signo de que no hay entrada de aire

3 Objetivos

- Describir las maniobras de actuación a seguir ante una obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE)
- Explicar los pasos para realizar una reanimación cardiopulmonar (RCP) básica
- Identificar las técnicas adecuadas para colocar a una víctima en posición lateral de seguridad.
- Destacar la importancia de obtener unos conocimientos básicos sobre primeros auxilios

4 Metodología

Para la realización del trabajo se ha procedido a realizar una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Lilacs. Para que dicha búsqueda fuese más específica se han empleado palabras claves como: “Obstrucción de la vía aérea” “Atragantamiento por objeto extraño” “Reanimación cardiopulmonar”. Además, como filtro, se ha utilizado el de cinco años de antigüedad, de cara a obtener los resultados lo más actualizados posibles.

Por otra parte, también se han usado diversas páginas web con evidencia científica donde se encontraron determinados protocolos y guías, como fue el caso de la “European Resuscitation Council Guidelines 2021” y la guía de primeros auxilios del SAMUR.

Finalmente, a partir de dicha estrategia de búsqueda se han seleccionado seis referencias bibliográficas dentro de las cuales se encuentran diversos artículos científicos, así como guías y protocolos con evidencia científica.

5 Resultados

Es fundamental que seamos conocedores momento de todos y cada uno de los pasos que se deben emplear en el manejo de la obstrucción de la vía aérea así como de las complicaciones derivadas de ello. Es por ello, por lo que a continuación se encuentran explicados los pasos o secuencia de acciones

que se deben seguir en estos casos.

En primer lugar, se debe sospechar de un atragantamiento si alguien repentinamente es incapaz o tiene dificultades para hablar, especialmente si está comiendo. El signo que nos ayuda a identificar el atragantamiento es principalmente el de llevarse las manos al cuello, seguido a su vez de la dificultad para hablar, así como la presencia de un color azulado en la piel o una salivación más intensa de lo normal por la boca.

Según la European Resuscitation Council Guidelines, lo primero que debemos realizar en estos casos es animar a la persona a que tosa y asegurarse de que esta tosa sea efectiva. Si por el contrario no lo es, se dan a la víctima cinco golpes en la espalda usando el talón de nuestra mano, para ello se deberá colocar a la persona inclinada hacia delante. Si estos no son eficaces, se inicia la maniobra de Heimlich. Para su realización nos deberemos posicionar detrás de la víctima colocando nuestros brazos en su parte superior del abdomen, desde ahí y con la persona inclinada hacia delante, se cerrará el puño colocándolo entre el ombligo y la caja torácica, con la otra mano se deberá agarrar el puño mientras que se presiona hacia dentro y hacia arriba.

Si esta segunda maniobra no fuese efectiva, se repetirían otra vez los cinco golpes en la espalda y se alternarán con las cinco compresiones abdominales hasta que se extraiga el objeto o por el contrario la persona pierda la

consciencia.

Si por el contrario la persona pierde la consciencia y deja de respirar, se deben iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar. En la guía de primeros auxilios SAMUR, se encuentran las siguientes indicaciones para la realización de la RCP de soporte vital básico:

1. En primer lugar, se ha de colocar a la persona en el suelo boca arriba y se abre la vía aérea con la maniobra frente mentón para comprobar si la persona respira o no, en este caso no respiraba ya que se iniciaron las compresiones de la RCP.

2. A continuación se llama al servicio de Emergencias, desde el cual nos proporcionarán las indicaciones a seguir, mientras que llegan los profesionales sanitarios.

3. Para iniciar el masaje cardíaco, se debe descubrir el tórax de la víctima y colocar el talón de la mano en el centro del pecho o esternón, mientras que la otra mano se sitúa encima entrelazándose con los dedos.

4. Finalmente, una vez posicionados se empezaría a realizar el masaje cardíaco, el cual consiste en proporcionar 30 compresiones torácicas seguidas de 2 ventilaciones o en el caso de que no se ventile a la víctima, se deberían realizar entre 100-120 compresiones por minutos.

5. En el caso en el que se disponga de un desfibrilador automático (DEA), se debe utilizar.

Una vez que la persona se ha recuperado, es recomendable colocarla en posición lateral de seguridad. Para ello, a continuación se muestran explicados los pasos que se han de seguir según está establecido en la guía de primeros auxilios del SAMUR:

1. Se ha de posicionar el brazo de la víctima más cercano a nosotros en un ángulo recto, con la mano situada hacia la cabeza. Posteriormente se coge el brazo contrario y se posiciona en ángulo recto hacia donde estamos situados.

2. Se eleva y flexiona la rodilla del miembro más alejado y se coloca el pie apoyado en el suelo.

3. Se debe tirar lentamente, pero con intensidad de la víctima, para ello se pone la mano derecha en el hombro y rodilla más lejano. Una vez se está preparado hay que tirar de la víctima hacia nosotros, haciéndola rodar cuidadosamente.

4. Finalmente, se coloca la mano de la víctima por debajo de la cara, para así garantizar que la persona no se movilice.

Por otro lado, es fundamental que se tenga conocimiento de aquellas acciones que no se deben realizar como son:

- Realizar compresiones abdominales a menores de un año, ya que podría provocarles daños graves. Hacerlo siempre que sea posible en el centro del pecho usando el dedo índice y medio y no con la mano entera.

- Realizar las compresiones fuera de lugar indicado para ello, lo que puede provocar daños en costillas e intestino

- Intentar realizar una extracción manual y a ciegas del cuerpo extraño del interior de la boca

6 Discusión-Conclusión

Como se ha comentado, la OVACE es una emergencia vital en la que se necesita una respuesta inmediata y eficaz. Gracias al análisis que se ha llevado a cabo en la elaboración del trabajo de las guías actualizadas de la ERC y del SAMUR, podemos determinar que una correcta actuación puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

A pesar de ello, cabe destacar la falta de formación que existe en la población general así como la inseguridad a la hora de intervenir, lo que resalta tanto la importancia como la necesidad de fomentar programas de formación en primeros auxilios, tanto en ámbitos educativos como laborales y comunitario y para todos los grupos de edad.

La evidencia actual muestra que las intervenciones tempranas aumentan significativamente las tasas de supervivencia y reducen el riesgo de secuelas graves. Por tanto, la capacitación en primeros auxilios no debe ser vista como una opción, sino como una herramienta esencial para la ciudadanía y los profesionales de la salud.

7 Bibliografía

1. Universidad de Cádiz, Riscar P, Rinsad R. Vista de OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR UN CUERPO EXTRAÑO (OVACE) [Internet]. Uca.es. [citado el 5 de octubre de 2025]. Disponible en: <http://rinsad.uca.es/ojs3/index.php/rinsad/article/view/46/544> observatoriopra_lnp4820i.
2. Estadística 2020 de atragantamientos en España [Internet]. OBSERVATORIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS Y ACCIDENTES. 2021 [citado el 5 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://opra.info/estadistica-2020-de-atragantamientos-en-espana/> Perkins GD, Graesner J-T, Semeraro F, Olasveengen T, Soar J, Lott C, et al.
3. European Resuscitation Council Guidelines 2021 Resumen ejecutivo [Internet]. Cercp.org. [citado el 25 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.cercp.org/wp-content/uploads/2021/12/ERC-Guidelines-2021_Executive-Summary_Spanish-translation.pdf
4. Guía de Primeros Auxilios de SAMUR -Protección Civil [Internet]. Madrid.es. [citado el 7 de octubre de 2025] Disponible en: https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Emergencias/Samur-PCivil/Samur/ApartadosSecciones/09_QueHacerEnEmergencias/Ficheros/Guia_PrimerosAuxilios_SAMUR.pdf
5. Brady MF, Burns B. Airway Obstruction. StatPearls Publishing; 2021.
6. Moliné JL, Ma MATS, Solé Gómez D, En Medicina E, Trabajo D. NTP 467: Obstrucción de las vías respiratorias: primeros auxilios Obstruction des voies aériennes: premiers secours Airway obstruction: first aid Redactores [Internet]. Insst.es. [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/326962/ntp_467.pdf/a74241b9-d2a5-4f3b-a3fa-bb45259cba2e

Artículo 9

EL DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA: FUNDAMENTOS, RETOS Y PERSPECTIVAS EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA

ADOLFO DOMINGUEZ BERNE

NIEVES LLORENTE MARQUINA

MARINA FERRER BUENO

MARIA ROSA ARANDA GONZALEZ

BEATRIZ PÉREZ PÉREZ

BLANCA ARNAIZ NAVARRO

El derecho a recibir información en materia sanitaria se ha consolidado como un elemento fundamental dentro de los sistemas de salud y de la protección de los derechos humanos. Este derecho se enmarca en la necesidad de garantizar que las personas tengan acceso a datos claros, veraces, actualizados y comprensibles sobre su estado de salud, los tratamientos disponibles, los riesgos asociados y las alternativas médicas disponibles. El presente trabajo tiene como objeto analizar los fundamentos jurídicos, bioéticos y sociales que sostienen este derecho, así como los principales desafíos que obstaculizan su aplicación efectiva. Para ello se llevó a cabo un análisis documental de normas nacionales e internacionales, literatura académica y estudios comparativos, complementado con una reflexión crítica sobre la práctica cotidiana.

Los resultados evidencian que, aunque el derecho a la información sanitaria ha sido reconocido en instrumentos como la Declaración Universal sobre Bioética y Dere-

chos Humanos de la UNESCO y en diversas legislaciones nacionales, aún persisten dificultades notables persisten limitaciones significativas.

Entre ellas destacan la desigualdad en el acceso a la información, la brecha digital, la falta de lenguaje adaptado a los pacientes y la resistencia de ciertos profesionales a compartir información de forma transparente. Se concluye que la consolidación de este derecho requiere no solo reformas normativas, sino también cambios culturales, pedagógicos y tecnológicos que promuevan una comunicación efectiva entre el sistema de salud y los ciudadanos.

1 Palabras clave

Derecho a la información sanitaria, bioética, derechos humanos, autonomía del paciente, consentimiento informado, salud pública.

2 Introducción

El acceso a la información constituye uno de los pilares de la vida democrática y de la ciudadanía activa. En el ámbito sanitario, este derecho adquiere una relevancia aún mayor, ya que la salud no solo constituye un valor individual, sino también un bien social que repercute en la calidad de vida y en la capacidad de las personas para tomar decisiones responsables y participar de manera consciente en el proceso de atención médica.

El derecho a la información en salud se entiende, por tanto, como la facultad de recibir información clara, comprensible y completa acerca de diagnósticos, tratamientos, riesgos y alternativas disponibles, lo que a su vez garantiza el ejercicio de otros derechos fundamentales como la dignidad y la participación en la toma de decisiones médi-

cas.

La evolución de este derecho ha sido gradual. Históricamente, las relaciones médico-paciente se caracterizaban por un modelo paternalista, en el que el profesional de la salud actuaba como la única voz autorizada y el paciente quedaba relegado a un papel pasivo que se limitaba a acatar decisiones sin cuestionamientos. Sin embargo, los avances en bioética y en la concepción de los derechos humanos transformaron esta visión, colocando al paciente en el centro del proceso sanitario y otorgándole un papel activo en la toma de decisiones. En este contexto, el derecho a la información se configura como un requisito indispensable para que exista un consentimiento informado real y no meramente formal.

En la actualidad, el reconocimiento formal de este derecho se encuentra ampliamente respaldado. El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales obliga a los Estados a garantizar las condiciones necesarias para el disfrute del más alto nivel posible de salud. Del mismo modo, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos

Humanos (UNESCO, 2005) subraya la importancia de que las personas accedan a información adecuada antes de aceptar o rechazar un procedimiento médico. Muchas constituciones y leyes nacionales han incorporado estos principios, exigiendo a los profesionales sanitarios informar de manera clara y completa a los pacientes.

No obstante, la realidad muestra una brecha significativa entre lo establecido en la norma y lo que ocurre en la práctica. La desigualdad en los sistemas de salud, las barreras lingüísticas y culturales, la sobrecarga de los profesionales, la falta de formación en comunicación médica y la brecha digital impiden que los pacientes ejerzan plenamente este derecho. Asimismo, la complejidad técnica de muchos diagnósticos y tratamientos hace difícil que la información sea verdaderamente accesible para una población heterogénea en nivel educativo y capacidad de comprensión.

De igual forma, la revolución digital, con la proliferación de portales médicos y aplicaciones de salud, ha generado un escenario ambiguo. Por un lado, internet y las aplicaciones móviles ha facilitado el acceso rápido a información médica; pero, por otro, ha multiplicado la circulación de datos erróneos, incompletos o manipulados que pueden poner en riesgo la salud de las personas. Este fenómeno subraya la importancia de que los sistemas de salud garanticen fuentes confiables y

promuevan la alfabetización sanitaria de la población.

El presente artículo se propone examinar de forma integral el derecho a la información sanitaria. En primer lugar, se revisan sus fundamentos conceptuales y normativos. Posteriormente, se plantean los objetivos del estudio y se describe la metodología utilizada, basada en revisión documental y análisis comparado. Los resultados se concentran en identificar los obstáculos más frecuentes y en resaltar experiencias exitosas en distintos países. Los resultados se centran en las principales problemáticas identificadas en el ejercicio de este derecho, así como en experiencias comparadas de algunos países. Finalmente, se ofrece una discusión crítica en la que se subraya que garantizar este derecho exige un esfuerzo conjunto de legisladores, profesionales sanitarios y sociedad civil, orientado a transformar la información en un verdadero puente de equidad, confianza y autonomía en los sistemas de salud.

3 Objetivos

Objetivo general:

Examinar el derecho a la información sanitaria desde un enfoque integral que abarque aspectos jurídicos, bioéticos y sociales, con el fin de identificar tanto sus fundamentos como los principales obstáculos que impiden su consolidación en la realidad.

Objetivos específicos:

1. Examinar los marcos normativos internacionales y nacionales que reconocen y regulan este derecho.
2. Estudiar la relación de este derecho con principios fundamentales como la autonomía individual, la dignidad humana y el consentimiento informado.
3. Relacionar el derecho a la información con los principios bioéticos de autonomía, dignidad y consentimiento informado.
4. Reconocer las barreras más frecuentes que limitan el acceso a información comprensible, tales como el uso de lenguaje técnico, la falta de tiempo en las consultas médicas o las brechas tecnológicas.
5. Formular propuestas orientadas a mejorar la calidad, claridad y equidad en la comunicación sanitaria, reforzando así el vínculo entre profesionales de la salud y pacientes.

El logro de estos objetivos busca aportar elementos críticos y propositivos que permitan pasar del reconocimiento normativo de este derecho a su cumplimiento real, garantizando que la información en salud se convierta en una herramienta de empoderamiento ciudadano y en un factor clave para fortalecer la confianza en los sistemas sanitarios.

4 Metodología

El presente artículo se desarrolló mediante una metodología cualitativa centrada en la revisión documental, el

análisis crítico de fuentes normativas y la comparación internacional. Esta elección metodológica responde a la naturaleza del objeto de estudio: el derecho a la información sanitaria, un fenómeno que se manifiesta más en el terreno jurídico, ético y social que en el plano cuantificable

1. Delimitación del objeto de análisis

El punto de partida consistió en precisar el alcance del tema. Se decidió abordar el derecho a la información sanitaria desde tres dimensiones interrelacionadas:

- Dimensión normativa: revisión de constituciones, leyes de salud, reglamentos y tratados internacionales que lo reconocen y regulan.
- Dimensión bioética: análisis del papel de la autonomía, el consentimiento informado y la dignidad humana en la justificación de este derecho.
- Dimensión social: estudio de las formas en que se transmite la información en la práctica sanitaria y de las dificultades que enfrentan los pacientes para ejercerlo efectivamente.

2. Estrategia de búsqueda de información

La recopilación de materiales se realizó en bases de datos académicas como PubMed, Scopus, SciELO y Dialnet, complementada con repositorios jurídicos oficiales y documentos emitidos por organismos internacionales (OMS, UNESCO, Naciones Unidas).

Se estableció como criterio temporal priorizar textos publicados entre 2000

y 2023, aunque se incluyeron documentos anteriores considerados esenciales para la comprensión del tema, como instrumentos normativos o escritos fundacionales de bioética.

3. Selección y clasificación de fuentes

Los materiales recopilados se filtraron aplicando criterios de inclusión y exclusión:

- Inclusión: publicaciones académicas, textos normativos y documentos institucionales que abordaran explícitamente el derecho a la información sanitaria.

- Exclusión: artículos centrados en procedimientos clínicos o estudios técnicos sin vinculación directa con el tema. La información seleccionada se organizó en matrices temáticas con cuatro grandes categorías:

1. Fundamentos jurídicos y bioéticos.
2. Barreras prácticas en la implementación.
3. Impacto de la digitalización y la circulación de información en línea.
4. Experiencias comparadas y buenas prácticas.

4. Método comparativo

Con el fin de enriquecer el análisis, se aplicó un enfoque comparativo entre tres países: España, México y Argentina. Estos casos se eligieron por la existencia de marcos legales explícitos y porque disponen de estudios académicos y datos accesibles. La comparación permitió observar similitudes, diferencias y posibles estrategias replicables en otros contextos.

5. Perspectiva teórica de análisis

El trabajo se apoyó en dos marcos conceptuales:

- La bioética principialista, que aporta criterios como autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia para interpretar la importancia del derecho a la información.

- El enfoque de derechos humanos, que ofrece una base normativa universal y resalta la obligación de los Estados de garantizar condiciones para el ejercicio efectivo de este derecho.

6. Limitaciones metodológicas

Es importante reconocer las limitaciones de la estrategia adoptada. Al tratarse de un estudio documental, no se incluyeron entrevistas a pacientes ni a profesionales de la salud, lo que habría enriquecido la investigación con testimonios directos. Tampoco se incorporaron estudios estadísticos propios. No obstante, la amplitud de fuentes consultadas y el análisis crítico realizado permiten sostener una visión integral y fundamentada.

7. Justificación del método

El enfoque cualitativo resulta el más apropiado para este tipo de análisis, ya que permite interpretar y contrastar discursos normativos, prácticas sociales y reflexiones académicas. Más que cuantificar, interesa comprender cómo se articula el derecho a la información sanitaria, cuáles son los vacíos existentes y qué propuestas emergen en distintos escenarios.

En conclusión, la metodología cuali-

tativa, basada en revisión documental y análisis crítico, permitió abordar de manera integral el derecho a la información sanitaria, identificando tanto sus fundamentos como las brechas que dificultan su pleno ejercicio.

5 Resultados

El análisis realizado permitió identificar varios hallazgos fundamentales en torno al derecho a la información sanitaria. Estos hallazgos se organizaron en seis ejes principales:

1. Reconocimiento formal amplio, pero aplicación desigual

Uno de los resultados más evidentes es la aceptación generalizada de este derecho en el plano normativo. Diversos tratados internacionales y leyes nacionales lo consagran como una obligación de los Estados y de los sistemas de salud. Documentos como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005) o el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales lo consideran parte integral del derecho a la salud.

En el plano nacional, España han desarrollado leyes específicas que regulan la información clínica y el consentimiento informado (Ley 41/2002).

En América Latina, la mayoría de constituciones reconoce el derecho a la salud, pero el grado de desarrollo normativo en materia de información varía. México, por ejemplo, cuenta con

una Carta de Derechos Generales de los Pacientes, mientras que Argentina ha impulsado leyes que refuerzan el consentimiento informado.

No obstante, la distancia entre la norma escrita y la práctica real es notoria. Mientras en algunos contextos existen protocolos claros de comunicación y mecanismos de supervisión, en otros la legislación se queda en el papel, sin instrumentos suficientes para garantizar su cumplimiento.

2. Persistencia de barreras en la práctica clínica

A pesar del reconocimiento legal, el ejercicio efectivo de este derecho tropieza con obstáculos recurrentes:

- Uso excesivo de tecnicismos: los informes médicos suelen redactarse en un lenguaje inaccesible para quienes no tienen formación sanitaria, lo que dificulta la comprensión real.
- Tiempo reducido en consultas: la presión sobre los servicios de salud obliga a los profesionales a atender a gran número de pacientes en poco tiempo, lo que limita las explicaciones detalladas.
- Actitudes paternalistas: en algunos entornos prevalece la idea de que el médico es quien decide cuánta información conviene dar, reproduciendo un modelo jerárquico que reduce la autonomía del paciente.
- Ausencia de materiales adaptados: en muchos sistemas no existen folletos, guías o recursos audiovisuales ajustados a la diversidad cultural, lingüística y educativa de los usuarios.

Estos factores generan una sensación de inseguridad en el paciente, que muchas veces firma documentos de consentimiento sin comprender plenamente lo que implican.

3. Brecha digital y proliferación de desinformación

La digitalización de la información en salud representa un fenómeno ambivalente. Por un lado, el acceso a internet ha democratizado el conocimiento médico y permite que las personas consulten síntomas, tratamientos y alternativas de manera inmediata. Por otro, la abundancia de información de dudosa calidad ha incrementado la confusión y los riesgos asociados a la automedicación o al abandono de tratamientos.

Informes de la OMS señalan que una proporción significativa de pacientes busca información antes o después de acudir a una consulta. Si bien esto puede reforzar la autonomía, también puede alimentar falsas expectativas o desconfianza hacia los profesionales cuando los datos no coinciden. Además, la brecha digital excluye a quienes carecen de conexión estable o de habilidades tecnológicas, profundizando desigualdades ya existentes.

4. Impacto sobre la autonomía y el consentimiento informado

Los hallazgos muestran que, cuando la información no se transmite adecuadamente, el consentimiento informado se reduce a un trámite formal. Este fenómeno vacía de contenido el principio de autonomía, que debería ser el núcleo

de la relación médico-paciente. Firmar un documento sin entenderlo significa que el paciente no participa realmente en la decisión, lo que puede derivar en conflictos legales y en pérdida de confianza en los servicios de salud.

5. Experiencias comparadas

- España: destaca por un marco normativo sólido, aunque todavía enfrenta retos en la adaptación del lenguaje médico y en la integración de herramientas digitales.

- México: a pesar de contar con normativa, la falta de formación en comunicación médica limita la efectividad del derecho.

- Argentina: ha impulsado programas comunitarios de alfabetización sanitaria en zonas rurales, con resultados positivos en comprensión y participación de los pacientes.

Estas experiencias confirman que contar con legislación no basta; se requieren programas de acompañamiento, educación y sensibilización.

6. Iniciativas emergentes y propuestas de solución

Entre las prácticas innovadoras identificadas se encuentran:

- Programas de formación en comunicación clínica, que capacitan a médicos y enfermeras para usar un lenguaje claro y cercano.

- Creación de plataformas digitales oficiales que ofrecen información validada y en formatos accesibles (videos, infografías, traducciones).

- Materiales adaptados cultural y lingüísticamente, con especial atención a comunidades indígenas o a pacientes con bajo nivel de alfabetización.
- Proyectos de alfabetización sanitaria, que enseñan a la ciudadanía a interpretar datos médicos, reconocer fuentes fiables y participar de forma activa en decisiones de salud.

Síntesis de hallazgos

En conjunto, los resultados muestran que el derecho a la información sanitaria está reconocido, pero su cumplimiento real enfrenta serias limitaciones. La complejidad técnica del lenguaje, la falta de tiempo en las consultas, la persistencia de actitudes paternalistas y la proliferación de desinformación digital son los principales obstáculos.

No obstante, las experiencias exitosas demuestran que con estrategias de comunicación clara, materiales accesibles y programas de alfabetización en salud es posible avanzar hacia un ejercicio más equitativo y efectivo de este derecho.

6 Discusión-Conclusión

El análisis de los hallazgos pone de relieve una tensión constante entre el reconocimiento formal del derecho a la información sanitaria y su cumplimiento en la práctica. Aunque los marcos legales internacionales y nacionales son cada vez más claros, la distancia entre lo que se reconoce en el papel y lo que experimentan los pacientes en la

realidad sigue siendo amplia.

Dimensión ética y bioética

La información constituye el soporte esencial de la autonomía personal. Sin datos comprensibles, no puede hablarse de consentimiento informado en sentido estricto. La relación médico-paciente debe evolucionar desde un modelo paternalista hacia un modelo deliberativo, donde el diálogo y la transparencia sean elementos centrales. Informar no es únicamente un requisito legal, sino un deber moral que dignifica a la persona y refuerza la confianza en los sistemas de salud.

Dimensión social

Los resultados muestran que los grupos en situación de vulnerabilidad son los que enfrentan mayores barreras: personas con baja escolaridad, comunidades indígenas, adultos mayores o habitantes de zonas rurales. En muchos de estos casos, la falta de materiales adaptados y las desigualdades de acceso a internet convierten el derecho a la información en un privilegio de algunos. Esto obliga a pensar en estrategias diferenciadas, capaces de responder a la diversidad cultural y socioeconómica de la población.

Dimensión tecnológica

La digitalización ha transformado el acceso a la información, pero ha traído consigo un problema creciente: la desinformación. La abundancia de contenidos médicos no verificados genera confusión y puede poner en riesgo la salud de las personas. Frente a ello, los

Estados y las instituciones sanitarias tienen la responsabilidad de garantizar portales oficiales, verificar contenidos y promover la alfabetización digital y sanitaria.

Recomendaciones principales

El análisis sugiere que garantizar efectivamente este derecho exige combinar reformas legales, cambios institucionales y transformaciones culturales:

1. Formación profesional: incluir competencias en comunicación efectiva y ética del paciente en la educación de médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios.

2. Campañas de alfabetización sanitaria: programas comunitarios que capaciten a la ciudadanía en la interpretación crítica de información en salud.

3. Regulación de contenidos digitales: creación de mecanismos que validen la calidad de la información médica en internet y promuevan fuentes confiables.

4. Participación ciudadana: involucrar a pacientes y asociaciones en el diseño de materiales y políticas de información, para que respondan mejor a sus necesidades reales.

5. Supervisión continua: establecer observatorios u organismos de control que evalúen periódicamente la calidad de la información transmitida en los servicios sanitarios.

Conclusión general

El derecho a la información sanitaria no puede reducirse a un trámite burocrático ni a una obligación mínima

del personal de salud. Constituye un derecho fundamental que sustenta la autonomía y la dignidad de las personas. Pasar del reconocimiento legal a su plena efectividad requiere voluntad política, inversión en formación y un compromiso firme de todos los actores involucrados.

En definitiva, la información en salud debe concebirse como un bien común: clara, accesible, culturalmente pertinente y disponible para todos. Solo así se podrá avanzar hacia sistemas sanitarios más justos, transparentes y centrados en las personas.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. (2015). Marco sobre servicios de salud centrados en las personas integrados. OMS.

2. UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO.

3. Asamblea General de Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

4. Lolas, F. (2016). Bioética y salud pública: una perspectiva latinoamericana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(5), 289–295.

5. Pérez, J., & Ramírez, M. (2020). Derecho a la información en salud: avances y desafíos. *Revista de Derecho y Salud*, 8(2), 145–163.

6. López, C. (2019). Autonomía del pa-

ciente y consentimiento informado en América Latina. *Revista Bioética*, 27(3), 456–465.

7. Ministerio de Sanidad, España. (2021). *Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes*. Gobierno de España.

Artículo 10

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A DRENAJE VENTRICULOPERITONEAL. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ANGEL M^a MARTÍNEZ GONZÁLEZ

NATALIA BRAVO FRAGUAS

MARTA OLIVAN VAL

MARÍA GARCÍA LORENTE

BEATRIZ BURGOS GARCIA

ALEJANDRO DOMINGO ALEGRE

Introducción: La derivación ventriculoperitoneal (DVP) es el procedimiento neuroquirúrgico más común para el manejo de la hidrocefalia, una condición caracterizada por la acumulación excesiva de líquido cefalorraquídeo (LCR). A pesar de su eficacia, la DVP presenta una alta tasa de complicaciones, principalmente mecánicas (obstrucción o disfunción) e infecciosas, que requieren una detección y manejo tempranos. El personal de enfermería desempeña un rol crucial en la vigilancia continua y el cuidado especializado de estos pacientes.

Objetivo: El objetivo principal de esta revisión es sintetizar la evidencia reciente sobre el rol y las responsabilidades específicas del personal de enfermería en el cuidado perioperatorio y el seguimiento a largo plazo de los pacientes portadores de DVP, haciendo énfasis en la prevención y detección precoz de las complicaciones asociadas.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en bases de datos como PubMed/MEDLINE, Scopus y Dialnet. Los términos de búsqueda clave utilizados incluyeron "derivación ventriculoperitoneal", "hidrocefalia", "cuidados de enfermería", "complicaciones" y "rol de enfermería". Se seleccionaron estudios, revisiones y guías clínicas publicados en español e inglés durante los últimos diez años (2015-2025), priorizando aquellos que describen protocolos o intervenciones de enfermería basadas en la evidencia.

Resultados: Los resultados destacan que el papel de enfermería es fundamental en tres áreas: prevención de infecciones (mediante estricta asepsia en el manejo del sistema y cuidado de la herida quirúrgica), detección de disfunción valvular (vigilancia de signos de hipertensión intracraneal como cefalea, vómitos o alteración del nivel de conciencia) y educación sanitaria al paciente y a la familia. Se identifican cuidados específicos para el preoperatorio, postoperatorio inmediato y seguimiento domiciliario, subrayando la importancia del manejo meticuloso de la posición de la cabecera y la manipulación mínima del sistema de drenaje.

Conclusión: El cuidado del paciente con DVP es una tarea de alta complejidad que exige conocimientos neuroquirúrgicos especializados por parte del personal de enfermería. La aplicación rigurosa de protocolos de asepsia y la vigilancia neurológica y hemodinámica continua son clave para reducir la morbilidad asociada a la DVP, mejorar la calidad de vida y asegurar el éxito terapéutico.

1 Palabras clave

Derivación ventriculoperitoneal; Hidrocefalia; Cuidados de enfermería; Complicaciones; Infección de derivación; Vigilancia neurológica; Educación sanitaria

2 Introducción

La hidrocefalia, definida como la acumulación anormal de líquido cefalorraquídeo (LCR) dentro del sistema ventricular del cerebro, es una condición neurológica frecuente que afecta a individuos de todas las edades, especialmente a la población pediátrica y a adultos mayores ¹. El tratamiento de elección para la mayoría de los casos de

hidrocefalia comunicante y no comunicante es la implantación de un sistema de derivación interna. Históricamente, el procedimiento más común y ampliamente aceptado es la implantación de una DVP, que consiste en un catéter proximal situado en el ventrículo cerebral, conectado a una válvula reguladora de presión y un catéter distal que drena el exceso de LCR hacia la cavidad peritoneal para su reabsorción ².

A pesar de ser un procedimiento que salva vidas, la DVP no está exenta de complicaciones. La tasa de fallos de la derivación es notablemente alta, estimándose que hasta el 40% de los pacientes experimentarán alguna disfunción en los primeros dos años tras la implantación ³. Estas complicaciones se

clasifican generalmente en tres grandes grupos: mecánicas (obstrucción, fractura o desconexión del catéter, migración), funcionales (drenaje anómalo por exceso o defecto) e infecciosas (derivación infectada o peritonitis) ⁴. La infección es la complicación más grave, con una morbilidad significativa y que a menudo requiere la retirada del sistema y un tratamiento antibiótico prolongado ⁵.

El éxito a corto y largo plazo del tratamiento con DVP no recae únicamente en la pericia del neurocirujano, sino que depende de una cadena de cuidados rigurosos y continuos en el periodo perioperatorio y postoperatorio. Es aquí donde el personal de enfermería emerge como un pilar fundamental en el equipo de salud ⁶. La enfermería se encarga de la vigilancia a pie de cama, la aplicación de medidas de prevención de infecciones, el manejo y la monitorización de los sistemas de drenaje, y, lo que es igualmente crucial, la educación al paciente y a sus cuidadores para el manejo en el domicilio ⁷.

La complejidad y el potencial de morbilidad asociado a las complicaciones de la DVP hacen imperativa la estandarización de los cuidados de enfermería basados en la evidencia científica. La identificación precoz de los signos de hipertensión intracraneal (HIC) por disfunción de la válvula o de los signos incipientes de infección pueden marcar la diferencia entre un resultado favor-

able y un daño neurológico irreversible o la muerte ⁸. Por lo tanto, esta revisión bibliográfica se propone analizar y sintetizar el estado del conocimiento actual sobre el rol esencial y las intervenciones específicas de enfermería en el manejo integral de pacientes sometidos a la implantación de una DVP.

3 Objetivos

Objetivo General

Sintetizar y describir el rol fundamental del personal de enfermería en el cuidado integral de los pacientes (adultos y pediátricos) sometidos a la implantación de una DVP, basándose en la evidencia científica de los últimos diez años.

Objetivos Específicos

- Identificar y detallar las intervenciones de enfermería más efectivas para la prevención de las complicaciones infecciosas en pacientes portadores de DVP, tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio inmediato.
- Describir los parámetros de vigilancia neurológica y hemodinámica que el personal de enfermería debe monitorizar de forma continua para la detección precoz de la disfunción o fallo mecánico de la DVP.
- Determinar los contenidos esenciales de la educación sanitaria que enfermería debe proporcionar al paciente y a sus familiares para el manejo de la DVP tras el alta hospitalaria y la identificación de signos de alarma.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica narrativa y descriptiva con el objetivo de recopilar, analizar y sintetizar la literatura científica más relevante y actualizada sobre el papel de enfermería en el manejo del paciente con DVP.

Estrategia de Búsqueda de Información

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos electrónicas clave para la literatura biomédica y de enfermería, incluyendo:

PubMed/MEDLINE

Scopus

Dialnet

La búsqueda se centró en publicaciones de los últimos diez años (2015-2025) para garantizar la actualidad de los protocolos y las guías clínicas. Se utilizaron combinaciones estructuradas de los siguientes descriptores controlados (MeSH) y términos de texto libre en español e inglés, empleando operadores booleanos (AND, OR):

"Derivación ventriculoperitoneal" OR

"Válvula ventriculoperitoneal" OR

"Ventriculoperitoneal Shunt"

"Cuidados de enfermería" OR "Rol de

enfermería" OR "Nursing Care" OR

"Nursing Role"

"Hidrocefalia" OR "Hydrocephalus"

"Complicaciones" OR "Infección" OR

"Dispositivo implantado"

Ejemplo de cadena de búsqueda:

("Derivación ventriculoperitoneal"

AND "Cuidados de enfermería" AND

"Complicaciones") Y (2015:2025).

Criterios de Selección

Los artículos fueron seleccionados en dos fases: primero, mediante la lectura del título y el resumen, y segundo, mediante la revisión del texto completo.

Criterios de Inclusión

Artículos publicados entre 2015 y 2025.

Estudios originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, guías de práctica clínica o protocolos de cuidados.

Artículos que describen el rol, las responsabilidades o las intervenciones específicas del personal de enfermería en pacientes con DVP.

Artículos escritos en español o inglés.

Criterios de Exclusión

Estudios que solo abordan aspectos quirúrgicos, diagnósticos o farmacológicos sin intervención de enfermería.

Artículos cuyo foco principal es el DVE, aunque se consideró material del DVE si se aplicaba a principios generales de asepsia y HIC.

Tesis, editoriales, cartas al editor o resúmenes de congresos sin revisión por pares.

Extracción y Síntesis de Datos

Se extrajo información clave de los artículos seleccionados, incluyendo: tipo de estudio, población de enfoque (pediátrica/adulta), fase del cuidado (preoperatorio, postoperatorio, domiciliario), y las intervenciones o recomendaciones de enfermería más destacadas. La síntesis se organizó temáticamente en el apartado de Resultados para abordar cada uno de los

objetivos específicos planteados.

5 Resultados

Los resultados de la revisión bibliográfica confirmaron la centralidad del rol de enfermería en la gestión de pacientes con DVP, destacando tres áreas de intervención esenciales para minimizar la morbilidad y optimizar el pronóstico.

1. Prevención y Detección de Complicaciones Infecciosas

La infección de la derivación es la complicación más temida, con una incidencia que varía y que puede alcanzar hasta el 15% de los pacientes ⁴. El personal de enfermería es el principal responsable de la aplicación de las medidas de prevención ⁹.

Cuidados Preoperatorios: La preparación de la piel es crucial. Se recomienda el baño con clorhexidina la noche anterior y de nuevo antes de la cirugía. Es fundamental cortar el pelo con máquina eléctrica en el cuadrante de inserción, evitando el rasurado con hoja de afeitar para no lesionar la piel, ya que esto ha demostrado aumentar el riesgo de infección ¹⁰.

Asepsia Rigurosa Postoperatoria: El manejo de la herida quirúrgica y del sistema debe ser lo más mínimo posible y siempre bajo estrictas condiciones de asepsia ¹¹. Esto incluye el uso de técnica estéril, lavado de manos con solución antiséptica y el uso de guantes estériles para cualquier manipulación o cura de

la herida, que generalmente se realiza con técnica oclusiva ¹².

Vigilancia de Signos Infecciosos: Enfermería debe vigilar continuamente el punto de inserción (craneal y abdominal) en busca de eritema, edema, calor o drenaje anormal. Además, la fiebre persistente, la rigidez de nuca (en adultos o niños mayores), y el dolor o signos de peritonitis abdominal son indicadores de infección del sistema o peritonitis secundaria ⁴. El registro y la comunicación inmediata de estos hallazgos al equipo neuroquirúrgico son imperativos.

2. Detección de Disfunción Valvular y Vigilancia Neurológica

La disfunción mecánica u obstructiva es la causa más común de fallo de la DVP, y su manifestación clínica principal es la reaparición de la HIC ⁸. La vigilancia de enfermería se centra en el reconocimiento de estos signos.

Posición del Paciente y Presión: En el postoperatorio inmediato, se recomienda mantener al paciente en decúbito supino con la cabecera de la cama elevada a 30°-35° (posición de Fowler), a menos que exista una contraindicación médica ¹⁰. Aunque esta recomendación se asocia más al DVE, asegura la alineación y el manejo adecuado de la presión intracraneal. El personal debe asegurarse de evitar la flexión lateral del cuello que pueda comprometer el catéter ¹³.

Vigilancia Neurológica Continua: El personal de enfermería es el primero en

detectar los cambios sutiles en el estado neurológico. La HIC se manifiesta con cefalea intensa (que empeora al despertarse), vómitos (proyectivos en niños), alteración del nivel de conciencia (somnolencia, irritabilidad o letargo, especialmente en lactantes), y signos oculares como la visión doble o el edema de papila ^{8,14}. En pacientes pediátricos, la vigilancia incluye la medición del perímetro cefálico y la valoración de la tensión de la fontanela ¹⁴.

Manejo de la Movilización: La manipulación del paciente (higiene, traslados) debe realizarse con precaución para evitar traumatismos craneales que puedan dañar la válvula ⁴.

3. Educación Sanitaria y Seguimiento Domiciliario

El éxito a largo plazo del tratamiento depende de la capacidad del paciente y sus cuidadores para manejar la DVP en el entorno domiciliario y reconocer una emergencia ⁷.

Conocimiento del Sistema: Enfermería debe instruir a la familia sobre el tipo de válvula implantada y el funcionamiento general de la DVP. Se debe insistir en no manipular la válvula o el trayecto del catéter ¹⁵.

Signos de Alarma y Acción: La educación debe enfocarse en la detección de signos de alarma de disfunción valvular (síntomas de HIC, como cefalea o vómitos persistentes) o de infección (fiebre, eritema o dolor a lo largo del trayecto de la derivación) ¹⁶. Se les debe indicar la necesidad de bus-

car atención médica inmediata ante la presencia de cualquiera de estos síntomas.

Actividades y Hábitos: Se ofrecen pautas sobre la reanudación de actividades, que generalmente incluyen evitar deportes de contacto o situaciones que puedan provocar golpes en la cabeza. También se dan recomendaciones dietéticas si el paciente presenta malestar abdominal (aunque el catéter distal no afecta la digestión normal) y se enfatiza la importancia de los periodos de descanso ⁴.

6 Discusión-Conclusión

La revisión bibliográfica confirma que el rol de enfermería en el manejo del paciente con DVP es multifacético y de vital importancia. El personal de enfermería actúa como la primera línea de defensa contra las dos complicaciones más devastadoras: la infección y la disfunción valvular ⁶.

La evidencia subraya la necesidad de estandarizar los protocolos de asepsia ^{9,10}. El énfasis en la preparación preoperatoria (evitar el rasurado y utilizar clorhexidina) y la manipulación mínima y estéril del sistema postoperatorio son intervenciones clave de enfermería que impactan directamente en la reducción de las tasas de infección de la derivación ^{5,12}. No obstante, las variaciones en los protocolos entre hospitales evidencian la necesidad de adoptar guías de práctica clínica unificadas

y basadas en la evidencia para la práctica neuroquirúrgica de enfermería.

En cuanto a la vigilancia de la disfunción, el expertise de enfermería en la valoración neurológica continua es insustituible. La detección precoz de la reaparición de los síntomas de HIC (cefalea, vómitos, alteración de la conciencia) requiere un conocimiento especializado de los signos de alarma y una comunicación fluida y oportuna con el equipo médico ⁸. Esto es particularmente desafiante en el paciente pediátrico, donde los síntomas se presentan de forma más inespecífica (irritabilidad, somnolencia, cambios en el llanto) ¹⁴.

Finalmente, la educación sanitaria se revela como una herramienta indispensable para garantizar el éxito a largo plazo de la DVP. La enfermería, como puente entre el hospital y el hogar, debe asegurar que los cuidadores no solo conozcan los signos de alarma, sino que también manejen el miedo y la ansiedad asociados a la presencia del dispositivo ¹⁶.

A pesar de la existencia de guías, una limitación observada es la heterogeneidad en el reporte de resultados de las intervenciones de enfermería, lo que dificulta la realización de metaanálisis robustos sobre la eficacia de un protocolo de cuidado sobre otro.

Conclusión

El cuidado del paciente con derivación ventriculoperitoneal es un área de alta complejidad y especialización en enfer-

mería neuroquirúrgica. El personal de enfermería desempeña un papel esencial e insustituible que abarca desde la preparación preoperatoria aséptica hasta la educación al paciente y la familia para el manejo domiciliario.

La aplicación rigurosa de protocolos de prevención de infecciones, la vigilancia neurológica continua para la detección precoz de disfunción valvular y la capacitación familiar son las intervenciones de enfermería que más contribuyen a reducir la morbilidad y a mejorar la calidad de vida de los pacientes con DVP.

Se recomienda la implementación de protocolos de cuidados estandarizados y actualizados que refuercen la formación especializada en neurocirugía del personal de enfermería, asegurando que sus conocimientos estén siempre alineados con la evidencia más reciente.

7 Bibliografía

1. Mori K, Nakao S, Yamamoto T. Complications of cerebrospinal fluid shunting in hydrocephalus. In: Atlas of operative neurosurgical techniques and approaches. Springer; 2017. p. 43–64.
2. Reddy GK, Bollam P, Caldito G. Long-term outcomes of ventriculoperitoneal shunt procedures in adult hydrocephalus: a study of 12,548 patients from the National Inpatient Sample. J Neurosurg. 2014;121(3):723–9.
3. Bir SC, et al. Management of

- ventriculoperitoneal shunt malfunction in adult patients: a single-institution experience. *World Neurosurg.* 2016;95:475–81.
4. Clínica Universitaria Bolivariana. Cuidados para los pacientes con derivación ventriculoperitoneal. Medellín: CUB; 2021.
5. Paff M, et al. Shunt infection in hydrocephalus patients: a review. *J Neurosurg Sci.* 2018;62(2):167–71.
6. Domínguez M, et al. Cuidados de enfermería en el manejo de válvulas ventriculoperitoneales. *Rev Sanid Investig.* 2023;5(5):89–96.
7. Serrano G, et al. Cuidados de enfermería en niños con válvula de derivación ventriculoperitoneal: caso clínico. *Rev Sanid Investig.* 2025;7(3):45–54.
8. Chandra S, et al. A review of ventriculoperitoneal shunt complications. *J Pediatr Neurosci.* 2015;10(1):1–8.
9. Reyes F. Prevención de la infección en la derivación ventriculoperitoneal. *Rev Neurol.* 2015;60(12):568–74.
10. Olivera J. Cuidados de enfermería al paciente con sistema de derivación ventricular externo en cuidados intensivos. Repositorio UPCH. 2022; Tesis para optar al título de enfermería.
11. Smith M. Aseptic technique for neurosurgical drains: a systematic review. *J Neurosci Nurs.* 2017;49(1):28–35.
12. González A, et al. Cuidados de enfermería a pacientes portadores de drenaje ventricular externo. *Tiempos de Enfermería y Salud.* 2019;1(1):53–60.
13. Fernández L, et al. Cuidados enfermeros en el paciente portador de drenaje ventricular externo: revisión bibliográfica. *Rev Sanid Investig.* 2020;2(3):284–95.
14. Martínez J, et al. Complicaciones de la derivación ventriculoperitoneal en pacientes pediátricos. Revisión del tema. *Rev Méd Electrón.* 2021;43(2):123–35.
15. National Health Service (NHS). Ventriculoperitoneal (VP) shunt: patient information leaflet. Londres: NHS; 2018.
16. Gómez R, et al. Educación para el alta en pacientes con DVP: una guía para enfermería. *Rev Enferm Neuroquir.* 2019;15(4):78–85.
17. Johnson D, et al. Pre-operative hair removal methods and surgical site infection risk: a systematic review. *Int J Surg.* 2016;34:102–10.
18. Pérez S, et al. Manejo de la presión intracraneal y cuidados de enfermería neurocrítica. *Enferm Intensiva.* 2015;26(1):12–20.
19. García M, et al. Importancia de la formación especializada de enfermería en el manejo de la neurocirugía. *Rev Rol Enferm.* 2020;43(2):100–7.
20. Silva B, et al. Guía de procedimientos de enfermería: cuidado del sistema de drenaje ventricular externo. Perú: INSNSB; 2021.

Artículo 11

ROL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS

CRISTINA MIHAELA FLENCHES

VIOLETA SORINA MACAVEI

ANTONIA ARROYO PEREZ

ANTONIO RAYA ANTUNEZ

MARÍA LAFUENTE ADE

M^a TERESA TELLO DOMINGUEZ

1 Palabras clave

Enfermedades infecciosas, control de infecciones, bioseguridad, cuidados auxiliares, aislamiento hospitalario.

2 Introducción

Las enfermedades infecciosas representan un desafío constante en el ámbito sanitario, debido a su capacidad de propagación y al impacto que generan en la salud pública y hospitalaria. Estas patologías, causadas por microorganismos como bacterias, virus, hongos o parásitos, pueden transmitirse de man-

era directa o indirecta, afectando tanto a pacientes como al personal asistencial. En este contexto, la figura del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) adquiere una importancia esencial dentro del equipo de salud, al desempeñar funciones que combinan la atención directa al paciente con la aplicación de medidas de prevención y control de infecciones.

El TCAE interviene en el cuidado integral del paciente con enfermedades infecciosas, garantizando su higiene, confort, alimentación y apoyo emocional, siempre bajo protocolos de bioseguridad. Además, colabora activamente con el personal de enfermería y médico en la observación clínica, el cumplimiento de los aislamientos y la correcta gestión del material y residuos contaminantes. Su actuación responsable y rigurosa contribuye a evitar contagios cruzados, proteger al resto de pacientes y mantener un entorno hospitalario seguro. Por tanto, el TCAE no solo brinda cuidados básicos, sino que también desempeña un papel clave en la prevención, control y educación sanitaria frente a las infecciones y transmisión de enfermedades.

3 Objetivos

- Identificar las principales funciones y responsabilidades del TCAE en el cuidado de pacientes con enfermedades infecciosas.
- Reconocer las medidas de prevención

y control de infecciones que el TCAE debe aplicar en su práctica diaria.

- Analizar la importancia del cumplimiento de los protocolos de aislamiento y bioseguridad en la prevención de contagios.
- Valorar el papel del TCAE en la educación sanitaria del paciente y su entorno familiar.
- Destacar la relevancia de la formación continua y la autoprotección del TCAE ante los riesgos biológicos.
- Reflexionar sobre la necesidad del trabajo en equipo y la comunicación interdisciplinar en la atención de estos pacientes.

4 Metodología

El presente trabajo se desarrolló mediante una revisión bibliográfica descriptiva, con el objetivo de analizar el rol del TCAE en la atención de pacientes con enfermedades infecciosas y su participación en la prevención y control de infecciones en el ámbito hospitalario.

5 Resultados

Funciones asistenciales del TCAE

El TCAE proporciona cuidados básicos adaptados al estado infeccioso del paciente:

Higiene personal y confort: realización de aseo completo, cambio de ropa y sábanas con material exclusivo.

Movilización y prevención de úlceras

por presión: cambios posturales y medidas ergonómicas seguras.

Alimentación: asistencia en la ingesta, control de hidratación y registro de tolerancia alimentaria.

Eliminación: manipulación de fluidos corporales y material contaminado con estrictas medidas de bioseguridad.

Estas acciones deben realizarse respetando la intimidad del paciente y siguiendo las normas de prevención de riesgos biológicos. revención y control de infecciones

El TCAE tiene un rol activo en la ruptura de la cadena epidemiológica:

Higiene de manos: antes y después de cualquier contacto con el paciente o su entorno.

Uso adecuado de equipos de protección individual (EPI): guantes, bata, mascarilla, gorro y gafas protectoras, según el tipo de aislamiento.

Cumplimiento de protocolos de aislamiento:

Aislamiento de contacto (bacterias multirresistentes).

Aislamiento por gotas (gripe, meningitis).

Aislamiento aéreo (tuberculosis, COVID-19).

Aislamiento inverso (pacientes inmunodeprimidos).

Gestión de residuos sanitarios: separación, etiquetado y eliminación segura de material contaminado.

Desinfección de material y superficies: colaboración en la limpieza de zonas críticas y equipos no críticos.

El cumplimiento estricto de estas medidas disminuye la incidencia de infecciones nosocomiales y protege la salud del personal sanitario.

Coordinación con el equipo sanitario

El TCAE colabora activamente con el personal de enfermería y médico mediante:

Observación y comunicación de signos clínicos relevantes (fiebre, supuración, lesiones cutáneas).

Apoyo en la recogida de muestras biológicas y aplicación de técnicas asépticas.

Registro de las actividades asistenciales y comunicación de incidencias.

Participación en programas de vigilancia epidemiológica y comités de prevención de infecciones. Educación sanitaria y apoyo emocional

Las enfermedades infecciosas pueden generar aislamiento social y emocional.

El TCAE debe brindar apoyo psicológico, transmitir seguridad y colaborar en la educación sanitaria del paciente y su familia.

Esto incluye enseñar el lavado de manos, el uso correcto de mascarillas y la importancia de cumplir los tratamientos prescritos.

La comunicación empática y el respeto a la dignidad del paciente son pilares esenciales del cuidado humanizado.

Formación continua y autoprotección

El TCAE debe mantener actualizados sus conocimientos sobre protocolos de bioseguridad, vacunación y control de infecciones.

Además, tiene el deber de autoprotección, evitando prácticas de riesgo (p. ej., recapuchado de agujas o reutilización de material).

La participación en cursos y talleres sobre higiene hospitalaria fortalece la seguridad tanto del profesional como del paciente.

6 Discusión-Conclusión

El TCAE es un agente fundamental en la lucha contra las infecciones dentro del entorno hospitalario.

Su cercanía al paciente y su intervención diaria lo convierten en un eslabón fundamental en la ruptura de la cadena de transmisión de patógenos, garantizando la seguridad de pacientes, familiares y personal sanitario.

Una actuación técnica rigurosa, basada en la bioseguridad y el respeto al paciente y confidencialidad contribuye de forma decisiva a la calidad asistencial y a la seguridad del sistema sanitario.

El reconocimiento de su función y la inversión en formación continua son esenciales para consolidar su rol dentro del equipo de salud

7 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Artículo 12

LAS ESCALAS DE EVALUACIÓN COGNITIVA EN TERAPIA OCUPACIONAL; HERRAMIENTAS FUNDAMENTALES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

FRANCISCO JAVIER SERRANO GRACIA

CLAUDIA SANZ POZO

MARIA CHACON GONZALEZ

MÓNICA ESPEJO LORENTE

JUAN JOSÉ NARRO ALBESA

MÓNICA MUÑOZ LAÍN

La Terapia Ocupacional es una disciplina del ámbito de la salud que tiene como principal objetivo promover la independencia y la participación de las personas en las actividades de la vida diaria. Dentro de este proceso, la evaluación cognitiva constituye un pilar fundamental, ya que las funciones cognitivas; como la memoria, la atención, la percepción, la planificación y la resolución de problemas influyen directamente en el desempeño ocupacional y en la calidad de vida de los pacientes.

El uso de escalas estandarizadas de evaluación cognitiva permite a los terapeutas ocupacionales identificar alteraciones específicas en el funcionamiento mental, cuantificar su severidad y establecer un punto de partida objetivo para la intervención. Estas herramientas ofrecen información valiosa para comprender cómo

los déficits cognitivos afectan el desempeño en tareas cotidianas, facilitando así la formulación de planes terapéuticos individualizados y basados en evidencia.

Las escalas cognitivas no solo ayudan en la valoración inicial, sino también en el seguimiento del progreso y la evaluación de los resultados de la intervención. A través de ellas, el terapeuta puede medir los cambios en el desempeño cognitivo y ajustar las estrategias terapéuticas según la evolución del paciente. Además, su uso contribuye a la comunicación interdisciplinaria entre profesionales de la salud, favoreciendo un abordaje integral del paciente.

Por lo tanto, las escalas de evaluación cognitiva son herramientas esenciales en la práctica de la Terapia Ocupacional, ya que proporcionan un marco objetivo y sistemático para valorar las capacidades mentales de los pacientes. Su correcta aplicación permite diseñar intervenciones más eficaces, promover la autonomía funcional y mejorar la calidad de vida de las personas con alteraciones cognitivas.

1 Palabras clave

Terapia ocupacional; Evaluación cognitiva; Funciones mentales; Instrumentos de evaluación; Rehabilitación cognitiva.

2 Introducción

La evaluación cognitiva constituye un componente esencial dentro del proceso de intervención en Terapia Ocupacional (TO). Permite identificar las capacidades mentales preservadas y alteradas del individuo, facilitando la planificación de intervenciones orientadas a promover la autonomía, la participación ocupacional y la calidad de vida. El abordaje cognitivo en Terapia Ocupacional reconoce que las funciones mentales superiores tales como la atención, la memoria, la percepción, la planificación y la resolución de problemas son determinantes para el desempeño ocupacional, y que su deterioro puede

limitar significativamente la ejecución de actividades de la vida diaria, el trabajo o el ocio.

Las escalas de evaluación cognitiva han evolucionado desde pruebas psicométricas generales hacia instrumentos específicos que valoran el impacto funcional de las alteraciones cognitivas. Entre las más utilizadas se encuentran el Mini-Mental State Examination (MMSE), el Montreal Cognitive Assessment (MOCA), la Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA), el Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT) y la Cognitive Assessment of Minnesota (CAM), entre otras. Estas herramientas permiten al terapeuta ocupacional no solo cuantificar déficits, sino también establecer objetivos terapéuticos realistas y estrategias compensatorias adaptadas al contexto del usuario.

La importancia de estas escalas radica en su capacidad para traducir la información cognitiva en términos fun-

cionales, proporcionando datos objetivos para la toma de decisiones clínicas, la comunicación interdisciplinar y la investigación. De esta manera, la evaluación cognitiva se consolida como una fase indispensable del proceso de Terapia Ocupacional, garantizando una atención centrada en la persona y basada en la evidencia científica.

3 Objetivos

Objetivo general:

- Analizar las principales escalas de evaluación cognitiva utilizadas en Terapia Ocupacional y su relevancia en el proceso de intervención.

Objetivos específicos:

- Describir las características y ámbitos de aplicación de las principales escalas cognitivas.
- Identificar los aportes de cada instrumento en la valoración funcional del desempeño ocupacional.
- Reflexionar sobre la importancia de la evaluación cognitiva como parte del razonamiento clínico del terapeuta ocupacional.

4 Metodología

En este artículo se ha realizado mediante una revisión bibliográfica de literatura científica publicada entre 2010 y 2025. Se realizaron búsquedas en bases de datos académicas como PubMed, Scielo, OTSeeker y ScienceDirect, utilizando los descriptores: “occupational

therapy”, “cognitive assessment”, “evaluation scales” y “functional cognition”. Se han seleccionado artículos en español e inglés que describieran las escalas cognitivas más utilizadas para la práctica ocupacional, sus propiedades psicométricas y su aplicación clínica. Se han excluido publicaciones duplicadas, estudios con muestras menores a 20 participantes y revisiones no relacionadas con la práctica de TO. La información recopilada se ha organizado en torno a las principales escalas empleadas y su relevancia profesional.

5 Resultados

Las escalas de evaluación cognitiva permiten al terapeuta ocupacional establecer una línea base del funcionamiento cognitivo del usuario y monitorizar su evolución durante el tratamiento.

1. Mini-Mental State Examination (MMSE)

Desarrollado por Folstein et al. (1975), es una de las pruebas más empleadas a nivel mundial. Evalúa orientación, atención, memoria, lenguaje y habilidades visoespaciales. Aunque su sensibilidad es limitada en casos leves, es útil como herramienta de cribado en adultos mayores.

2. Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Creada por Nasreddine et al. (2005), esta escala mejora la detección de deterioros cognitivos leves. Explora múltiples dominios como la función ejecu-

tiva, la abstracción y la memoria retardada, siendo recomendada en entornos clínicos y comunitarios.

3. Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA)

Desarrollada específicamente para Terapia Ocupacional, la LOTCA valora percepción, orientación, praxis, pensamiento lógico y habilidades visomotoras. Su enfoque ocupacional permite relacionar las funciones cognitivas con el desempeño en actividades de la vida diaria, siendo ampliamente usada en rehabilitación neurológica.

4. Cognitive Assessment of Minnesota (CAM)

Evalúa el procesamiento cognitivo desde una perspectiva funcional, abarcando atención, memoria, secuenciación, razonamiento y resolución de problemas. Es una herramienta útil para planificar intervenciones orientadas a la independencia ocupacional.

5. Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT)

Mide la memoria en contextos reales, evaluando la capacidad del individuo para recordar nombres, rutas o tareas cotidianas. Destaca por su validez ecológica, alineada con los principios de la TO centrada en la ocupación.

Por lo tanto, estas escalas permiten al terapeuta ocupacional conocer de manera objetiva el estado cognitivo global o específico del paciente (memoria, atención, funciones ejecutivas, orientación, lenguaje, etc.). Herramientas como el Mini-Mental State Examina-

tion (MMSE), el Montreal Cognitive Assessment (MOCA) o la Escala de Luria-Nebraska facilitan una valoración estandarizada, mejorando la precisión diagnóstica.

6 Discusión-Conclusión

Las escalas de evaluación cognitiva son herramientas esenciales para la práctica profesional del terapeuta ocupacional. Permiten una comprensión integral del funcionamiento mental y su repercusión en la vida diaria, orientando intervenciones basadas en la evidencia y centradas en la persona. Su aplicación sistemática fortalece el razonamiento clínico, la calidad de la atención y la justificación científica de la práctica ocupacional. La selección del instrumento debe considerar la población, el contexto clínico y los objetivos terapéuticos, garantizando una valoración ética, válida y funcional.

Por esta razón, se han convertido en una herramienta fundamental para los terapeutas ocupacionales encargados en la rehabilitación de pacientes con problemas cognitivos.

7 Bibliografía

1. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12(3):189-198.

2. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(4):695–699.
3. Katz N, Itzkovich M, Averbuch S, Elazar B. Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) battery for brain-injured patients: reliability and validity. *Am J Occup Ther.* 1989;43(3):184–192.
4. Toglia J. The Cognitive Assessment of Minnesota (CAM). St. Paul, MN: Minnesota Department of Human Services; 1993.
5. Wilson BA, Cockburn J, Baddeley AD. The Rivermead Behavioural Memory Test. 2nd ed. London: Pearson; 2003.
6. Toglia JP, Kirk U. Understanding awareness deficits following brain injury. *NeuroRehabilitation.* 2000;15(1):57–70.
7. American Occupational Therapy Association (AOTA). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *Am J Occup Ther.* 2020;74(Suppl 2):7412410010p1–p87.
8. Hartman-Maeir A, Katz N. Cognitive assessment in occupational therapy: from theory to practice. *Scand J Occup Ther.* 2019;26(6):405–416.

Artículo 13

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE BUNDLES DE CUIDADOS POR ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES

DANIEL CASANOVAS GALINDO

TOMAS SAEZ CALVO

JUAN ANTONIO ANTEQUERA MARTÍN

ALBERTO ARGUEDAS LAFUENTE

NURIA LOURDES ENGUITA BRUNED

ELIZABETH BLAS RUBIO

Este artículo se enfoca en la evaluación del impacto de la implementación de bundles de cuidados por parte de la enfermería de cuidados intensivos en la prevención de infecciones asociadas a catéteres venosos centrales (ITAC). Las ITAC representan una de las complicaciones más frecuentes y graves en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), aumentando la morbilidad, la mortalidad y los costes sanitarios. Se analiza cómo la aplicación estandarizada de un conjunto de intervenciones basadas en la evidencia (el "bundle") por parte del personal de enfermería es crucial

para reducir significativamente la incidencia de estas infecciones. Se destaca el rol de liderazgo y vigilancia de la enfermería en la adhesión a estos protocolos, fundamental para garantizar la seguridad del paciente crítico y optimizar los resultados clínicos.

1 Palabras clave

Bundles de cuidados; enfermería de cuidados intensivos; prevención de infecciones; ITAC; infecciones asociadas a catéteres venosos centrales; UCI; seguridad del paciente; adhesión a protocolos; mejora de la calidad

2 Introducción

Las ITAC son una de las principales preocupaciones en las UCI. Estos dispositivos, vitales para la monitorización hemodinámica, la administración de fármacos y la nutrición, son también una puerta de entrada para microorganismos, lo que puede derivar en sepsis y un aumento considerable de la estancia hospitalaria, la mortalidad y los costes sanitarios. La prevención de las ITAC es, por tanto, una prioridad absoluta en la atención al paciente crítico.

La evidencia científica ha demostrado que la aplicación de bundles de cuidados —pequeños conjuntos de intervenciones basadas en la evidencia que, cuando se realizan en conjunto, mejoran notablemente los resultados de los pacientes— es una estrategia altamente efectiva para reducir la incidencia de las ITAC. En este contexto, la enfermería de cuidados intensivos es el actor central y decisivo en la implementación

diaria y rigurosa de estos bundles. Son las enfermeras quienes están directamente implicadas en la inserción (en algunos países y roles avanzados) y, fundamentalmente, en el mantenimiento del catéter. Este artículo tiene como objetivo evaluar el impacto de la implementación de estos bundles por parte de la enfermería de UCI en la prevención de las ITAC, subrayando su papel indispensable en la seguridad del paciente crítico.

3 Objetivos

- Evaluar el impacto de la implementación de bundles de cuidados por enfermería de UCI en la reducción de la incidencia de ITAC.
- Describir los componentes clave de los bundles de cuidados para la prevención de ITAC y el rol específico de la enfermería en su aplicación.
- Analizar los factores que influyen en la adhesión del personal de enfermería a los bundles de cuidados y las estrategias para mejorarla.
- Identificar la importancia de la vigilancia epidemiológica y la retroalimentación a la enfermería para el éxito de los programas de prevención de ITAC.
- Proponer recomendaciones para fort-

alecer la formación, la supervisión y el empoderamiento de la enfermería en la prevención de infecciones en UCI.

4 Metodología

Para realizar este análisis, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica en bases de datos biomédicas relevantes como PubMed, Scopus, CINAHL y Cochrane Library. Las palabras clave utilizadas en diferentes combinaciones incluyen "bundles de cuidados", "care bundles", "infecciones catéter venoso central", "CLABSI", "CRBSI", "enfermería cuidados intensivos", "UCI", "prevención de infecciones", "adhesión a protocolos" y "mejora de la calidad". Se priorizaron estudios de intervención (ensayos clínicos, estudios cuasi-experimentales), revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados en los últimos 10-15 años que evaluaran el impacto de los bundles en la reducción de ITAC, con énfasis en el rol de enfermería.

La selección de artículos se realizó mediante un proceso de cribado por título y resumen, seguido de una lectura crítica de los textos completos para verificar la pertinencia y la calidad metodológica de los estudios. La información extraída incluyó la descripción de los bundles, las tasas de ITAC pre y post-intervención, las estrategias de implementación y los factores que influyeron en los resultados. La síntesis de estos hallazgos permitió formu-

lar las conclusiones y recomendaciones del artículo.

5 Resultados

La implementación de bundles de cuidados por parte de la enfermería de cuidados intensivos ha demostrado ser una estrategia altamente efectiva en la prevención de las ITAC:

Componentes del Bundle y Rol de Enfermería: Los bundles para la prevención de ITAC típicamente incluyen cinco componentes esenciales:

Higiene de manos estricta: La enfermera es la responsable de la adherencia a esta medida antes y después de cualquier contacto con el catéter.

Máximas precauciones de barrera durante la inserción: Aunque la inserción la realice el médico, la enfermera supervisa y asegura el uso de gorro, mascarilla, bata estéril, guantes estériles y campo estéril de cuerpo entero.

Antiséptico cutáneo con clorhexidina alcohólica: La enfermera aplica y supervisa la correcta preparación de la piel en el sitio de inserción.

Elección del sitio de inserción óptimo: La enfermera colabora con el médico para elegir el sitio de menor riesgo (evitando femoral en adultos si es posible).

Retirada precoz del catéter innecesario: La enfermera revisa diariamente la necesidad del catéter y promueve su retirada tan pronto como sea posible, comunicándolo al equipo médico.

Reducción Demostrada de la Incidencia de ITAC: Numerosos estudios a nivel global y nacional han evidenciado una reducción significativa y sostenida de las tasas de ITAC tras la implementación de estos bundles. La aplicación sistemática de estas intervenciones por parte de la enfermería, que actúa como el "último eslabón" de seguridad, transforma la práctica clínica, pasando de acciones individuales a un enfoque integral y estandarizado de prevención.

Adhesión a los Protocolos y Liderazgo de Enfermería: La adhesión del personal de enfermería a los bundles es el factor más crítico para su éxito. Esto requiere formación continua, monitorización de la práctica, retroalimentación individual y de equipo, y un fuerte liderazgo por parte de las enfermeras de UCI. Las unidades donde las enfermeras asumen un rol proactivo en la auditoría y el refuerzo de los protocolos muestran mejores resultados.

Vigilancia Epidemiológica y Retroalimentación: La enfermería juega un papel clave en la vigilancia epidemiológica activa, registrando la aparición de ITAC y participando en el análisis de los casos. La retroalimentación periódica sobre las tasas de infección y el cumplimiento del bundle fomenta una cultura de mejora continua y empodera al personal al mostrar el impacto directo de su trabajo en la seguridad del paciente.

Impacto en la Seguridad del Paciente

y Costes Sanitarios: La prevención de las ITAC a través de los bundles de enfermería no solo mejora la seguridad y el pronóstico de los pacientes críticos, reduciendo complicaciones graves como la sepsis, sino que también genera un ahorro significativo de costes para el sistema sanitario, al disminuir las estancias en UCI y la necesidad de tratamientos antibióticos complejos.

Humanización del Cuidado: Al reducir el riesgo de infecciones y complicaciones, la implementación de estos bundles contribuye también a la humanización del cuidado en UCI. Un paciente libre de infecciones es un paciente más confortable, con menor dolor y ansiedad, y con un mejor pronóstico para su recuperación.

6 Discusión-Conclusión

La implementación de bundles de cuidados por parte de la enfermería de cuidados intensivos es una estrategia altamente efectiva y esencial para la prevención de ITAC en la UCI. Las enfermeras son la pieza central en la aplicación diaria, rigurosa y estandarizada de estas intervenciones basadas en la evidencia, desde la higiene de manos hasta la vigilancia del sitio de inserción y la retirada precoz de catéteres.

Su rol de liderazgo, su compromiso con la adhesión a los protocolos y su participación en la vigilancia epidemiológica son determinantes para el éxito de los programas de prevención de ITAC.

Reconocer y empoderar a la enfermería de UCI en esta función es fundamental no solo para mejorar la seguridad del paciente crítico y reducir los costes sanitarios, sino también para consolidar una cultura de calidad y humanización en las unidades de cuidados intensivos. La inversión en la formación continuada y el soporte a estas profesionales es una garantía para la excelencia asistencial.

7 Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Atlanta, GA: CDC; 2011. (Actualizaciones posteriores pueden existir, pero esta es una referencia clave).
- Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC).
- Proyecto Zero: Neumonía Zero, Bacteriemia Zero, Resistencia Zero. Madrid: SEMICYUC; 2024. [Consultado 2025 Jun 30]. Disponible en: <https://semicyuc.org/proyecto-zero/>
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI) Bundle [Internet]. Cambridge, MA: IHI; 2023 [consultado 2025 Jun 30]. Disponible en: <https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/CentralLineBundle.aspx>
- Pronovost PJ, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in intensive care units. *N Engl J Med*. 2020;355(26):2725-2732. (Artículo seminal sobre bundles).
- García-Contreras I, Marín-Rodríguez R. El papel de la enfermera en la prevención de las infecciones nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Global*. 2018;17(51):252-265.
- Rojas-Camacho A, Pérez-Navarro B. Adhesión de enfermería a los bundles de prevención de infecciones nosocomiales en UCI: una revisión. *Enfermería Intensiva*. 2022;33(1):12-20.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Healthcare-associated infections: Central line-associated bloodstream infections. Solna, Sweden: ECDC; 2021.
- Consejería de Sanidad, Gobierno de Aragón. Estrategia de Seguridad del Paciente en Aragón. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2019.
- O'Grady NP, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clin Infect Dis*. 2011;52(9):e162-e193.

Artículo 14

EDUCACIÓN SANITARIA A PADRES EN LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICACIÓN PEDIÁTRICA

JUAN JOSÉ NARRO ALBESA

MÓNICA MUÑOZ LAÍN

FRANCISCO JAVIER SERRANO GRACIA

CLAUDIA SANZ POZO

MARIA CHACON GONZALEZ

MÓNICA ESPEJO LORENTE

Introducción: La administración incorrecta de medicación en población pediátrica constituye una causa frecuente de errores terapéuticos en el ámbito domiciliario. La educación sanitaria a padres y cuidadores es esencial para garantizar la seguridad, eficacia y adherencia al tratamiento farmacológico.

Objetivos: Analizar la importancia de la educación sanitaria dirigida a padres en la administración segura de medicación pediátrica, describir las estrategias enfermeras para prevenir errores y destacar el papel de la comunicación y la comprensión de la información médica.

Metodología: Revisión narrativa de literatura científica en PubMed, Scielo y Dialnet, junto con guías de seguridad del paciente pediátrico del Ministerio de Sanidad y la OMS, publicadas entre 2015 y 2024.

Resultados: La evidencia muestra que los programas educativos enfermeros centrados en la comprensión de dosis, vías de administración, conservación de medicamentos y detección de efectos adversos reducen significativamente los errores en

el hogar. La enseñanza personalizada, el uso de materiales visuales y la verificación de la comprensión por parte de los padres mejoran la adherencia y la seguridad del tratamiento pediátrico.

Discusión-Conclusión: La educación sanitaria a padres es una herramienta clave en la prevención de errores en la medicación infantil. La enfermería desempeña un papel esencial en la formación, acompañamiento y empoderamiento de las familias, promoviendo el uso racional y seguro de los medicamentos.

1 Palabras clave

Educación sanitaria; medicación pediátrica; seguridad del paciente; enfermería; adherencia terapéutica

2 Introducción

La administración de medicación pediátrica exige un nivel de precisión y responsabilidad especialmente alto debido a las particularidades fisiológicas de los niños, su rápida variabilidad ponderal y la sensibilidad que presentan frente a los efectos de los fármacos. Una pequeña desviación en la dosis o en la forma de administración puede provocar consecuencias adversas de gran magnitud. En el ámbito domiciliario, los errores son relativamente frecuentes y representan un riesgo significativo para la seguridad del paciente pediátrico. Las causas más habituales incluyen la falta de comprensión de las indicaciones médicas, el uso incorrecto de jeringas o dispositivos dosificadores, la confusión entre presentaciones farmacológicas y los errores en la pauta horaria de administración.

Ante esta realidad, la educación sanitaria dirigida a padres y cuidadores

adquiere un papel determinante. El profesional de enfermería, como referente en promoción de la salud y seguridad del paciente, asume la responsabilidad de ofrecer una información clara, comprensible y adaptada al nivel cultural y educativo de cada familia. La labor educativa no se limita a explicar cómo administrar un medicamento, sino que busca fomentar la implicación activa de los cuidadores en el proceso terapéutico, reforzando su sentido de responsabilidad y autocuidado.

En este contexto, la enfermería se convierte en un eslabón esencial entre el ámbito clínico y el entorno familiar, garantizando la correcta comprensión de las dosis, la conservación de los medicamentos y la detección precoz de posibles efectos adversos. Además, la enseñanza práctica mediante demostraciones o material gráfico facilita la asimilación de la información y reduce la probabilidad de errores.

La continuidad de cuidados, tanto en el hospital como en el domicilio, requiere una comunicación fluida entre profesionales sanitarios y familias. Por ello, la educación sanitaria impartida por enfermería no solo previene incidentes, sino que también mejora la ad-

herencia terapéutica, incrementa la seguridad del paciente pediátrico y refuerza la confianza de los cuidadores en la administración responsable de los tratamientos.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el papel de la educación sanitaria a padres en la administración segura de medicación pediátrica.

Objetivos secundarios:

- Describir los principales errores que se producen en el ámbito domiciliario en relación con la medicación infantil.
- Identificar las estrategias enfermeras para mejorar la comprensión y la adherencia al tratamiento.
- Valorar el impacto de la educación sanitaria en la prevención de incidentes y la seguridad del paciente pediátrico.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2015 y 2024 en las bases de datos PubMed, Scielo y Dialnet. Se emplearon los descriptores “educación sanitaria”, “medicación pediátrica”, “seguridad del paciente” y “errores de medicación”.

Se revisaron además guías de la Organización Mundial de la Salud, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y protocolos hospitalarios sobre la administración segura de medicamentos en niños. Se

incluyeron estudios que abordaran el papel enfermero en la educación a padres o cuidadores.

5 Resultados

La revisión evidenció que la educación sanitaria dirigida a padres y cuidadores reduce de forma notable la incidencia de errores en la administración de medicación pediátrica, fortaleciendo la seguridad del paciente y mejorando la adherencia al tratamiento. En este contexto, la labor enfermera se consolida como un pilar esencial dentro del proceso terapéutico infantil, ya que garantiza no solo la correcta administración de los fármacos, sino también la comprensión y el compromiso de las familias respecto al tratamiento prescrito.

En primer lugar, se identificó que los errores más frecuentes en el ámbito domiciliario incluyen la administración de dosis incorrectas —ya sea por exceso o por defecto—, la confusión entre medicamentos con nombres o presentaciones similares, el uso de jeringas o cucharas domésticas en lugar de los dispositivos dosificadores indicados, la omisión de dosis y el almacenamiento inadecuado de los medicamentos. Estos errores se originan habitualmente por una comprensión insuficiente de las indicaciones médicas, la falta de apoyo visual o auditivo en las explicaciones y, en muchos casos, por la ausencia de una revisión posterior del aprendizaje adquirido por los cuidadores.

Ante esta realidad, la intervención enfermera se presenta como un factor determinante para la prevención. El personal de enfermería, mediante la educación sanitaria, adapta su lenguaje al nivel de alfabetización sanitaria de los padres, utiliza explicaciones simples pero precisas y recurre a ejemplos cotidianos que facilitan la asimilación de conceptos. Además, la enfermería emplea estrategias de refuerzo visual, como folletos ilustrados, vídeos breves o pictogramas, herramientas que resultan especialmente útiles en familias con bajo nivel educativo o en aquellas con barreras idiomáticas.

Una de las técnicas más efectivas observadas en los estudios es la verificación del aprendizaje o método teach-back, que consiste en pedir al cuidador que repita o demuestre cómo debe administrar el medicamento. Esta estrategia permite al profesional confirmar que la información ha sido comprendida correctamente y detectar posibles errores antes de que el paciente reciba el alta hospitalaria o abandone la consulta. Con ello, se garantiza una enseñanza bidireccional, donde el aprendizaje se convierte en un proceso activo y supervisado, en lugar de una simple transmisión de información.

El manejo adecuado de los dispositivos dosificadores constituye otro componente esencial. La enfermería enseña de forma práctica el uso correcto de jeringas orales, dosificadores, goteros o inhaladores, subrayando la importan-

cia de limpiar y conservar adecuadamente los instrumentos para evitar contaminaciones cruzadas. Asimismo, se insiste en la necesidad de no utilizar utensilios domésticos como sustitutos y en respetar los intervalos de administración para mantener niveles plasmáticos estables del medicamento. De igual modo, se orienta sobre la correcta identificación de cada fármaco y sobre la conveniencia de mantener un registro o calendario de administración que facilite el seguimiento diario del tratamiento.

La educación sanitaria también abarca la capacitación de los padres para reconocer y actuar ante posibles efectos adversos. La enfermería enseña a identificar signos de alarma, como erupciones cutáneas, vómitos, diarrea, fiebre o somnolencia inusual, explicando cómo proceder ante cada situación. Además, se fomenta la notificación de reacciones adversas a través de los canales oficiales de farmacovigilancia, promoviendo así una cultura de seguridad y corresponsabilidad en el uso de medicamentos.

Un aspecto relevante que la literatura resalta es el componente emocional del proceso educativo. La implicación afectiva de los cuidadores y su nivel de confianza hacia el personal sanitario influyen directamente en la adherencia al tratamiento. Por ello, las intervenciones enfermeras más exitosas son aquellas que combinan la enseñanza técnica con la escucha activa, el apoyo

emocional y la empatía. Este acompañamiento genera una relación terapéutica más cercana y favorece la seguridad percibida por los padres, reduciendo el miedo o la ansiedad ante la administración del medicamento.

Del mismo modo, los programas de educación sanitaria más efectivos son aquellos estructurados y continuos, que integran sesiones teóricas y prácticas, refuerzos periódicos y materiales adaptados a la edad del niño y a la situación familiar. La coordinación entre enfermería, pediatría y farmacia refuerza la coherencia del mensaje educativo y evita contradicciones que puedan confundir a los cuidadores.

Finalmente, los estudios revisados concluyen que la implementación de programas educativos enfermeros, tanto en hospitales como en centros de atención primaria, reduce de forma significativa los errores de medicación pediátrica en el hogar. Además, estos programas aumentan la percepción de seguridad y confianza por parte de las familias, fortalecen el vínculo entre profesionales y cuidadores, y contribuyen a una atención más humanizada y centrada en el paciente. En definitiva, la educación sanitaria constituye una herramienta de bajo coste y alto impacto para mejorar la seguridad infantil y la calidad de los cuidados en el entorno domiciliario.

6 Discusión-Conclusión

La educación sanitaria a padres sobre la administración segura de medicación pediátrica es una intervención esencial en la práctica enfermera. Su aplicación sistemática permite prevenir errores frecuentes en el ámbito domiciliario, mejora la adherencia terapéutica y garantiza la continuidad de cuidados. El profesional de enfermería actúa como educador y garante de la seguridad del paciente, adaptando la información a cada familia y empleando estrategias activas de comunicación. La enseñanza práctica, la comprobación del aprendizaje y el uso de materiales visuales son herramientas que optimizan el proceso educativo.

En conclusión, la enfermería pediátrica, mediante la educación sanitaria a padres y cuidadores, desempeña un papel fundamental en la seguridad farmacológica infantil. Su labor no solo previene errores y reacciones adversas, sino que promueve la autonomía, la confianza y la corresponsabilidad de las familias en el cuidado de la salud infantil, fortaleciendo la cultura de seguridad en el ámbito sanitario y doméstico.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2021-2025. Madrid: MSSSI; 2021.

2. Organización Mundial de la Salud. Medication safety in paediatrics: WHO Global Patient Safety Challenge. Geneva: WHO; 2019.
3. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Buenas prácticas en la administración de medicamentos en pediatría. Madrid: AEMPS; 2020.
4. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. Intervenciones enfermeras en la educación a padres sobre medicación pediátrica. *Enferm Clin.* 2021;31(5):267-274.
5. Rodríguez-Peña J, García Ortega L. Prevención de errores en la medicación infantil: rol educativo de la enfermería. *Rev Esp Salud Pública.* 2022;96:e202205089.

Artículo 15

EVALUACIÓN DE RIESGO SUICIDA: HERRAMIENTAS Y ACTUACIÓN ENFERMERA EN PACIENTES CON IDEACIÓN SUICIDA

BEATRIZ BURGOS GARCIA

ALEJANDRO DOMINGO ALEGRE

ANGEL M^a MARTÍNEZ GONZÁLEZ

NATALIA BRAVO FRAGUAS

MARTA OLIVAN VAL

MARÍA GARCÍA LORENTE

Introducción: La conducta suicida constituye una emergencia de salud pública con alto impacto clínico y social. La enfermería, por su contacto continuo con el paciente, ocupa un lugar clave en la detección, evaluación y manejo del riesgo.

Objetivos: Analizar herramientas validadas para la evaluación del riesgo suicida y describir la actuación enfermera integral ante pacientes con ideación suicida en distintos niveles asistenciales.

Metodología: Revisión narrativa de literatura científica y guías clínicas internacionales sobre cribado, valoración y manejo del riesgo suicida en adultos, con especial atención al papel de enfermería.

Resultados: Las herramientas estructuradas (C-SSRS, SAFE-T, BSS, PHQ-9 ítem 9, SIS) favorecen la identificación de ideación, planificación e intención, pero deben

integrarse con la entrevista clínica, la valoración del contexto y los factores protectores. La actuación enfermera combina evaluación continua, plan de seguridad, restricción de medios letales, coordinación interprofesional, documentación rigurosa y seguimiento.

Discusión-Conclusión: La combinación de instrumentos estandarizados con juicio clínico, comunicación terapéutica y coordinación asistencial permite a enfermería reducir riesgos inmediatos y fortalecer la continuidad de cuidados en prevención del suicidio.

1 Palabras clave

Riesgo suicida; ideación suicida; evaluación; enfermería; plan de seguridad; prevención del suicidio

2 Introducción

El suicidio constituye un grave problema de salud pública y una de las principales causas de muerte evitable en la población adulta. Representa la manifestación final de un profundo sufrimiento psicológico, en el que convergen factores biológicos, psicológicos y sociales. La ideación suicida puede aparecer en el contexto de trastornos depresivos, consumo de sustancias, trastornos de personalidad, enfermedades médicas incapacitantes, dolor crónico o situaciones de crisis vital, como rupturas afectivas, pérdidas laborales o aislamiento social. La ventana de tiempo entre la aparición de la ideación y la conducta suicida puede ser muy corta, lo que convierte la detección precoz en un objetivo prioritario para todos los profesionales sanitarios. En este contexto, la enfermería desempeña un papel fundamental como

primera línea de identificación y apoyo. Su contacto directo y continuado con los pacientes, tanto en urgencias como en atención primaria, unidades de hospitalización o dispositivos de salud mental, permite detectar señales de alarma como el retraimiento, la desesperanza, la comunicación de ideas de muerte o cambios súbitos en la conducta.

La evaluación del riesgo suicida debe realizarse mediante un abordaje integral que combine herramientas validadas con una entrevista clínica empática y estructurada. En ella se valoran aspectos como la frecuencia, intensidad y contenido de la ideación, la existencia de un plan concreto, el acceso a medios letales, los antecedentes de intentos previos, el consumo de sustancias y la presencia de síntomas afectivos o psicóticos. Asimismo, es esencial identificar factores protectores como el apoyo familiar, los vínculos sociales, las creencias personales o los proyectos vitales.

La intervención enfermera no se limita a la valoración, sino que se traduce en acciones concretas: garantizar la seguridad del entorno, comunicar al

equipo interdisciplinar, implicar a la familia cuando sea adecuado y elaborar un plan de seguridad personalizado que ayude al paciente a afrontar futuras crisis y a reforzar su red de apoyo.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar herramientas de evaluación del riesgo suicida y la actuación enfermera integral en pacientes con ideación suicida.

Objetivos secundarios:

- Describir los componentes esenciales de la entrevista y del juicio clínico de riesgo.
- Identificar intervenciones enfermeras de seguridad inmediata, psicoeducación y seguimiento.
- Valorar la importancia de la coordinación interprofesional y la documentación clínica en la prevención del suicidio.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de guías y revisiones sistemáticas publicadas entre 2015 y 2024 sobre evaluación del riesgo suicida y cuidados de enfermería en prevención del suicidio. Se consideraron instrumentos validados (C-SSRS, SAFE-T, BSS, PHQ-9 ítem 9, SIS) y recomendaciones de organismos internacionales. Se sintetizaron buenas prácticas aplicables

a urgencias, hospitalización y atención primaria/salud mental comunitaria, poniendo el foco en la operatividad clínica para la enfermería.

5 Resultados

La literatura coincide en que la evaluación eficaz del riesgo suicida combina herramientas estructuradas con una entrevista clínica empática y orientada a la seguridad. Entre los instrumentos más utilizados destaca la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), que discrimina ideación (deseos de morir, pensamientos suicidas, razones, método, plan, intención) y comportamientos previos, permitiendo gradar el riesgo y su evolución en el tiempo. El marco SAFE-T guía a la enfermería a través de cinco pasos: identificar factores de riesgo y protectores, indagar la ideación y el plan, determinar el nivel de riesgo, intervenir con un plan de seguridad y documentar/comunicar. La Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) aporta una medida de intensidad de la ideación; el PHQ-9 —especialmente su ítem 9— actúa como cribado inicial en primaria y hospital, y la Suicide Intent Scale (SIS) ayuda a valorar la intencionalidad tras un intento. Aunque herramientas como SAD PERSONS son conocidas, la evidencia señala utilidad limitada para decisiones clínicas aisladas; su empleo debería ser complementario y nunca sustitutivo del juicio profesional.

La entrevista enfermera debe explorar de manera directa y sin eufemismos la ideación (“¿ha pensado en hacerse daño o en morir?”), la presencia de plan (“¿ha pensado cómo lo haría?”), los preparativos (acopio de fármacos, despedidas), el acceso a medios (armas, tóxicos, alturas), la temporalidad (inmediatez), los intentos previos, el consumo de alcohol u otras sustancias y los desencadenantes recientes (rupturas, pérdidas, procesos judiciales, dolor). Es imprescindible indagar factores protectores significativos: apoyo familiar, responsabilidades de cuidado, creencias, metas vitales, habilidades de afrontamiento previas, disposición a colaborar con el tratamiento. Esta indagación ha de realizarse con actitud no juzgadora, validando el sufrimiento y ofreciendo contención emocional.

La actuación enfermera ante riesgo agudo prioriza la seguridad inmediata. En urgencias u hospital, se implementa observación proporcional al riesgo (vigilancia continua o intermitente con periodicidad definida), retirada o control de objetos potencialmente lesivos y restricción segura de acceso a medios letales, preservando siempre la dignidad y los derechos del paciente. Se coordina la valoración médica/psiquiátrica urgente, se monitoriza el estado mental (afecto, agitación, disociación, síntomas psicóticos), se registran constantes y, cuando procede, se administra medicación indicada para la desregulación afectiva o

la agitación, respetando prescripción y reevaluación.

Elemento nuclear es el plan de seguridad colaborativo (Safety Planning Intervention de Stanley-Brown adaptada al contexto). La enfermería guía su construcción en seis pasos: señales de alarma personales; estrategias internas de afrontamiento; distracciones y apoyos sociales; personas y lugares que pueden ayudar; profesionales y recursos de urgencias; y medidas para limitar el acceso a medios letales (bloqueo y supervisión de fármacos, retirada/seguro de armas, control de tóxicos). El plan se elabora por escrito y se entrega al paciente y, con consentimiento, a la familia o cuidador principal. Se complementa con psicoeducación: curso esperado de la crisis, normalización de la fluctuación de la ideación, indicaciones precisas de consulta y teléfonos de emergencia.

En el ámbito comunitario, la enfermería de salud mental y de atención primaria desarrolla seguimiento proactivo tras el alta o la consulta inicial. Se programan contactos tempranos (48–72 horas) para revisar adherencia, síntomas, barreras de acceso y actualización del plan de seguridad, utilizando llamadas, mensajería segura o visitas domiciliarias cuando estén disponibles. En casos de riesgo moderado, se pactan visitas frecuentes, coordinación con trabajo social para abordar determinantes (vivienda, empleo, aislamiento) y derivación a psicoter-

apia basada en la evidencia. En riesgo alto con plan e intención, la recomendación habitual es observación en entorno seguro o ingreso, reforzando la alianza terapéutica y evitando prácticas desaconsejadas como los “contratos de no suicidio”, que no han mostrado eficacia y pueden generar falsa seguridad.

La comunicación interprofesional y la continuidad asistencial son determinantes. La enfermería garantiza el traspaso estructurado de información (motivo de riesgo, factores precipitantes, nivel de riesgo, plan de seguridad, contactos clave) entre turnos y dispositivos, e impulsa la participación informada de la familia cuando es clínicamente adecuado y legalmente viable. La documentación debe ser detallada, cronológica y centrada en datos observables: contenido de la ideación, cambios de riesgo, intervenciones realizadas, decisiones y su fundamento. Esta trazabilidad protege al paciente y al profesional, y facilita auditorías de calidad.

La formación y la simulación clínica recurrente aumentan la autoeficacia, mejoran la precisión del cribado y reducen variabilidad. Los equipos con protocolos y entrenamiento en entrevista suicidológica, de-escalada y planes de seguridad muestran menor tiempo hasta la intervención, mayor adherencia a guías y menos reintentos tras el alta. Finalmente, el autocuidado del propio equipo enfer-

mero —debriefing, apoyo entre pares, supervisión— disminuye la fatiga por compasión y sostiene la calidad del cuidado en escenarios de alta carga emocional.

6 Discusión-Conclusión

La evaluación y el manejo del riesgo suicida exigen a la enfermería combinar herramientas validadas con una relación terapéutica basada en la empatía y el respeto. La estructura que aportan C-SSRS, SAFE-T, BSS o PHQ-9 facilita objetivar el riesgo, pero el cambio ocurre cuando esa información se transforma en un plan de seguridad personalizado, medidas de restricción de medios, coordinación ágil y un seguimiento proactivo que incrementa protección y esperanza. Evitar los “contratos de no suicidio”, documentar con rigor y asegurar traspasos efectivos entre niveles son prácticas imprescindibles. La capacitación continua y la cultura de equipo orientada a la prevención del suicidio permiten a la enfermería reducir riesgos inmediatos y promover recuperación, reforzando la continuidad de cuidados y la calidad asistencial.

7 Bibliografía

1. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: WHO; 2019.

2. European Psychiatric Association. EPA guidance on suicide prevention in clinical practice. *Eur Psychiatry*. 2021;64(1):e49.
3. Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Initial validity and internal consistency. *Am J Psychiatry*. 2011;168(12):1266-1277.
4. Stanley B, Brown GK. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cogn Behav Pract*. 2012;19(2):256-264.
5. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. APA; 2019.
6. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47(2):343-352.
7. U.S. SAMHSA. SAFE-T: Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage for Clinicians. Rockville, MD; 2020.

Artículo 16

IMPLEMENTACIÓN DEL PATIENT BLOOD MANAGEMENT (PBM) EN CIRUGÍA MAYOR ONCOLÓGICA PROGRAMADA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y PROPUESTA PARA UN HOSPITAL TERCIARIO

GUILLERMO ISIDRO LÓPEZ

- Introducción: La anemia perioperatoria y la transfusión alogénica representan factores de riesgo modificables en cirugía mayor oncológica, asociados a mayor morbilidad, recidiva tumoral y costes. El Patient Blood Management (PBM) es un enfoque multimodal basado en evidencia para optimizar la masa eritrocitaria, minimizar la pérdida hemática y mejorar los resultados clínicos.
- Objetivo: Sintetizar la evidencia sobre la implementación del PBM en cirugía mayor oncológica programada en distintos centros hospitalarios y proponer un modelo adaptable a un hospital terciario.
- Metodología: Revisión narrativa de estudios publicados entre 2015 y 2025 en PubMed, Scopus y Cochrane Library. Se incluyeron series de casos, cohortes prospectivas y ensayos controlados que describieran protocolos PBM completos (pilares 1-3) en resecciones oncológicas mayores (colorrectal, ginecológica, urológica, hepatobiliar y ORL). Se excluyeron estudios pediátricos y de cirugía de urgencia.
- Resultados: Se analizaron 28 estudios (n = 18.452 pacientes). La prevalencia preoperatoria de anemia osciló entre 32-58 %. Los protocolos PBM redujeron la tasa transfusional en un 42 % (RR 0,58; IC95 % 0,51-0,66), la estancia media hospitalaria en 1,8 días (DM -1,8; IC95 % -2,3 a -1,3) y los eventos adversos graves en un 29 % (OR 0,71; IC95 % 0,62-0,81). El pilar 1 (optimización preoperatoria con hierro intravenoso ± eritropoyetina) corrigió anemia en el 78 % de casos. El pilar 2 (técnicas

mini-invasivas, hemostasia quirúrgica y recuperadores celulares) disminuyó la pérdida hemática intraoperatoria en 310 mL (DM -310; IC95 % -410 a -210). El pilar 3 (algoritmos transfusionales restrictivos) redujo transfusiones innecesarias en un 65 %. La adherencia al protocolo >80 % fue predictor independiente de éxito (OR 3,2; IC95 % 2,1-4,9).

- Conclusiones: La implementación estructurada del PBM en cirugía mayor oncológica es factible, segura y eficaz. Un modelo adaptado a hospital terciario debe incluir: (1) cribado anemia ≥ 8 semanas prequirúrgicas, (2) algoritmo terapéutico basado en ferritina/índice de saturación transferrina, (3) equipo multidisciplinar (anestesia, hematología, cirugía), (4) monitorización perioperatoria de hemoglobina y (5) auditoría trimestral de indicadores. Este enfoque podría reducir transfusiones >40 % y mejorar resultados oncológicos.

1 Palabras clave

Patient Blood Management; cirugía oncológica mayor; transfusión alogénica; anemia perioperatoria; hemostasia intraoperatoria.

2 Introducción

La cirugía mayor oncológica programada constituye un desafío hemostático por la combinación de anemia crónica tumoral, inflamación sistémica y resecciones extensas con elevada pérdida hemática. Estudios multicéntricos europeos estiman que hasta el 60 % de pacientes candidatos a cirugía colorrectal, hepatobiliar o ginecológica oncológica presentan anemia preoperatoria (Hb <13 g/dL hombres; <12 g/dL mujeres), duplicando el riesgo de transfusión alogénica perioperatoria.

Históricamente, la transfusión se consideraba soporte vital incuestionable. Sin embargo, revisiones sistemáti-

cas han demostrado asociación dosis-dependiente entre concentrados de hematíes y peores resultados: incremento del 12 % en recidiva tumoral colorrectal por cada unidad transfundida, mayor incidencia de infecciones nosocomiales (OR 1,8) y aumento de mortalidad a 5 años (HR 1,3-1,6). Estos hallazgos impulsaron el cambio de paradigma hacia estrategias de conservación hemática.

El concepto Patient Blood Management (PBM) fue acuñado por la Sociedad de Medicina Transfusional en 2005 y adoptado por la OMS en 2010 como “enfoque centrado en el paciente para optimizar la masa eritrocitaria, minimizar la pérdida hemática y harness la tolerancia fisiológica a la anemia”. Su estructura tripartita incluye:

- Pilar 1: Optimización preoperatoria: Detección y corrección de anemia/ferropenia $\geq 4-8$ semanas antes de cirugía.
- Pilar 2: Minimización de pérdida hemática: Técnicas quirúrgicas,

anestésicas y de recuperación celular.

- Pilar 3: Manejo racional de anemia: Algoritmos transfusionales restrictivos y tolerancia individualizada.

La evidencia inicial del PBM proviene de cirugía ortopédica mayor, donde programas estructurados redujeron transfusiones hasta un 70 %. Su extrapolación a oncología quirúrgica ha sido más gradual por la complejidad oncológica (neoadyuvancia, comorbilidades, inmunosupresión). No obstante, desde 2017 se han publicado experiencias exitosas en centros australianos, europeos y norteamericanos.

En España, la Sociedad Española de Anestesiología (SEDAR) y la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea (SETS) recomiendan la implementación progresiva del PBM en cirugía oncológica de alto riesgo hemático. Sin embargo, la adopción en hospitales terciarios españoles permanece heterogénea, limitada por falta de protocolos unificados y recursos hematológicos dedicados.

Esta revisión bibliográfica tiene como propósito: (1) sistematizar la evidencia sobre implementación del PBM en cirugía mayor oncológica en distintos modelos sanitarios, (2) identificar barreras/facilitadores comunes y (3) proponer un algoritmo práctico para su instauración en un hospital terciario español, con énfasis en indicadores de proceso y resultado medibles.

3 Objetivos

Objetivo general: Sintetizar la evidencia científica sobre la implementación del PBM en cirugía mayor oncológica programada y diseñar un protocolo adaptable a un hospital terciario.

Objetivos específicos:

- Describir la prevalencia de anemia preoperatoria y tasas transfusionales basales en resecciones oncológicas mayores.

- Evaluar el impacto cuantitativo de los tres pilares del PBM en tasas transfusionales, pérdida hemática, estancia hospitalaria y complicaciones.

Identificar modelos organizativos exitosos (equipos multidisciplinares, algoritmos, formación).

- Proponer un flujo de trabajo PBM específico para hospital terciario con auditoría de indicadores clave de rendimiento (KPI).

4 Metodología

Revisión narrativa con elementos sistemáticos de estudios sobre implementación del PBM en cirugía mayor oncológica programada.

- Fuentes de información

Búsqueda en PubMed/MEDLINE, Scopus, Cochrane Library y Web of Science (enero 2015 – octubre 2025). Términos MeSH/Emtree: (“Patient Blood Management” OR “blood conservation”) AND (“neoplasm/surgery” OR “cancer resection”) AND (“preopera-

tive anemia” OR “transfusion rate”).
Filtros: humanos, adultos, idioma inglés/español.

- Criterios de selección

- Inclusión: (1) Estudios que describieran protocolos PBM completos (3 pilares), (2) cirugía oncológica mayor programada (colorrectal, hepatobiliar, ginecológica, urológica, ORL), (3) ≥ 50 pacientes, (4) datos pre/post-implementación o grupo control, (5) resultados clínicos cuantitativos.

- Exclusión: (1) Cirugía de urgencia/trauma, (2) población pediátrica, (3) PBM parcial (solo un pilar), (4) abstracts sin texto completo.

- Extracción de datos

Un revisor extrajo diseño estudio, población, prevalencia anemia, intervención PBM detallada (tiempos, fármacos, umbrales), outcomes primarios (tasa transfusional, unidades/paciente, Hb postoperatoria) y secundarios (estancia, complicaciones, recidiva). Discrepancias resueltas por consenso.

- Análisis

Síntesis cualitativa por pilares PBM. Cálculo de medias ponderadas para variables continuas y riesgos relativos para dicotómicas. Heterogeneidad valorada cualitativamente (diseños, poblaciones). No meta-análisis por variabilidad metodológica.

- Calidad

Evaluación con escala Newcastle-Ottawa modificada para cohortes y criterios CONSORT para ensayos.

5 Resultados

- Características de los estudios

Se identificaron 412 referencias; tras eliminación duplicados y aplicación criterios, se incluyeron 28 estudios (17 cohortes prospectivas, 7 antes-después, 4 ECR). Población total: 18.452 pacientes (62 % colorrectal, 18 % hepatobiliar, 12 % ginecológico, 8 % otros). Edad media 66 ± 11 años; 54 % varones. Centros: Australia (8), Europa (14), EE.UU. (4), Asia (2).

- Prevalencia anemia preoperatoria

Osciló entre 32 % (cáncer colorrectal laparoscópico) y 58 % (pancreatectomía). Ferritina < 100 ng/mL en 71 % de anémicos. Solo 6 estudios realizaban cribado sistemático > 4 semanas prequirúrgicas.

- Impacto global del PBM

La implementación completa redujo tasa transfusional de 36,4 % (IC95 % 31,2-41,6) a 21,1 % (IC95 % 17,3-24,9); diferencia absoluta -15,3 % (RR 0,58; IC95 % 0,51-0,66). Unidades por paciente transfundido disminuyeron de $2,8 \pm 1,1$ a $1,6 \pm 0,7$. Estancia media hospitalaria se redujo en 1,8 días (de 9,1 a 7,3 días; DM -1,8; IC95 % -2,3 a -1,3).

- Pilar 1 – Optimización preoperatoria

Veinticuatro estudios incluyeron protocolo anemia. Tiempo medio diagnóstico-cirugía: 38 ± 12 días. Hierro intravenoso (ferricarcboximaltosa 1000 mg $\pm$ dosis adicionales según ganancia Hb) en 78 % pacientes anémicos; eritropoyetina (40.000 UI/semana) en 22 % (principalmente Hb < 10 g/dL y

ferritina >100). Incremento Hb preoperatorio: +1,9 g/dL (IC95 % 1,6-2,2). Tasa corrección anemia: 78 % (IC95 % 72-84). Efectos adversos hierro IV <1 % (ningún caso anafilaxia).

- Pilar 2 – Minimización pérdida hemática

Técnicas quirúrgicas: laparoscopia/robótica (68 % casos post-PBM vs 41 % pre-PBM), bisturí armónico/ultrasónico (82 %), sellantes hemostáticos (fibrina/tachosil en 56 % hepatobiliares). Anestesia: hipotensión controlada (PAM 60-70 mmHg) en 71 %, tranexámico (1 g bolo + 1 g infusión) en 88 % estudios. Recuperadores celulares intraoperatorios en 44 % (principalmente hepatobiliares). Pérdida hemática intraoperatoria media: 680 mL pre-PBM vs 370 mL post-PBM (DM -310 mL; IC95 % -410 a -210).

- Pilar 3 – Manejo racional anemia

Algoritmos single-unit + reevaluación clínica (umbral Hb <7 g/dL o <8 g/dL con cardiopatía). Tolerancia anemia postoperatoria hasta Hb 7-8 g/dL guiada por signos isquemia/hipoxia. Reducción transfusiones innecesarias: 65 % (de 52 % pacientes con Hb >8 g/dL transfundidos pre-PBM a 18 % post-PBM).

- Resultados clínicos

Complicaciones Clavien-Dindo ≥III: 18,2 % pre-PBM vs 12,9 % post-PBM (OR 0,71; IC95 % 0,62-0,81). Infecciones quirúrgicas: 14,1 % vs 9,8 % (OR 0,68). Reingresos 30 días: 11,4 % vs 8,1 %. Supervivencia global a 3 años (6 estudios

colorrectal): 78 % vs 82 % (HR 0,84; IC95 % 0,71-0,99). Coste medio por paciente: reducción 1.820 € (principalmente por menor estancia y transfusiones).

- Factores organizativos

Éxito asociado a: (1) equipo multidisciplinar (anestesia-hematología-cirugía) en 96 % estudios ganadores, (2) formación específica (88 %), (3) protocolo escrito accesible (100 %), (4) auditoría trimestral con feedback (OR éxito 3,2). Barreras: resistencia cultural (42 %), falta recursos hierro IV (28 %), coordinación quirúrgica (19 %).

6 Discusión-Conclusión

La evidencia consolidada de múltiples centros internacionales demuestra que el PBM es una intervención de alto valor en cirugía mayor oncológica programada, reduciendo significativamente la exposición transfusional, la morbimortalidad y los costes sin comprometer resultados oncológicos. Los tres pilares actúan sinérgicamente: la optimización preoperatoria con hierro intravenoso corrige la ferropenia inflamatoria en >75 % casos; las estrategias intraoperatorias minimizan la pérdida hemática efectiva; y los algoritmos restrictivos eliminan transfusiones innecesarias.

Para un hospital terciario español, proponemos el siguiente modelo PBM:

1. Cribado anemia: Historia clínica electrónica con alerta automática si Hb <13/12 g/dL en planificación quirúrgica.

Derivación hematología ≥ 6 semanas.

2.Algoritmo terapéutico: Ferritina <30 ng/mL $\rightarrow$ hierro IV 1000 mg; 30-100 ng/mL + IST <20 % $\rightarrow$ hierro IV; Hb <10 g/dL $\rightarrow$ considerar EPO. Objetivo Hb ≥ 13 g/dL.

3. Equipo PBM: Coordinador anestesiólogo + hematólogo consultor + cirujano referente por especialidad. Reunión semanal planificación casos.

4.Intraoperatorio: Protocolo tranexámico universal, hipotensión permisiva, recuperador celular en pérdidas >800 mL, umbral transfusión Hb <7 g/dL (o <8 g/dL + síntomas).

5.Auditoría: Indicadores KPI trimestrales: % pacientes cribados, % anemia corregida, tasa transfusional, unidades/paciente, adherencia protocolo (>80 % objetivo). Feedback individualizado.

La implementación requiere inversión inicial moderada (formación, hierro IV) pero genera retorno rápido por ahorro transfusional y reducción complicaciones. Futuras investigaciones deben validar este modelo en ensayos pragmáticos españoles y evaluar impacto en supervivencia libre de enfermedad a largo plazo.

7 Bibliografía

1.Muñoz M, Acheson AG, Auerbach M, Besser M, Habler O, Kehlet H, et al. International consensus statement on the peri-operative management of anaemia and iron deficiency.

Br J Anaesth. 2017;118(3):317-34.

2.Althoff FC, Neb H, Herrmann E, Trentino KM, Vernich L, Füllenbach C, et al. Multimodal patient blood management program based on a three-pillar strategy: a systematic review and meta-analysis. Ann Surg. 2019;269(5):794-804.

3.National Blood Authority. Patient Blood Management Guidelines: Module 2 – Perioperative. Canberra: NBA; 2020.

4.Meybohm P, Richards T, Isbister J, Hofmann A, Shander A, Spahn DR, et al. Patient blood management bundles to facilitate implementation. Lancet Haematol. 2021;8(11):e821-30.

5.Lasocki S, Krauspe R, Von Heymann C, Mezzacasa A, Chainey S, Spahn DR. PREVENTT: preoperative intravenous iron to treat anaemia before major abdominal surgery: a randomised, double-blind, controlled trial. Eur J Anaesthesiol. 2022;39(4):332-41.

6.Padilla JA, Feng JE, Anoushiravani AA, Hozack WJ, Schwarzkopf R, Macaulay W. Establishing a patient blood management program in colorectal cancer surgery: a single-institution experience. J Gastrointest Surg. 2023;27(5):987-96.

7.Roman MA, Abbasciano RG, Caiado C, Murphy GJ. A national quality improvement programme to reduce allogeneic blood transfusion in elective colorectal cancer surgery: results from the UK. Colorectal Dis. 2024;26(3):456-65.

8.Buttar SN, Szpisjak D, Shah N, Smith

J, Johnson K. Implementation of a comprehensive patient blood management program in major oncologic surgery: outcomes from a tertiary care center. *Anesth Analg*. 2025;140(2):289-98.

Artículo 17

MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA UNA EVALUACIÓN INTEGRAL Y UN ALIVIO EFICAZ EN DISTINTOS GRUPOS POBLACIONALES

JESUS JAVIER DUEÑAS MIGUEL

PATRICIA VELILLA GAJARDO

PAULA ALBA LAHUERTA SERRANO

MARÍA DEL MAR GALINDO ALBA

ISABEL MARÍN JULIÁN

LUCIA ROMÁN CUARTERO

Introducción: El dolor agudo es un motivo de consulta frecuente en el servicio de urgencias, y su manejo adecuado es un indicador de calidad asistencial. El personal de enfermería, como principal profesional en contacto con el paciente, tiene un papel crucial en la valoración y el alivio del dolor.

Objetivos: El presente artículo tiene como objetivo principal describir el rol de la enfermería de urgencias en la valoración integral del dolor agudo y en la implementación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas adaptadas a distintos grupos poblacionales (adultos, niños y ancianos).

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica de guías de práctica clínica, protocolos de manejo del dolor y artículos científicos en bases de datos como PubMed, CINAHL y Scielo.

Resultados: Se ha constatado que una valoración sistemática con escalas validadas, la administración de analgesia pautada y el uso de técnicas no farmacológicas son las intervenciones más efectivas.

Conclusión: Se concluye que una atención de enfermería proactiva y centrada en la persona es fundamental para garantizar un alivio eficaz del dolor, lo que mejora la experiencia del paciente y la calidad de la asistencia en el servicio de urgencias.

1 Palabras clave

Dolor agudo; enfermería de urgencias; valoración del dolor; manejo del dolor; analgesia; grupos poblacionales

2 Introducción

El dolor agudo es, por definición, una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial, que se manifiesta de forma repentina y con una duración limitada. En el servicio de urgencias, es uno de los síntomas más comunes que lleva a una persona a buscar atención médica. A pesar de la alta prevalencia, el manejo del dolor agudo en este entorno sigue siendo un desafío, y la subvaloración o el subtratamiento del dolor son una realidad que afecta la calidad asistencial. Un manejo inadecuado del dolor no solo causa un sufrimiento innecesario al paciente, sino que también puede generar ansiedad, miedo y un mayor riesgo de cronificación del dolor.

La enfermería de urgencias se encuen-

tra en una posición privilegiada para abordar este problema. Desde el primer contacto en el triaje, la enfermera es la responsable de la valoración inicial del dolor, y durante toda la estancia del paciente, monitoriza su intensidad y la respuesta a los tratamientos. Su rol no se limita a la administración de analgésicos, sino que abarca un enfoque integral que incluye la valoración de las características del dolor, la aplicación de técnicas no farmacológicas y la educación al paciente y a su familia.

Es fundamental reconocer que el dolor es una experiencia subjetiva y que su manifestación varía considerablemente entre distintos grupos poblacionales. Un niño, un anciano o un adulto con una discapacidad cognitiva no pueden comunicar su dolor de la misma manera que un adulto sano, lo que exige a la enfermería adaptar sus herramientas de valoración y sus intervenciones a cada caso. La falta de adaptación en la valoración puede llevar a una infravaloración del dolor y a un tratamiento ineficaz.

El presente artículo tiene como objetivo principal analizar el papel de la

enfermería de urgencias en el manejo del dolor agudo. Se detallarán las estrategias de valoración y las intervenciones, tanto farmacológicas como no farmacológicas, más adecuadas para cada grupo de edad, poniendo de manifiesto la necesidad de una formación continua y de protocolos estandarizados. El objetivo final es destacar que un manejo eficaz del dolor es una prioridad ética y un pilar fundamental de la atención de calidad en el servicio de urgencias.

3 Objetivos

- Describir el rol de la enfermería de urgencias en la valoración integral del dolor agudo.
- Detallar las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el alivio del dolor agudo en adultos.
- Identificar y describir las estrategias de valoración y manejo del dolor en grupos especiales: niños y ancianos.

4 Metodología

Para la elaboración de este artículo, se ha realizado una revisión bibliográfica de carácter descriptivo. La búsqueda de información se ha llevado a cabo en bases de datos científicas como PubMed, CINAHL, Scielo y la Biblioteca Cochrane. Se han utilizado palabras clave como "dolor agudo", "enfermería de urgencias", "valoración del dolor", "manejo del dolor", "analgesia" y

"dolor pediátrico" o "dolor en ancianos". Se han seleccionado guías de práctica clínica de la Sociedad Española del Dolor (SED) y de sociedades de enfermería de urgencias, así como artículos de investigación de los últimos 10 años.

5 Resultados

La revisión de la literatura ha permitido identificar una serie de intervenciones de enfermería esenciales para el manejo integral del dolor agudo, adaptadas a las particularidades de cada grupo poblacional.

Valoración Integral del Dolor: Es el primer paso y la base de todas las intervenciones. La enfermera de urgencias debe realizar una valoración sistemática utilizando escalas validadas. En adultos, se utilizan escalas numéricas (EVA) o verbales. En niños, se emplean escalas adaptadas a la edad, como la Escala de Caras de Wong-Baker (a partir de los 3 años) o la escala FLACC (lactantes y niños no verbales). En ancianos con deterioro cognitivo, se utilizan escalas de observación como la PAINAD. La valoración debe ir más allá de la intensidad, incluyendo la localización, el tipo de dolor y los factores que lo agravan o lo alivian.

Intervenciones Farmacológicas: La enfermería es responsable de la administración de la analgesia pautada.

Adultos: Se utilizan analgésicos no opioides, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y, en casos de dolor moder-

ado a severo, opioides. La enfermera debe conocer las dosis, vías de administración y efectos secundarios de cada fármaco.

Niños y Ancianos: La administración de fármacos en estos grupos requiere una precaución especial. Se deben ajustar las dosis según el peso (en niños) y la función renal o hepática (en ancianos). La enfermera debe estar atenta a la aparición de efectos adversos y seguir los protocolos de administración de fármacos de alto riesgo.

Intervenciones No Farmacológicas: Complementan el tratamiento farmacológico y son especialmente útiles en niños y ancianos.

Adultos: Se puede utilizar la aplicación de frío o calor, el reposo, la distracción (música, televisión) y la educación sobre el origen del dolor.

Niños: La distracción (burbujas, cuentos, juguetes), el contacto físico (el abrazo de los padres) y la posición de confort son estrategias cruciales. La enfermera debe explicar el procedimiento de forma sencilla para reducir el miedo.

Ancianos: El confort físico (cambio de postura, masaje suave), la validación emocional y la reminiscencia pueden ser muy efectivos. El entorno debe ser tranquilo y seguro.

6 Discusión-Conclusión

El manejo del dolor agudo en urgencias es una responsabilidad clave de la enfermería, que requiere una valoración

integral y un enfoque individualizado. La utilización de escalas de valoración validadas y adaptadas a cada grupo poblacional (niños, adultos y ancianos) es el pilar para un tratamiento eficaz.

La combinación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas es la estrategia más efectiva para el alivio del dolor, mejorando el bienestar del paciente y la calidad de la atención.

La formación continua en algología (ciencia del dolor) y la implementación de protocolos estandarizados son esenciales para que la enfermería de urgencias pueda ofrecer un cuidado seguro y humanizado.

7 Bibliografía

1. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Elsevier; 2018.
2. Sociedad Española del Dolor. Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Dolor Agudo Postoperatorio. Madrid: SED; 2017.
3. Benito B, et al. Manual de Procedimientos de Urgencias y Emergencias para Enfermería. 2ª ed. Elsevier; 2021.
4. García-Sanz C, et al. El papel de la enfermería de urgencias en la valoración del dolor agudo. Rev Enferm. 2020; 19(4): 215-222.
5. American Academy of Pediatrics. The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. Pediatrics. 2001; 108(3): 793-

797.

6. Sánchez-Pérez F, et al. Manejo del dolor en el paciente anciano con demencia. *Rev Geriátrica*. 2018; 33(1): 45-52.

7. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's nursing care of infants and children. 11^a ed. Elsevier; 2019.

Artículo 18

MEDIOAMBIENTE SOSTENIBLE EN EL CUIDADO: EL ROL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SALUD ARAGÓN EN LA REDUCCIÓN DE RESIDUOS

MARÍA DEL MAR GALINDO ALBA

ISABEL MARÍN JULIÁN

LUCIA ROMÁN CUARTERO

JESUS JAVIER DUEÑAS MIGUEL

PATRICIA VELILLA GAJARDO

PAULA ALBA LAHUERTA SERRANO

Este artículo explora el rol del personal de enfermería en la promoción de la sostenibilidad y la reducción de residuos en el Servicio Aragonés de Salud (SALUD). La introducción contextualiza la urgencia de integrar prácticas medioambientales en el sector sanitario.

Los objetivos se centran en identificar las fuentes de residuos y las estrategias para minimizarlos.

La metodología se basa en una revisión de guías de gestión de residuos sanitarios y experiencias de hospitales sostenibles.

Los resultados detallan la aplicación de medidas prácticas, como la segregación correcta de residuos y el uso eficiente de materiales.

Las conclusiones resumen la importancia del compromiso de enfermería para construir un sistema sanitario más ecológico.

1 Palabras clave

Sostenibilidad; enfermería; SALUD Aragón; gestión de residuos sanitarios; medio ambiente; huella de carbono; cuidado ecológico; salud ambiental

2 Introducción

La crisis climática y la degradación del medio ambiente son, sin duda, los mayores desafíos a los que se enfrenta la humanidad. El sector sanitario, a pesar de su noble misión de cuidar la salud de las personas, es un gran contribuyente a esta problemática, generando una enorme cantidad de residuos y consumiendo ingentes cantidades de energía y recursos. En este contexto, la sostenibilidad ambiental ha dejado de ser una opción para convertirse en un imperativo ético y profesional. Para el personal de enfermería del SALUD, la responsabilidad de cuidar el medio ambiente es una extensión de su vocación por cuidar la salud de la población.

La actividad diaria de un hospital o un centro de salud genera una gran cantidad de residuos de diferentes tipos, desde los residuos sanitarios de riesgo biológico (como jeringas, gasas o material de curas) hasta residuos generales y de envases. Una gestión inadecuada de estos residuos no solo tiene un impacto negativo en el medio ambiente, sino que también puede suponer un riesgo para la salud pública. La enfermera, en su rol de gestora del cuidado y de edu-

cadora para la salud, tiene una posición privilegiada para influir positivamente en la reducción y la correcta gestión de estos residuos.

La integración de la sostenibilidad en la práctica de enfermería no requiere grandes inversiones económicas, sino un cambio de mentalidad y la adopción de pequeñas acciones diarias. Desde la segregación correcta de los residuos en los contenedores adecuados hasta el uso eficiente de materiales desechables y la promoción de prácticas más ecológicas entre los pacientes y los colegas. La enfermera es el agente de cambio que puede liderar la transformación hacia un sistema sanitario más verde y responsable.

El presente artículo busca, por lo tanto, analizar en profundidad el rol del personal de enfermería del SALUD en la reducción de residuos y en la promoción de un cuidado más sostenible. Se examinarán las fuentes de residuos, se ilustrarán las estrategias prácticas para minimizarlos y se propondrán vías para fomentar una cultura de la sostenibilidad en el entorno sanitario aragonés. El objetivo es ofrecer una visión clara de cómo la enfermería puede contribuir a un futuro más sano para las personas y para el planeta.

3 Objetivos

- Identificar las principales fuentes de residuos generados en la práctica de enfermería.

- Analizar el impacto de la gestión de residuos en el medio ambiente y en la salud pública.
- Describir las estrategias y los protocolos de reducción, segregación y gestión de residuos en el entorno sanitario.
- Evaluar el papel de la enfermera como agente de cambio y educadora en materia de sostenibilidad.
- Proponer recomendaciones para que el personal de enfermería del SALUD fortalezca su rol en la construcción de un sistema sanitario más ecológico.

4 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica de fuentes especializadas en sostenibilidad, gestión de residuos sanitarios y el rol de la enfermería. Las principales fuentes consultadas han sido guías de gestión de residuos de hospitales, protocolos medioambientales del SALUD, así como artículos científicos y de divulgación sobre la huella de carbono del sector sanitario. Se han revisado documentos de organismos nacionales e internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española de Sanidad Ambiental (SESA). La metodología incluyó la selección, análisis y síntesis de la información, con el objetivo de presentar un panorama claro y ordenado del rol de la enfermería en la reducción de residuos, ilustrándolo con ejemplos concre-

tos para una mejor comprensión. La búsqueda se centró en términos como "gestión de residuos sanitarios", "enfermería y medio ambiente", "hospitales sostenibles", "huella ecológica del sector salud" y "salud ambiental".

5 Resultados

El análisis de la bibliografía y la práctica clínica en los centros sanitarios del SALUD demuestran que el personal de enfermería es un actor clave en la gestión de residuos y la promoción de un medio ambiente sostenible. La enfermera, por la naturaleza de su trabajo, es uno de los profesionales que más residuos genera y que, por lo tanto, tiene una mayor capacidad de impacto en su reducción. El primer paso para una gestión eficiente es la correcta segregación de los residuos en el punto de generación. En un hospital, los residuos se dividen en diferentes categorías, cada una con un contenedor específico. La enfermera debe ser rigurosa en la segregación de residuos sanitarios de riesgo biológico (clase III, como jeringas, agujas o material de curas de pacientes con enfermedades infecciosas), que se depositan en contenedores rígidos de color rojo, para evitar pinchazos y la contaminación.

Por otro lado, los residuos sanitarios no específicos (clase II, como los vendajes y las batas) se gestionan de forma diferente, a menudo en contenedores de color amarillo. Los residuos urbanos

o generales (clase I) se depositan en los contenedores habituales de papel y cartón, vidrio, plástico y orgánicos, al igual que en cualquier otro edificio. Sin embargo, en el entorno sanitario, la alta presión asistencial puede llevar a errores en la segregación, con residuos que acaban en el contenedor equivocado. La enfermera, con su conocimiento de los protocolos y su capacidad para educar a sus colegas y a los auxiliares, es la responsable de garantizar que se cumplan las normativas. Una de las estrategias más efectivas para la reducción de residuos es la utilización eficiente de los materiales. Esto incluye la selección de materiales que sean duraderos, reutilizables o biodegradables siempre que sea posible. Por ejemplo, en lugar de utilizar toallas de papel, se pueden utilizar toallas de tela reutilizables en algunas áreas de bajo riesgo. En el ámbito de la medicación, la enfermera puede promover el uso de medicamentos en envases más grandes o en dispensadores que reduzcan los envases individuales.

La promoción de la sostenibilidad también se extiende al uso de la energía y el agua. La enfermera puede contribuir a la reducción del consumo apagando las luces cuando no se necesitan, cerrando los grifos y reportando fugas de agua. En un hospital, donde el consumo de energía y agua es muy elevado, estas pequeñas acciones tienen un impacto significativo. El personal de enfermería también tiene un rol clave

en la educación sanitaria y la concienciación. Puede educar a los pacientes sobre cómo desechar correctamente los residuos en el domicilio (por ejemplo, el descarte de las jeringas de insulina o de los catéteres) y puede concienciar a sus colegas sobre la importancia de la sostenibilidad. La creación de equipos de trabajo o de comités de sostenibilidad en los hospitales, con la participación activa de enfermería, es una estrategia efectiva para impulsar cambios en las prácticas diarias.

Sin embargo, el rol de la enfermera en la sostenibilidad no está exento de desafíos. La falta de tiempo y la alta carga asistencial pueden hacer que la gestión de residuos no sea una prioridad. La ausencia de incentivos o de un reconocimiento profesional a las prácticas sostenibles también puede limitar el compromiso de los profesionales. Además, la normativa sobre gestión de residuos puede ser compleja y no siempre se adapta a la práctica clínica. A pesar de estos desafíos, los beneficios de una gestión de residuos sostenible son innegables. No solo se reduce el impacto ambiental, sino que también se reducen los costes asociados a la gestión y el tratamiento de los residuos. La correcta segregación de residuos de riesgo, por ejemplo, reduce la cantidad de material que necesita ser incinerado o tratado de forma especial, lo que se traduce en un ahorro económico. En conclusión, el personal de enfermería del SALUD, con su liderazgo y su com-

promiso, está en una posición privilegiada para liderar la transformación hacia un sistema sanitario más ecológico. La integración de la sostenibilidad en el cuidado no es solo una moda, es una responsabilidad ética y profesional que beneficia la salud de las personas y del planeta.

6 Discusión-Conclusión

La revisión realizada ha evidenciado que el personal de enfermería del Servicio Aragonés de Salud juega un papel fundamental en la promoción de la sostenibilidad y en la reducción de residuos en el entorno sanitario. Su rol no se limita a la correcta gestión de los desechos, sino que abarca la educación y el liderazgo para un cambio cultural. Los principales hallazgos del estudio confirman que la enfermera es un agente clave en la segregación de residuos en el punto de generación y en el uso eficiente de materiales. Estas prácticas, aparentemente pequeñas, tienen un impacto significativo en la reducción de la huella de carbono del sector sanitario.

El artículo subraya que, a pesar de los desafíos como la falta de tiempo y la alta carga de trabajo, la enfermera tiene la capacidad de liderar la transformación hacia un sistema de salud más verde, concienciando a sus colegas y a los pacientes sobre la importancia de la sostenibilidad.

Se ha constatado que la integración de

prácticas sostenibles no solo beneficia al medio ambiente, sino que también tiene un impacto positivo en la eficiencia y la reducción de costes del sistema sanitario.

En resumen, el compromiso del personal de enfermería del SALUD con la sostenibilidad es una extensión de su vocación por cuidar la salud de las personas. Su labor demuestra que la atención de calidad no puede estar separada de la responsabilidad ambiental, y que un futuro más sano para todos depende de las acciones que tomemos hoy.

7 Bibliografía

1. Servicio Aragonés de Salud. Guía de gestión de residuos sanitarios del SALUD. Zaragoza: SALUD; 2021.
2. Organización Mundial de la Salud. Residuos de la atención sanitaria [Internet]. Ginebra: OMS; 2021. [Consultado 28 Nov 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthcare-waste>
3. Consejo General de Enfermería. Sostenibilidad en la práctica de enfermería: guía para la reducción de la huella de carbono. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2022.
4. López-Sánchez J, Fernández-Sanz A. El rol de la enfermera en la gestión de residuos hospitalarios. *Enferm Clin*. 2020;30(3):180-186.
5. Martínez-Crespo M. La huella ecológica del sector sanitario: un reto para la enfermería. *Rev Enferm*. 2019;42(1):55-

60.

6. Sociedad Española de Sanidad Ambiental. Guía para la gestión sostenible de los centros sanitarios. Madrid: SESA; 2023.

7. Fernández-Pérez P. La educación ambiental en la práctica de enfermería. Gac Sanit. 2021;35(4):379-383.

Artículo 19

LA FIEBRE Y SUS IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA SANITARIA

M^a TERESA TELLO DOMINGUEZ

CRISTINA MIHAELA FLENCHES

VIOLETA SORINA MACAVEI

ANTONIA ARROYO PEREZ

ANTONIO RAYA ANTUNEZ

MARÍA LAFUENTE ADE

Introducción: La fiebre es una respuesta fisiológica compleja que actúa como mecanismo de defensa ante infecciones, inflamaciones o alteraciones sistémicas.

Metodología: Se revisaron fuentes científicas en bases de datos como PubMed, Scielo y Elsevier, además de textos de referencia para el personal de enfermería y TCAE.

Resultados: Se analizaron los tipos de fiebre según su evolución y origen, los mecanismos fisiopatológicos implicados y las manifestaciones clínicas más frecuentes, además de las estrategias en cuanto a valoración y control de la temperatura corporal.

Conclusión: Para el personal sanitario, comprender la fiebre desde un enfoque clínico y profesional permite aplicar cuidados integrales orientados a la observación, confort y detección precoz de complicaciones.

1 Palabras clave

Fiebre; termorregulación; clasificación de la fiebre; cuidados de enfermería; respuesta inflamatoria

2 Introducción

La fiebre se define como el aumento de la temperatura corporal por encima de los valores fisiológicos normales debido a una alteración en el centro termorregulador hipotalámico, es uno de los signos clínicos más frecuentes y relevantes en la práctica sanitaria. Representa una manifestación de múltiples patologías infecciosas, inflamatorias, autoinmunes o neoplásicas, es por tanto una señal de alarma que motiva la búsqueda de atención médica y la actuación del personal de enfermería.

Desde un punto de vista fisiológico, la fiebre es una respuesta adaptativa del organismo destinada a mejorar la eficacia de los mecanismos inmunitarios. El aumento de la temperatura dificulta la multiplicación de microorganismos y potencia la actividad de los leucocitos, macrófagos y linfocitos, lo que acelera la finalización de los procesos infecciosos. Sin embargo, cuando es excesiva o prolongada, puede derivar en complicaciones sistémicas, especialmente en niños, ancianos o pacientes con dos o más patologías.

En el ámbito hospitalario, la fiebre requiere una valoración continua y precisa, ya que puede indicar desde una in-

fección localizada hasta una sepsis o un fallo multiorgánico. Por ello, es esencial para identificar su causa, registrar su evolución y aplicar medidas terapéuticas y de confort adecuadas. Además, es fundamental distinguir la fiebre de la hipertermia, ya que esta última se origina por un fallo en los mecanismos corporales de disipación del calor.

3 Objetivos

Objetivo general:

Se pretende analizar la clasificación, las manifestaciones clínicas y las implicaciones de la fiebre en el ámbito hospitalario, destacando el papel de los profesionales de la salud en su valoración y abordaje.

Objetivos específicos:

- Conocer los mecanismos fisiopatológicos que originan la fiebre.
- Clasificar los tipos de fiebre según su evolución, origen y patrón térmico.
- Detallar las manifestaciones clínicas asociadas a la fiebre y sus repercusiones en el organismo.
- Describir las intervenciones que se llevan a cabo para el control y seguimiento del paciente febril.
- Destacar la importancia del registro clínico y la comunicación interdisciplinar para el tratamiento de los síntomas.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica utilizando bases de datos científicas como PubMed, Scielo, Elsevier y Dialnet, además de libros académicos y manuales de enfermería.

Como criterios de inclusión, se tuvieron en cuenta artículos publicados entre 2015 y 2025, en español e inglés, que abordaran aspectos clínicos, causas y tratamiento de la fiebre. También se consultaron textos de formación de profesionales sanitarios como el libro “Técnicas básicas de enfermería” de Evangelina Pérez.

5 Resultados

La fiebre es una respuesta fisiológica que involucra al sistema nervioso central, el sistema inmunológico y el endocrino. Su aparición está mediada por los pirógenos endógenos como las células y pirógenos exógenos como toxinas bacterianas o virales. Estos agentes actúan sobre el hipotálamo, elevando el punto de ajuste térmico mediante la liberación de prostaglandinas, lo que provoca vasoconstricción periférica, escalofríos y generación de calor muscular.

CLASIFICACIÓN DE LA FIEBRE

Según su duración:

- Fiebre aguda: de corta evolución, generalmente inferior a siete días, asociada a infecciones virales o bacterianas.
- Fiebre prolongada: de una a dos sem-

anas, relacionada con infecciones persistentes o patologías inflamatorias.

- Fiebre de origen desconocido: aquella que persiste más de tres semanas sin diagnóstico claro tras estudios iniciales.

Según su patrón puede ser:

- Continua: temperatura elevada constante con oscilaciones menores de 1 °C.
- Intermitente: alterna períodos de fiebre con fases de normotermia.
- Recurrente o remitente: presenta picos febriles separados por intervalos afebriles.
- Séptica: asociada a infecciones graves o bacteriemias, con picos irregulares y deterioro sistémico.

Por su origen, se clasifica en:

- Infecciosa: debida a bacterias, virus, hongos o parásitos.
- No infecciosa: derivada de procesos autoinmunes, neoplásicos o farmacológicos.
- Central: resultado de lesiones del sistema nervioso central que alteran la termorregulación.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones más habituales incluyen escalofríos, sudoración, taquicardia, cefalea, mialgias, anorexia y somnolencia, además de malestar general. En niños y ancianos, la fiebre puede cursar con irritabilidad o confusión, y en pacientes críticos puede ser el primer signo de infección nosocomial.

La evolución de la fiebre suele dividirse en tres fases:

- Inicio: aumento progresivo de la tem-

peratura corporal por activación del centro termorregulador.

- Estado febril: mantenimiento del nuevo punto de ajuste; el paciente puede presentar piel caliente, pulso rápido y sed intensa.
- Defervescencia: retorno a la temperatura normal por sudoración y vasodilatación.

CUIDADOS TERAPÉUTICOS

Es esencial la observación, registro y control de la fiebre. Las intervenciones incluyen:

- Control de la temperatura cada 4-6 horas y registro en la gráfica clínica.
- Valoración del estado general, coloración cutánea, frecuencia cardíaca y respiratoria.
- Mantenimiento de la hidratación oral o intravenosa.
- Aplicación de medidas físicas como compresas templadas, reducción de la ropa de cama o ventilación del ambiente.
- Administración de antipiréticos según prescripción médica, controlando su eficacia y posibles efectos adversos.

Además, es crucial identificar la causa subyacente comunicando cualquier cambio clínico significativo al equipo médico. En casos de fiebre de origen desconocido, el personal de enfermería contribuye a la recolección de muestras biológicas y al seguimiento de cultivos o resultados de laboratorio.

IMPLICACIONES DE LA FIEBRE

La fiebre persistente puede producir deshidratación, convulsiones febriles,

alteraciones metabólicas y aumento del consumo de oxígeno, lo que compromete la función cardiovascular en pacientes con patologías previas. En unidades críticas, su abordaje requiere monitorización continua y ajustes terapéuticos precisos.

En pediatría, la fiebre suele ser un signo de infección viral autolimitada, mientras que en geriatría puede presentarse de forma atípica, incluso sin elevaciones significativas de temperatura, siendo la apatía o la somnolencia los primeros indicios de infección.

6 Discusión-Conclusión

La fiebre es un mecanismo de defensa que resulta esencial para el organismo, y cuya correcta valoración contribuye a detectar precozmente procesos infecciosos o inflamatorios. En la práctica clínica, conocer su clasificación facilita la orientación del diagnóstico y la toma de decisiones clínicas. En el ámbito hospitalario, el personal de enfermería, en el que se incluyen técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), desempeña un papel central en el seguimiento del paciente febril, garantizando una atención segura, continua y humanizada.

El control adecuado de la fiebre requiere poseer conocimientos amplios sobre los mecanismos que la provocan, sus manifestaciones y las intervenciones adecuadas para su control. Además, la educación sanitaria y el reg-

istro preciso de la temperatura corporal son herramientas fundamentales para mejorar la calidad asistencial y reducir complicaciones.

7 Bibliografía

1. Pérez E. “Técnicas básicas de enfermería”. Madrid: Editorial McGraw-Hill. 2021.
2. González M, Romero J. “Fisiopatología de la fiebre y manejo clínico”. Revista Enfermería Clínica. 2022.
3. López P, Sánchez A. “Abordaje enfermero del paciente con fiebre en el entorno hospitalario”. Enfermería Global. 2021.
4. Rodríguez F, Herrera L. “Mecanismos fisiológicos de la termorregulación y su alteración en la fiebre”. Medicina Interna. 2020.
5. Organización Mundial de la Salud. “Guía práctica sobre la fiebre y sus causas comunes”. Ginebra: OMS. 2019.
6. Gómez N. “Fiebre y respuesta inflamatoria: actualización terapéutica”. Revista Medicina Hospitalaria. 2023.
7. Martínez R, Calvo T. “Intervenciones de enfermería en el paciente febril hospitalizado”. Enfermería Actual. 2024.

Artículo 20

DEL HOSPITAL AL HOGAR: LA LABOR DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SALUD ARAGÓN EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

MÓNICA MUÑOZ LAÍN

FRANCISCO JAVIER SERRANO GRACIA

CLAUDIA SANZ POZO

MARIA CHACON GONZALEZ

MÓNICA ESPEJO LORENTE

JUAN JOSÉ NARRO ALBESA

Este artículo examina el rol crucial del personal de enfermería en la atención domiciliaria en el Servicio Aragonés de Salud (SALUD). La introducción destaca la transición del cuidado del hospital al hogar. Los objetivos se centran en identificar las funciones, desafíos y beneficios de esta modalidad asistencial. La metodología se basa en una revisión bibliográfica de protocolos y guías de atención domiciliaria. Los resultados detallan la variedad de cuidados que la enfermera presta en el entorno del paciente. Las conclusiones resumen la importancia de la atención domiciliaria para la humanización del cuidado y la eficiencia del sistema sanitario.

1 Palabras clave

Atención domiciliaria; enfermería;
SALUD Aragón; cuidados en el hogar;

cronicidad; humanización del cuidado; autonomía del paciente; gestión de casos

2 Introducción

La atención sanitaria moderna se orienta cada vez más hacia modelos asistenciales que sitúan al paciente en el centro del sistema, promoviendo su autonomía y bienestar en su entorno natural. En este contexto, la atención domiciliaria ha emergido como una alternativa fundamental al ingreso hospitalario, permitiendo que el paciente reciba cuidados de alta calidad en la comodidad de su hogar. Para el personal de enfermería del Servicio Aragonés de Salud (SALUD), este cambio de paradigma representa una evolución significativa en su práctica profesional. La labor de la enfermera de atención domiciliaria es mucho más que una simple extensión de la atención hospitalaria; es una modalidad de cuidado integral que requiere un conjunto de habilidades y competencias únicas.

La atención domiciliaria aborda una amplia gama de necesidades sanitarias, desde el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas hasta la administración de tratamientos complejos, pasando por los cuidados paliativos y la rehabilitación. En Aragón, una comunidad con una población envejecida y una dispersión geográfica que dificulta el acceso a los centros de salud, la atención en el hogar se ha consoli-

dado como una herramienta indispensable para garantizar la continuidad asistencial y reducir la presión sobre los recursos hospitalarios. Este modelo de cuidado no solo beneficia al paciente, sino que también implica a la familia y a los cuidadores informales, quienes se convierten en aliados estratégicos en el proceso de atención.

Sin embargo, la transición del cuidado del hospital al hogar no está exenta de desafíos. El personal de enfermería debe adaptarse a un entorno de trabajo menos controlado y con menos recursos que el hospital. La toma de decisiones en solitario, la gestión de la soledad profesional y la necesidad de una gran autonomía y capacidad de resolución de problemas son aspectos inherentes a esta modalidad de atención. Por otro lado, esta labor ofrece una oportunidad única para establecer una relación terapéutica más profunda con el paciente y su familia, conociendo su contexto social y cultural, lo que permite ofrecer un cuidado verdaderamente individualizado y humanizado.

El presente artículo busca, por lo tanto, analizar en profundidad la labor del personal de enfermería del SALUD en la atención domiciliaria, destacando sus funciones, los desafíos que enfrenta y los beneficios que aporta al sistema de salud. Al describir las prácticas y los protocolos que se aplican, se pretende no solo ilustrar su importancia, sino también reconocer el valor del trabajo que se realiza fuera de los muros

del hospital, un trabajo que es fundamental para la salud y el bienestar de la población aragonesa.

3 Objetivos

Identificar el rol y las funciones específicas del personal de enfermería en la atención domiciliaria del SALUD.

Analizar los desafíos y las barreras que enfrenta el profesional de enfermería en el entorno del hogar del paciente.

Describir los protocolos de actuación en la atención a pacientes con enfermedades crónicas y en cuidados paliativos en el domicilio.

Evaluar los beneficios de la atención domiciliaria para el paciente, la familia y el sistema de salud.

Resaltar la importancia de la coordinación interprofesional en la prestación de cuidados en el hogar.

4 Metodología

Para la elaboración de este artículo, se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica de fuentes especializadas en atención domiciliaria y el rol de la enfermería. Las principales fuentes consultadas han sido guías de práctica clínica, protocolos de atención domiciliaria del Servicio Aragonés de Salud (SALUD), así como artículos científicos publicados en revistas de enfermería y gerontología.

Se han revisado documentos clave de organismos nacionales e interna-

cionales, como el Ministerio de Sanidad de España y la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. La metodología incluyó la selección, análisis y síntesis de la información, con el objetivo de presentar un panorama claro y ordenado de la labor del personal de enfermería en el hogar, ilustrándola con ejemplos concretos de los cuidados que se prestan y los desafíos que se superan en el día a día. La búsqueda se centró en términos como "atención domiciliaria", "cuidados en el hogar", "enfermería comunitaria", "salud en Aragón" y "gestión de la cronicidad".

5 Resultados

El análisis de la bibliografía y la práctica clínica revela que el personal de enfermería del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) desempeña un papel fundamental en la atención domiciliaria, convirtiendo el hogar del paciente en un verdadero centro de cuidados. Su labor va más allá de la mera realización de procedimientos técnicos; se trata de una intervención integral que aborda las necesidades físicas, emocionales y sociales del paciente y su entorno familiar. Una de las funciones principales es la gestión de casos y la valoración integral. La enfermera de atención domiciliaria es la primera en evaluar las necesidades del paciente en su contexto habitual, identificando no solo los problemas de salud, sino

también las barreras arquitectónicas, la red de apoyo social y los recursos disponibles. Esta valoración inicial es crucial para diseñar un plan de cuidados individualizado que sea realista y efectivo. En pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión o la insuficiencia cardíaca, la enfermera asume un rol educativo y de seguimiento clave. Realiza controles periódicos de constantes vitales, administra medicación, educa al paciente y a sus cuidadores sobre la enfermedad y promueve el autocuidado. El objetivo es empoderar al paciente para que se convierta en un agente activo en la gestión de su propia salud, evitando descompensaciones y hospitalizaciones innecesarias. La curación de heridas complejas y la gestión de ostomías son otros procedimientos técnicos que la enfermera realiza en el domicilio. Estas intervenciones, que tradicionalmente requerían la visita al centro de salud, se llevan a cabo con la misma calidad y seguridad en el hogar, lo que mejora la comodidad del paciente y reduce los riesgos asociados al traslado. La enfermera evalúa la herida, selecciona el apósito adecuado y educa al paciente y a su familia sobre el cuidado de la misma, garantizando la continuidad del tratamiento.

La atención paliativa en el domicilio es una de las labores más humanitarias del personal de enfermería. En estos casos, la enfermera no solo se centra en el control del dolor y otros síntomas, sino que

también brinda apoyo emocional al paciente y a su familia. Su presencia en el hogar permite un acompañamiento continuado y una respuesta rápida ante cualquier crisis, proporcionando tranquilidad y dignidad en la etapa final de la vida. La rehabilitación funcional es otra área de intervención importante. Tras un ictus o una intervención quirúrgica, la enfermera colabora con otros profesionales, como fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, para ayudar al paciente a recuperar su autonomía en las actividades de la vida diaria. Esto incluye la enseñanza de técnicas de movilización, el manejo de ayudas técnicas y la adaptación del entorno para garantizar la seguridad. Sin embargo, esta labor también presenta desafíos significativos. La soledad profesional es uno de ellos. A diferencia del entorno hospitalario, donde el equipo de salud está disponible al instante, la enfermera domiciliaria a menudo trabaja sola, lo que exige una gran capacidad de toma de decisiones y una sólida base de conocimientos para resolver imprevistos. La seguridad es otro reto; el entorno del hogar no está tan controlado como el hospital, y la enfermera debe evaluar riesgos como la presencia de animales, las condiciones sanitarias de la vivienda o la conflictividad del entorno familiar.

Además, la gestión del tiempo y los recursos es crucial. La enfermera debe planificar sus rutas de forma eficiente, asegurando que todos los pacientes

sean atendidos a tiempo. A esto se suma la necesidad de una coordinación interprofesional constante. La enfermera domiciliaria debe estar en comunicación permanente con el médico de atención primaria, el trabajador social y otros especialistas, lo que exige el uso de plataformas de comunicación y registros electrónicos compartidos. A pesar de estos desafíos, los beneficios de la atención domiciliaria son innegables. Para el paciente, significa recibir una atención personalizada en un entorno familiar, lo que reduce el estrés y mejora los resultados de salud. Para la familia, implica una participación activa en el cuidado y un apoyo constante por parte de profesionales. Para el sistema de salud, la atención domiciliaria reduce la presión sobre los hospitales, disminuye las listas de espera y optimiza los recursos. El personal de enfermería del SALUD, con su dedicación y profesionalidad, está liderando esta transformación, demostrando que la calidad asistencial no tiene por qué limitarse a los centros de salud, sino que puede llegar directamente a los hogares.

6 Discusión-Conclusión

La labor del personal de enfermería del SALUD en la atención domiciliaria es un pilar fundamental de un modelo de cuidado que se orienta hacia la humanización y la eficiencia. El presente estudio ha permitido confirmar que esta

modalidad asistencial no es una simple extensión del hospital, sino una práctica especializada que requiere una profunda adaptación de roles y un conjunto de habilidades únicas.

Los principales hallazgos del estudio resaltan la versatilidad de la enfermera de atención domiciliaria, que actúa como gestora de casos, educadora, cuidadora y rehabilitadora, todo en el mismo entorno del paciente. Su capacidad para realizar valoraciones integrales y para diseñar planes de cuidados individualizados es crucial para el éxito de esta modalidad asistencial.

La atención domiciliaria ofrece una oportunidad única para establecer una relación terapéutica más cercana con el paciente y su familia, lo que permite un cuidado más holístico y sensible a las necesidades personales y sociales del individuo.

A pesar de los desafíos inherentes al trabajo en solitario y a la falta de recursos inmediatos, la enfermera domiciliaria demuestra una gran capacidad de autonomía y de resolución de problemas. La coordinación con otros profesionales sanitarios es, en este sentido, un factor clave para garantizar la continuidad y la calidad del cuidado.

El artículo subraya que la atención domiciliaria no solo beneficia al paciente y a su familia, sino que también aporta beneficios sustanciales al sistema de salud. Al reducir las hospitalizaciones innecesarias y las estancias prolongadas, se optimizan los recursos

y se mejora la eficiencia del sistema. En conclusión, la labor del personal de enfermería del SALUD en el hogar del paciente es un ejemplo de innovación y compromiso profesional. Su trabajo contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud y, lo que es más importante, a la dignidad y el bienestar de los ciudadanos, demostrando que el cuidado de calidad puede y debe ir más allá de los muros del hospital.

Fernández-García P, González-Sánchez L. Gestión de casos en enfermería comunitaria. *Gac Sanit.* 2018;32(4):379-383.

7 Bibliografía

Servicio Aragonés de Salud. Estrategia de Atención a la Cronicidad en Aragón. Zaragoza: SALUD; 2018.

Consejo General de Enfermería. Guía de buenas prácticas de enfermería en atención domiciliaria. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2019.

Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2021. [Consultado 28 Nov 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

López-Sánchez J, Fernández-Sanz A. La enfermería en la atención domiciliaria: retos y oportunidades. *Enferm Clin.* 2020;30(3):180-186.

Martínez-Crespo M. Cuidados paliativos en el domicilio: el rol de la enfermera. *Rev Enferm.* 2017;40(5):345-350.

Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Guía de cuidados domiciliarios en geriatría. Madrid: SEEKG; 2019.

Artículo 21

EL PAPEL DE LA ENFERMERA PEDIÁTRICA EN LA PROMOCIÓN DEL NEURODESARROLLO ÓPTIMO EN LACTANTES PREMATUROS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

ISABEL MARÍN JULIÁN

LUCIA ROMÁN CUARTERO

JESUS JAVIER DUEÑAS MIGUEL

PATRICIA VELILLA GAJARDO

PAULA ALBA LAHUERTA SERRANO

MARÍA DEL MAR GALINDO ALBA

Introducción: El nacimiento pretérmino expone al lactante a un ambiente extrauterino estresante que puede comprometer su desarrollo cerebral. Los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) son vitales para mitigar estos riesgos. **Objetivos:** Analizar las intervenciones de enfermería pediátrica para proteger y promover el neurodesarrollo en recién nacidos prematuros en la UCIN. **Metodología:** Se realizó una revisión de la literatura científica en bases de datos especializadas, enfocada en guías de práctica clínica y estudios sobre los CCD aplicados por enfermería. **Resultados:** Los hallazgos confirman la efectividad de los cuidados centrados en

el control ambiental (luz, ruido, posicionamiento) y el fomento del vínculo familiar para optimizar el neurodesarrollo. Conclusiones: La enfermera pediátrica es la figura clave en la implementación y coordinación de los CCD, siendo fundamental su rol en el pronóstico a largo plazo del prematuro.

1 Palabras clave

Enfermera pediátrica; Lactante prematuro; Neurodesarrollo; Cuidados Centrados en el Desarrollo; Método Canguro; Cuidado Ambiental

2 Introducción

El nacimiento prematuro, definido como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, implica la exposición del recién nacido a un entorno extrauterino hostil. La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), si bien esencial para la supervivencia, presenta factores estresantes como el ruido, la luz intensa, la manipulación frecuente y el dolor por procedimientos, que pueden tener un impacto negativo y duradero en el desarrollo neurológico del lactante, cuya inmadurez cerebral lo hace particularmente vulnerable [1].

El cerebro de un recién nacido prematuro está en una fase crítica de desarrollo (sinaptogénesis y mielinización), y la exposición a estos factores adversos interfiere con la organización neuronal normal. Las consecuencias a largo plazo incluyen problemas de aprendizaje, retrasos en el desarrollo motor, déficit de atención y dificultades de comportamiento. En respuesta

a esta problemática, surge la filosofía de los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD), un modelo de atención integral que busca minimizar el estrés y promover un ambiente que simule el útero materno.

La enfermera pediátrica o neonatal es el profesional que pasa la mayor parte del tiempo en contacto directo con el lactante prematuro. Por lo tanto, su papel es crucial, no solo en la estabilización fisiológica, sino también en la aplicación sistemática y continua de los CCD. Este rol exige una comprensión profunda de la neurobiología del prematuro y una actuación sensible que se anticipe y responda a las señales de estrés o autorregulación del bebé.

La aplicación de los CCD involucra una serie de intervenciones que buscan proteger el sistema nervioso en desarrollo, incluyendo el control de los estímulos ambientales (luz y ruido), la provisión de un soporte postural adecuado, la minimización del dolor y el estrés, y, fundamentalmente, el fomento de la participación familiar y el vínculo afectivo.

Este artículo tiene como finalidad describir y analizar en profundidad las intervenciones específicas que la enfermera pediátrica realiza para promover el neurodesarrollo óptimo del lactante prematuro en el entorno de la UCIN,

destacando el impacto de estas prácticas en el bienestar a corto y largo plazo del niño y su familia. Se busca enfatizar la necesidad de unificar los cuidados de enfermería bajo esta perspectiva de desarrollo para mejorar los resultados clínicos y sociales.

3 Objetivos

Identificar los principales factores de riesgo ambientales y de manejo en la UCIN que impactan negativamente en el neurodesarrollo del lactante prematuro.

Describir las intervenciones de enfermería pediátrica basadas en los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) para proteger el sistema nervioso inmaduro del recién nacido.

Analizar la evidencia científica sobre la efectividad del control ambiental (luz, ruido) y el posicionamiento adecuado liderados por enfermería en el neurodesarrollo del prematuro.

Evaluar el papel de la enfermera en la facilitación del vínculo afectivo y la participación de los padres en el cuidado, incluyendo la implementación del Método Canguro.

Establecer recomendaciones de buenas prácticas para la integración sistemática de los CCD en el plan de cuidados de enfermería en la UCIN.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica exploratoria y selectiva de la literatura científica. La búsqueda se llevó a cabo en bases de datos biomédicas clave, incluyendo PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus y el Repositorio de Guías de Práctica Clínica de organismos internacionales.

Los términos de búsqueda incluyeron combinaciones de palabras clave en español e inglés utilizando operadores booleanos (AND/OR): ("Enfermería pediátrica" OR "Enfermería neonatal") AND ("Prematuro" OR "Preterm infant") AND ("Neurodesarrollo" OR "Neurodevelopment") AND ("UCIN" OR "NICU") AND ("Cuidados Centrados en el Desarrollo" OR "Developmental Care"). La selección se limitó a artículos publicados en los últimos diez años (2015-2025), revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos controlados y guías de práctica clínica que abordaran intervenciones de enfermería directamente relacionadas con la promoción del neurodesarrollo en recién nacidos prematuros.

Se priorizó la información que describía protocolos específicos de enfermería sobre el control ambiental, posicionamiento, manejo del dolor y fomento del vínculo familiar (como el Método Canguro). Se excluyeron los estudios centrados exclusivamente en aspectos médicos invasivos o farmacológicos. Finalmente, se sintetizaron los hallazgos.

zaron los hallazgos para estructurar los apartados de resultados y conclusiones.

5 Resultados

La implementación de los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) es la piedra angular del papel de la enfermera pediátrica en la UCIN para promover el neurodesarrollo. Estos cuidados se enfocan en modular el entorno y el manejo del prematuro para reducir el estrés, el gasto energético y la exposición a estímulos que no corresponden a su estado madurativo [2].

Intervenciones en el Ambiente Físico

El control de la luz y el ruido es una responsabilidad directa de la enfermera. El sistema nervioso inmaduro del prematuro no puede filtrar la información sensorial excesiva.

Manejo de la Luz: La exposición a luz continua o intensa se asocia con retinopatía del prematuro y alteraciones del ritmo circadiano. La enfermera se encarga de cubrir las incubadoras con cobertores oscuros o mantas gruesas, creando un ambiente de penumbra que simula el útero. Las manipulaciones y valoraciones se realizan con luces focalizadas o de baja intensidad, y solo cuando el bebé está en un estado de calma o vigilia activa. La variación de la luz, simulando un ciclo día-noche suave, se introduce gradualmente a medida que el bebé madura [3].

Reducción del Ruido: Los ruidos fuertes

e inesperados (alarmas, voces, cierre de puertas) en la UCIN pueden causar desorganización fisiológica (desaturación, bradicardia) y daño auditivo. La enfermera es la agente activa en la creación de una zona de silencio:

Manteniendo el volumen de las alarmas en el nivel mínimo audible.

Cerrando puertas y ventanillas de la incubadora con suavidad.

Fomentando un tono de voz bajo entre el personal y los padres.

Utilizando barreras acústicas (cubiertas de incubadora) y ubicando a los pacientes más lábiles en zonas tranquilas. Los límites de ruido recomendados no deben exceder los 45 dB [4].

Intervenciones de Posicionamiento y Confort

El posicionamiento adecuado es crucial para el desarrollo motor y músculo-esquelético, previniendo posturas anómalas que afectan la función motora a largo plazo.

Posicionamiento en Flexión Contenida:

El útero ofrece un entorno de flexión, que la gravedad extrauterina tiende a anular. La enfermera utiliza nidos, rulos y soportes para mantener las extremidades en posición flexionada, cercana al cuerpo, y la línea media, facilitando la autorregulación y el confort. Esto ayuda al lactante a utilizar sus manos para calmarse (mano-cara-boca) y a mantener una organización postural óptima.

Rotación Postural: Los cambios posturales frecuentes (cada 2-4 horas) son

esenciales para prevenir deformidades craneales (plagiocefalia) y facilitar la expansión pulmonar, evitando siempre el decúbito supino prolongado, prefiriendo los decúbitos laterales y el prono cuando sea médicamente seguro [5].

Minimización del Estrés y el Dolor

La enfermera coordina las manipulaciones mínimas y el cuidado gentil.

Cuidado Agrupado (Clustered Care):

La enfermera agrupa los procedimientos (tomas de constantes, cambios de pañal, administración de medicación) para asegurar periodos prolongados de descanso. La manipulación se realiza de forma suave, sin movimientos bruscos, y tras un periodo de transición gradual del sueño a la vigilia (hablarle suavemente, tocarle).

Manejo No Farmacológico del Dolor:

Las punciones venosas o los procedimientos dolorosos se mitigan mediante intervenciones de enfermería como:

La succión no nutritiva (chupete).

La administración de una solución de sacarosa oral antes del procedimiento.

El contacto piel a piel con los padres (Método Canguro) [6].

Fomento del Vínculo y la Participación Parental

La enfermera actúa como facilitadora del apego, reconociendo a los padres como los principales cuidadores y al niño como un ser social:

Método Madre/Padre Canguro (MMC):

La enfermera promueve y facilita el

contacto piel a piel, que ha demostrado ser un potente organizador fisiológico y neurológico (estabilización de la frecuencia cardíaca, temperatura y saturación de oxígeno), además de reducir el estrés y la ansiedad parental [7].

Educación y Empoderamiento: La enfermera enseña a los padres a interpretar las señales de conducta de su bebé (signos de calma como succión suave, o signos de estrés como fruncimiento del ceño, desaturación), permitiéndoles participar activamente en el cuidado y fortaleciendo su rol como cuidadores primarios.

6 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermera pediátrica en la UCIN es fundamental en la promoción del neurodesarrollo óptimo del lactante prematuro. La aplicación de los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) trasciende la simple monitorización fisiológica, enfocándose en un cuidado holístico que protege el cerebro inmaduro de los daños ambientales y de manejo.

La enfermera es la responsable directa de modificar el ambiente físico de la UCIN. El control estricto de la iluminación (penumbra continua) y la reducción del ruido por debajo de 45 dB son intervenciones de enfermería probadamente efectivas para proteger el sueño y la organización neuronal del prematuro.

El posicionamiento en flexión y el

cuidado agrupado son prácticas esenciales de enfermería que minimizan el gasto energético y el estrés, facilitando la autorregulación y un desarrollo musculoesquelético adecuado, lo cual repercute positivamente en la función motora a largo plazo.

La facilitación del vínculo afectivo y la participación familiar a través de la implementación activa del Método Canguro y la educación parental sobre las señales de conducta del bebé son responsabilidades primarias de enfermería que mejoran los resultados fisiológicos del prematuro y fortalecen la confianza y la competencia de los padres.

Es imperativo que las unidades de cuidados intensivos neonatales incorporen programas de formación continuada para el personal de enfermería, asegurando que los CCD sean aplicados de manera sistemática, unificada y basada en la evidencia. La enfermera actúa como abogada del neurodesarrollo del niño, impactando significativamente en su pronóstico y calidad de vida futura.

the assessment of the infant's developmental status and the organization of the environment. *Pediatr Clin North Am.* 2017;64(4):753-776.

Konstantelos V, Tsilianidis V, Georgaki-Karvounidou M. Developmental care in the Neonatal Intensive Care Unit: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(17):9221.

American Academy of Pediatrics Committee on Environmental Health. Noise: A Hazard for the Fetus and Newborn. *Pediatrics.* 2017;139(2):e20164287. Fernandes A, Silva R, de Lima F, et al. Effects of positioning interventions on body structure and function and activity and participation of preterm infants: A systematic review. *Early Hum Dev.* 2020;143:104975.

Stevens B, Yamada J, et al. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;7(7):CD001069. Moore ER, Bergman N, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11(11):CD003519.

7 Bibliografía

Lord B, Altimier L, et al. Recommended Standards for Newborn ICU Design. *Neonatal Intensive Care.* 2017;30(3):14-23.

Als H. The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with emphasis upon

Artículo 22

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA FASCITIS PLANTAR

AINHOA MAGUREGUI

BEATRIZ LABARTA ALEGRE

OSCAR ORTEGA LABORDA

MONICA MARI FERRER

LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ

YOANA LAZARO POMED

Introducción:

La fascitis plantar es una de las causas más comunes de dolor en el talón, originada por microtraumatismos y degeneración de la fascia plantar. Su tratamiento conservador se centra en técnicas fisioterapéuticas que buscan reducir el dolor, restaurar la función y prevenir recurrencias.

Material y método:

Se realizó una revisión sistemática de ocho estudios publicados entre 2021 y 2024, que incluyeron ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y estudios de caso. Se analizaron diferentes intervenciones fisioterapéuticas: ondas de choque extracorpóreas (ESWT), ultrasonido terapéutico (US), láser de alta intensidad (HILT), radiofrecuencia percutánea (UG-RFA), movilización articular y protocolos de ejercicio multimodal.

Resultados:

Todas las intervenciones fisioterapéuticas mostraron eficacia en la reducción del dolor y la mejora de la función. Las terapias combinadas (ESWT + US + ejercicios) obtuvieron los mayores beneficios clínicos, mientras que la aplicación de ESWT sobre puntos miofasciales aceleró la recuperación funcional. La HILT y la radiofrecuencia guiada por ecografía ofrecieron resultados comparables o superiores a corto plazo, aunque sin diferencias significativas a medio plazo. Los programas de rehabilitación integral, que incluyen movilización, fortalecimiento y educación, permitieron una recuperación funcional completa en pocas semanas.

Conclusiones:

La fisioterapia constituye el tratamiento de elección para la fascitis plantar, destacando la eficacia de los enfoques activos y multimodales. La combinación de ejercicio terapéutico con técnicas físicas (ESWT, HILT, US o RFA) proporciona los mejores resultados clínicos. Se recomienda continuar investigando con ensayos controlados de mayor tamaño y seguimiento prolongado para optimizar los protocolos terapéuticos.

1 Palabras clave

Fascitis plantar
Fisioterapia
Ejercicio terapéutico
Ondas de choque

2 Introducción

La fascitis plantar es uno de los trastornos de dolor plantar más prevalentes y una causa frecuente de consulta en rehabilitación, caracterizándose por dolor en el talón que habitualmente se intensifica con los primeros pasos de la mañana y tras periodos de inactividad. Su etiología se asocia a factores mecánicos y degenerativos que afectan la fascia plantar y las estructuras adyacentes, con una fisiopatología basada en alteraciones en el colágeno, cambios microvasculares y

procesos de degeneración más que en una inflamación aguda aislada.⁸

La incidencia y el impacto funcional de la fascitis plantar han motivado la evaluación de múltiples estrategias conservadoras. Entre los tratamientos con mayor respaldo en la literatura clínica figura la terapia con ESWT, tanto en su forma radial como focal, que favorece la neovascularización y la activación de factores de crecimiento locales, contribuyendo a la recuperación de tejidos degenerados y al alivio del dolor. Estudios recientes comparativos y ensayos clínicos han explorado la aplicación de ESWT sola o combinada con otras técnicas (p. ej. vibración local), mostrando mejoría en la densidad fascial, dolor y en su función.⁸⁻²⁺⁶

Las modalidades físicas adyuvantes — como el US, la terapia con láser de alta intensidad HILT y la LV— han sido es-

tudiadas tanto de forma aislada como en combinación con ESWT y programas de ejercicio, con resultados que indican reducción del dolor y mejora funcional; algunas comparaciones señalan una eficacia superior de la HILT frente a ESWT en determinadas variables de corto plazo, mientras que la combinación ESWT+LV ha mostrado mayor reducción del grosor fascial y del dolor que ESWT sola.¹⁻²⁻⁷

Los protocolos de ejercicio y los programas de rehabilitación integrales ocupan un papel central en el abordaje conservador. Intervenciones que incluyen estiramientos de la fascia plantar y los músculos de la cadena posterior, fortalecimiento de la musculatura intrínseca del pie, trabajo de propiocepción y modificación de la carga funcional han demostrado mejoras significativas en función plantar y rango de dorsiflexión, especialmente cuando se integran con técnicas físicas (US, RSW/ESWT) en enfoques multimodales.²⁻³⁻⁴

Además, han surgido procedimientos mínimamente invasivos y técnicas avanzadas como la ablación por radiofrecuencia percutánea guiada por ecografía (UG-RFA) que, en comparaciones directas con f-ESWT, muestran una mejoría más rápida del dolor y mayor reducción del grosor fascial a corto plazo, aunque las diferencias tienden a atenuarse a los meses.⁶

Los informes de casos clínicos y series pequeñas aportan evidencia práctica

sobre protocolos integrales que combinan movilizaciones articulares (p. ej. Mulligan), técnicas manuales, ejercicio terapéutico, ultrasonido, kinesiotaping y educación al paciente, mostrando recuperaciones funcionales notables en semanas cuando el tratamiento está correctamente individualizado.³⁻⁴⁻⁵

Pese a la variedad de opciones terapéuticas y los resultados positivos reportados, existe heterogeneidad metodológica entre los estudios (parámetros de ESWT/US/HILT, dosificación, duración y criterios de valoración), diferencias en los desenlaces evaluados (dolor, grosor fascial por ecografía, Foot Function Index, rango de movimiento) y un número limitado de ensayos con seguimiento prolongado. Esta variabilidad dificulta establecer una jerarquía clara de eficacia y elaborar recomendaciones de práctica clínica estandarizadas.¹⁻⁸

Por todo ello, resulta necesario sintetizar de forma crítica la evidencia generada en los últimos años para determinar qué intervenciones fisioterapéuticas y combinaciones terapéuticas ofrecen los resultados más consistentes en la fascitis plantar, tanto en términos de alivio del dolor como de recuperación funcional y cambios morfológicos de la fascia. Esta revisión sistemática tiene como objetivo compilar y evaluar la evidencia aportada por los estudios incluidos para informar decisiones clínicas y proponer líneas de investigación futuras.

3 Objetivos

Objetivo principal: analizar la evidencia científica reciente sobre la eficacia de las diferentes intervenciones fisioterapéuticas en el tratamiento conservador de la fascitis plantar.

Objetivo principal: comparar la efectividad de las modalidades físicas frente a los programas de ejercicio terapéutico y rehabilitación funcional.

Objetivo secundario: identificar los tratamientos o combinaciones terapéuticas que muestran mejores resultados clínicos en la reducción del dolor, mejora funcional y cambios estructurales del tejido fascial.

4 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica reciente centrada en las intervenciones fisioterapéuticas aplicadas al tratamiento de la fascitis plantar, con el propósito de identificar la efectividad clínica de las diferentes modalidades terapéuticas empleadas en población adulta.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, ScienceDirect y Scopus, incluyendo artículos publicados entre 2021 y 2024. Se emplearon combinaciones de palabras clave y descriptores MeSH:

“plantar fasciitis”, “physical therapy”, “physiotherapy”, “shock wave therapy”, “ultrasound”, “laser therapy”, “radiofre-

quency ablation”, “exercise therapy”, “mobilization”, y “rehabilitation”.

Criterios de inclusión

1. Estudios publicados en revistas indexadas con texto completo disponible.
2. Población: pacientes adultos (≥ 18 años) diagnosticados clínicamente de fascitis plantar unilateral o bilateral.
3. Intervenciones: terapias fisioterapéuticas o de rehabilitación física (ejercicio terapéutico, terapia manual, ondas de choque, láser, ultrasonido, radiofrecuencia, movilización articular o combinaciones de estas).
4. Diseños: ensayos clínicos aleatorizados (ECA), estudios cuasiexperimentales, revisiones sistemáticas y estudios de caso con descripción detallada de protocolo terapéutico.
5. Resultados medidos mediante escalas clínicas validadas (VAS, FFI, FAOS, SF-36, grosor fascial ecográfico, rango articular).

Criterios de exclusión

- Estudios quirúrgicos, farmacológicos o que emplearan infiltraciones como tratamiento principal.
- Revisiones narrativas, editoriales u opiniones de expertos sin análisis sistemático.
- Estudios con población pediátrica o con diagnóstico concomitante de neuropatía periférica.
- Trabajos duplicados o con información incompleta.

5 Resultados

Se incluyeron un total de ocho estudios publicados entre 2021 y 2024, que analizaron diferentes modalidades fisioterapéuticas para el tratamiento de la fascitis plantar crónica. De ellos, tres fueron ensayos clínicos aleatorizados (ECA), una revisión sistemática, tres estudios de caso clínico, y un ensayo comparativo de técnicas avanzadas. En conjunto, las intervenciones fisioterapéuticas evaluadas fueron: ESWT, US, HILT, radiofrecuencia percutánea (RFA), movilización articular, ejercicio terapéutico y protocolos combinados multimodales.

1. ESWT.

Los estudios de Tognolo et al.¹ y Fouda et al.² demostraron una reducción significativa del dolor y mejora funcional tras el uso de ESWT.

Tognolo et al.¹ compararon la aplicación focal tradicional con una técnica basada en puntos miofasciales según el método Fascial Manipulation®, observando una mejoría más rápida y sostenida en el grupo tratado mediante el enfoque miofascial ($p < 0.05$).

Fouda et al.² mostraron que la combinación de ondas de choque radiales con ultrasonido y ejercicios fisioterapéuticos produjo los mayores beneficios en función del pie (64.7% de mejora en el Foot Function Index) y aumento del rango de dorsiflexión (47.3%) en comparación con terapias aisladas ($p < 0.001$).

2. US.

El ultrasonido, empleado tanto de forma aislada como combinada, mostró mejoras significativas en dolor y movilidad.

En el ensayo de Fouda et al.², el grupo tratado con US + ejercicios alcanzó mejoras relevantes en la función del pie, aunque inferiores al grupo combinado con ESWT.

Los casos clínicos de Boob et al.⁴⁻⁵ también incluyeron el US dentro de un protocolo multimodal, observando descensos del dolor del 50-60% y aumentos del rango articular del tobillo.

3. HILT.

Zare Bidoki et al.⁷ realizaron un ensayo clínico doble ciego que comparó HILT y ESWT en 38 pacientes, reportando una mayor eficacia del láser en la reducción del dolor (VAS) y en la mejora del índice de sensibilidad del talón y calidad de vida (SF-36) a los tres meses de seguimiento ($p < 0.05$). Ambos tratamientos fueron seguros y bien tolerados.

4. RFA.

Wang et al.⁶ compararon la radiofrecuencia percutánea guiada por ecografía (UG-RFA) con la f-ESWT, en 60 pacientes con fascitis plantar crónica. Ambos tratamientos redujeron el dolor y el grosor fascial ($p < 0.001$), aunque la UG-RFA mostró resultados superiores a corto plazo (3 meses) en la reducción del dolor y del grosor fascial (-1.2 mm vs -0.8 mm). A los 6 meses, las diferencias entre grupos ya

no fueron significativas.

5. Movilización articular y fisioterapia avanzada

Los estudios de caso de Boob et al.⁵ evaluaron el uso de movilizaciones articulares tipo Mulligan combinadas con fortalecimiento, propiocepción y crioterapia, mostrando una mejora funcional notable (reducción del dolor de 8/10 a 4/10 y aumento del FFI de 70% a 20%). El rango articular mejoró en todos los planos, con incrementos del 100% en dorsiflexión y plantiflexión.

6. Ejercicio terapéutico y rehabilitación integral

El caso clínico de Boob et al.⁴ evidenció que un protocolo integral de fisioterapia —que combinaba estiramientos, fortalecimiento, propiocepción, ultrasonido y kinesiotaping— logró una reducción del dolor del 57% y una mejora funcional del 67% en cuatro semanas.

La revisión sistemática de Boob et al.³ refuerza estos hallazgos, destacando que los programas que incluyen ejercicios excéntricos, estiramientos del tríceps sural y fortalecimiento de músculos intrínsecos del pie son los más efectivos cuando se integran en programas multimodales.

7. Terapias combinadas y resultados morfológicos

El estudio de Tognolo et al.¹ mostró mediante ecografía una reducción del grosor fascial en el grupo tratado con enfoque miofascial, mientras que Fouda et al.² confirmaron que la com-

binación de ESWT + US + ejercicios ofreció los mayores cambios en función plantar y movilidad.

Wang et al.⁶ documentaron una disminución ecográfica del grosor fascial significativa tras UG-RFA y f-ESWT, y Zare Bidoki et al.⁷ señalaron mejorías en parámetros clínicos y de calidad de vida con HILT y ESWT.

8. Seguridad y efectos adversos

Ninguno de los estudios reportó complicaciones graves. Los efectos secundarios más frecuentes fueron molestias locales transitorias, eritema leve o sensación de calor en la zona tratada, todos autolimitados.

6 Discusión-Conclusión

Discusión:

Los resultados obtenidos en esta revisión sistemática confirman que la fisioterapia constituye una intervención de primera elección en el tratamiento conservador de la fascitis plantar, siendo efectiva para reducir el dolor, mejorar la función y promover cambios estructurales favorables en la fascia plantar. Todos los estudios incluidos reportaron mejoras significativas, aunque con variaciones en la magnitud y rapidez de la respuesta terapéutica según la técnica aplicada.

Los tratamientos con ESWT, tanto focales como radiales, continúan mostrando resultados clínicos consistentes y sostenidos, en línea con la evidencia previa sobre su capacidad de

estimular la neovascularización y la regeneración tisular. En el estudio de Tognolo et al.¹, el tratamiento miofascial con ESWT generó una recuperación más rápida que la aplicación convencional en la inserción fascial, lo que sugiere que la intervención sobre los puntos de tensión miofascial podría tener un efecto global sobre la mecánica del miembro inferior.

Asimismo, el ensayo de Fouda et al.² demostró que la combinación de ESWT, ultrasonido terapéutico y ejercicios funcionales potencia los resultados clínicos, lo que refuerza la hipótesis de que los abordajes multimodales son superiores a las terapias únicas.

En cuanto a las modalidades físicas complementarias, la literatura reciente evidencia beneficios del ultrasonido terapéutico y del HILT. Este último, según Zare Bidoki et al.⁷, produjo una reducción del dolor más rápida y un mayor impacto en la calidad de vida que la ESWT en un seguimiento de tres meses. La posible explicación radica en el efecto bioestimulador profundo del láser, que incrementa la actividad mitocondrial y mejora la microcirculación local. No obstante, los resultados a largo plazo siguen siendo limitados y no demuestran superioridad definitiva sobre otras técnicas.

El uso de UG-RFA se presenta como una alternativa mínimamente invasiva con eficacia comparable o incluso superior en las primeras semanas de tratamiento. En el ensayo de Wang et

al.⁶, la RFA mostró una reducción más rápida del dolor y del grosor fascial que la ESWT, aunque las diferencias desaparecieron a los seis meses. Este patrón sugiere que la RFA podría ser útil en casos resistentes o en pacientes con limitaciones funcionales severas, pero su papel debe confirmarse mediante estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado.

Los protocolos de rehabilitación integral, como los descritos en los casos clínicos de Boob et al.⁴⁻⁵, muestran que la combinación de movilización articular, fortalecimiento, propiocepción, ultrasonido y kinesiotaping es altamente efectiva para restaurar la función en pocas semanas. La inclusión de movilizaciones tipo Mulligan favorece la restauración del rango articular del tobillo y del equilibrio dinámico, aspectos fundamentales en la biomecánica de la marcha. Estos hallazgos se alinean con la revisión sistemática de Boob et al.³, que destaca la importancia de abordar no solo el dolor, sino también los factores biomecánicos asociados, como la rigidez del tríceps sural, la debilidad de los músculos intrínsecos del pie y los patrones de sobrecarga funcional.

En conjunto, los estudios revisados apoyan el concepto de que la fascitis plantar debe considerarse una disfunción biomecánica crónica de origen multifactorial, más que una inflamación localizada. Por ello, las intervenciones que combinan tratamiento local con abordaje funcional global —

como el trabajo miofascial o el fortalecimiento de la cadena posterior— parecen generar efectos más duraderos y completos.¹⁻³

A nivel morfológico, varios estudios observaron una disminución ecográfica del grosor fascial posterior al tratamiento (Tognolo et al.¹; Wang et al.⁶), lo que podría reflejar un proceso de reparación tisular más eficiente. Sin embargo, la relación directa entre los cambios ecográficos y la percepción clínica del dolor no es lineal, lo que indica la necesidad de integrar medidas funcionales y subjetivas en la evaluación terapéutica.

Conclusiones:

Los hallazgos de esta revisión sugieren que el tratamiento fisioterapéutico de la fascitis plantar debe orientarse hacia un modelo activo, multimodal e individualizado, combinando técnicas físicas de probada eficacia (ESWT, HILT, US) con programas de ejercicio terapéutico, movilización y reeducación funcional.

El papel del fisioterapeuta es clave para ajustar la carga, supervisar la progresión y educar al paciente en estrategias de autocuidado que prevengan la recurrencia.

Además, la integración de herramientas diagnósticas como la ecografía musculoesquelética permite monitorizar la evolución estructural y ajustar la intervención de forma más precisa.

Limitaciones:

Las principales limitaciones de esta re-

visión derivan de la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos, con diferencias en los parámetros de aplicación (intensidad, frecuencia, duración), las escalas de evaluación y los tiempos de seguimiento. Algunos trabajos presentan tamaños muestrales reducidos o diseño de caso único,⁴⁻⁵ lo que limita la generalización de los resultados. Asimismo, pocos estudios analizan la persistencia de los efectos terapéuticos a largo plazo, aspecto fundamental en una patología de curso crónico y tendencia recidivante como la fascitis plantar.

7 Bibliografía

1. Tognolo L, Giordani F, Biz C, Bernini A, Ruggieri P, Stecco C, et al. Myofascial points treatment with focused extracorporeal shock wave therapy (f-ESWT) for plantar fasciitis: an open-label randomized clinical trial. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2022;58(1):85–93. doi:10.23736/S1973-9087.21.06814-3.
2. Fouda KZ, Ali ZA, Elshorbagy RT, Eladl HM. Effect of radial shock wave and ultrasound therapy combined with traditional physical therapy exercises on foot function and dorsiflexion range in plantar fasciitis: a prospective randomized clinical trial. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2023;27(10):3823–3832.
3. Boob MA, Phansopkar P, Somaiya KJ. Physiotherapeutic interventions for individuals suffering from plantar fasciitis: a systematic

- review. *Cureus*. 2023;15(5):e42740. doi:10.7759/cureus.42740.
4. Boob MA, Phansopkar P, Somaiya KJ. Comprehensive physiotherapy rehabilitation protocol of plantar fasciitis for a 45-year-old female: a case report. *Cureus*. 2024;16(1):e51585. doi:10.7759/cureus.51585.
5. Boob MA, Phansopkar P, Somaiya KJ. The therapeutic efficacy of ankle mobilization and advanced physiotherapy in alleviating heel spur and plantar fasciitis: a case report. *Cureus*. 2024;16(4):e57524. doi:10.7759/cureus.57524.
6. Wang L, Liu Z, Liu J, Xu Q, Zhang H, Li C, et al. Comparison of ultrasound-guided percutaneous radiofrequency ablation and focused extracorporeal shockwave therapy in the treatment of plantar fasciitis: a randomized controlled trial. *Front Med (Lausanne)*. 2023;14:1193835. doi:10.3389/fmed.2023.1193835.
7. Zare Bidoki M, Vafaei Nasab MR, Khatibi Aghda A. Comparison of high-intensity laser therapy with extracorporeal shock wave therapy in the treatment of patients with plantar fasciitis: a double-blind randomized clinical trial. *Iran J Med Sci*. 2024;49(3):147–155.
8. Alrashidi S, Alzahrani H, Aldawsari K, Alotaibi T, Almutairi R, Alshammari F, et al. Effect of combined focused shock wave and vibration therapy versus focused shock wave therapy alone in plantar fasciitis: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2023;55:jrm12405. doi:10.2340/jrm.v55.12405.

Artículo 23

PAPEL DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE ICTUS

NATALIA BRAVO FRAGUAS

MARTA OLIVAN VAL

MARÍA GARCÍA LORENTE

BEATRIZ BURGOS GARCIA

ALEJANDRO DOMINGO ALEGRE

ANGEL M^a MARTÍNEZ GONZÁLEZ

El ictus constituye una de las principales causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial. La atención especializada en unidades de ictus (stroke units) ha demostrado, en numerosos estudios, mejorar los resultados clínicos, reducir la mortalidad, el grado de discapacidad y favorecer una recuperación más rápida. Estas unidades combinan atención médica, neurológica, de rehabilitación y cuidados de enfermería especializada, lo que permite una intervención temprana, coordinación multidisciplinaria, monitorización constante y manejo de complicaciones. Dentro de este contexto, el rol de la enfermería es fundamental no solo en la fase aguda, sino también durante la rehabilitación, la transición al alta y los cuidados postagudos.

1 Palabras clave

daria del ictus.

Enfermería, unidades de ictus, cuidados de enfermería especializada, transición del cuidado, prevención secun-

2 Introducción

Las enfermeras de unidades de ictus realizan múltiples tareas críticas: detección temprana de síntomas neurológicos, monitorización continua de signos vitales y neurológicos, administración de tratamientos específicos (como trombólisis o intervenciones endovasculares), protección de la vía aérea, prevención de complicaciones como neumonía aspirativa, úlceras por presión o tromboembolismo, cuidados de la alimentación, asistencia en la movilización temprana, apoyo emocional al paciente y familia, y educación para la prevención secundaria. Además, el entrenamiento específico en cuidados de ictus, protocolos de actuación, bundles de cuidados y la mejora continua del personal de enfermería se perfilan como elementos que pueden potenciar los efectos positivos de estas unidades.

A pesar de ello, hay barreras: cargas de trabajo elevadas, falta de formación específica estandarizada, escasez de consenso sobre cuáles son las intervenciones de enfermería más eficaces, diferencias en recursos entre centros, variabilidad en la integración de enfermería en equipos multidisciplinares, y lagunas en la evidencia respecto a los efectos de intervenciones de enfermería en los periodos de transición y rehabilitación.

Esta revisión tiene como objetivo sintetizar la evidencia reciente acerca del

papel de enfermería en unidades de ictus, describir las intervenciones de enfermería que se han evaluado en distintas fases del ictus (aguda, rehabilitadora, transición al alta), sus efectos sobre resultados clínicos y de calidad de vida, identificar obstáculos y facilitadores, y plantear recomendaciones para optimizar la práctica de enfermería en este ámbito.

3 Objetivos

- Describir las funciones e intervenciones específicas de enfermería en unidades de ictus durante las fases aguda, de rehabilitación y de transición al alta.
- Analizar el efecto de dichas intervenciones de enfermería sobre resultados clínicos: mortalidad, discapacidad, tiempo de tratamiento agudo, complicaciones.
- Evaluar el impacto de la atención de enfermería en la calidad de vida de los pacientes con ictus y de sus cuidadores.
- Identificar los principales obstáculos y facilitadores para una atención de enfermería óptima en unidades de ictus, incluyendo formación, recursos, coordinación interdisciplinaria y protocolos.
- Proponer recomendaciones basadas en la evidencia para mejorar la práctica de enfermería en unidades de ictus.

4 Metodología

Se realizó una revisión integradora narrativa de la literatura científica, enfocada en estudios empíricos, revisiones sistemáticas, metanálisis y artículos de revisión recientes (hasta principios de 2025).

Consultando las bases de datos PubMed/MEDLINE, Embase, CINAHL, Web of Science y Scopus. Se usaron palabras clave en español e inglés: “stroke unit nursing”, “nursing in stroke care”, “stroke nurse-led interventions”, “acute stroke nursing care”, “transition of care stroke nursing”, “secondary prevention nursing stroke”, entre otras. Se combinaron términos MeSH cuando disponibles. También se revisaron las referencias de artículos seleccionados para identificar fuentes adicionales relevantes.

Fue criterio de inclusión los estudios que describieran intervenciones de enfermería en unidades de ictus, fases agudas, rehabilitadoras o de transición; estudios que reportaran resultados clínicos, funcionales o de calidad de vida; revisiones sistemáticas; estudios en pacientes adultos.

Así mismo fue criterio de exclusión los estudios centrados exclusivamente en roles médicos o terapéuticos sin componente de enfermería; estudios con población pediátrica; artículos que no presentaran datos empíricos; informes de consenso sin evidencia empírica; literatura gris no revisada por pares salvo

que aportara datos substanciales publicados.

De cada estudio se extrajeron datos sobre: tipo de unidad de ictus (aguda / rehabilitación), tamaño de muestra, país / contexto sanitario, descripción de la intervención de enfermería, fase del ictus, duración de seguimiento, principales resultados (mortalidad, discapacidad, movilidad, complicaciones, readmisiones, calidad de vida), variables de contexto (formación del personal, carga de trabajo, recursos, protocolos). Se evaluó la calidad metodológica de los estudios usando herramientas como la escala de riesgo de sesgo correspondiente (por ejemplo, para ensayos clínicos y RCTs, herramienta de Cochrane; para estudios observacionales, STROBE; para revisiones sistemáticas, PRISMA, etc.).

La síntesis narrativa se estructuró por fases principales del ictus: manejo agudo, rehabilitación hospitalaria, transición al alta y prevención secundaria. Dentro de cada fase, se identificaron intervenciones de enfermería específicas, su eficacia, barreras/facilitadores, y se compararon entre contextos geográficos y de recursos.

5 Resultados

A continuación se presentan los hallazgos relevantes organizados según las fases del cuidado del ictus:

Durante la fase aguda, estudios recientes muestran que la incorporación

de enfermeras especializadas o “stroke nurses” en unidades de ictus reduce los tiempos críticos de tratamiento. En una revisión y metanálisis, la intervención liderada por enfermería en el manejo agudo se asoció con una disminución significativa del door-to-needle time (tiempo desde la llegada al hospital hasta la administración de trombólisis) (diferencia media estándar $\approx -19,7$ minutos) y con mejores resultados funcionales al cabo de 3 meses, así como reducción de la mortalidad. Además, en el artículo “Management of acute stroke. Specific nursing care and treatments in the stroke unit” se señalan recomendaciones de cuidados específicos de enfermería: evaluación neurológica frecuente, cuidados de hemodinámica, mantenimiento de la vía aérea, prevención de complicaciones pulmonares, manejo de disfagia, movilización precoz si el paciente lo permite.

En la fase de rehabilitación, las revisiones identifican que las enfermeras contribuyen significativamente a promover la independencia en actividades de la vida diaria (AVD), mantener la integridad física y prevenir daño, además de apoyar la movilización, entrenamiento funcional y supervisión del progreso del paciente. Sin embargo, se observa que el papel rehabilitador es terapéuticamente menos específico que el de los terapeutas; a veces las enfermeras priorizan atención física básica y monitorización por encima de intervenciones de rehabilitación estructuradas.

La planificación del alta conducida por enfermería, ha mostrado ser efectiva en mejorar la independencia para autocuidados, movilidad, calidad de vida, y reducir readmisiones si se acompaña de empoderamiento familiar, visitas domiciliarias y entrenamiento en actividades de la vida diaria. Intervenciones lideradas por enfermería en la prevención secundaria —control de factores de riesgo como hipertensión, educación sobre estilo de vida, adherencia terapéutica— han mostrado efectos modestos pero significativos en la reducción de presión arterial sistólica y diastólica entre pacientes con ictus o ataque isquémico transitorio. Además, los programas de transición post-alta liderados por enfermería han demostrado mejorar la calidad de vida aunque no necesariamente reducir la mortalidad o readmisiones a un año.

6 Discusión-Conclusión

La evidencia disponible respalda que el papel de enfermería en unidades de ictus es multifacético, esencial, y que intervenciones bien diseñadas y lideradas por enfermeras tienen un impacto positivo en múltiples resultados, tanto clínicos como funcionales y de calidad de vida. En la fase aguda, enfermeras especializadas contribuyen de forma determinante a reducir los tiempos de tratamiento (como trombólisis), y por ende mejorar la probabilidad de recuperación funcional favorable y reducir

mortalidad. En la fase rehabilitadora, si bien la enfermería participa ampliamente en los cuidados básicos, movilización y apoyo a las AV D, existe una oportunidad para ampliar su contribución en intervenciones de rehabilitación más estructuradas, trabajando de forma más integrada con terapeutas físicos, ocupacionales y del habla.

No obstante, hay desafíos persistentes: la necesidad de estandarizar la formación especializada en cuidados de ictus, delimitar de forma clara cuáles intervenciones de enfermería tienen mayor evidencia, abordar la carga del trabajo y los recursos limitados, mejorar la coordinación interdisciplinaria, y asegurar que la práctica de enfermería pueda ser sostenible en diferentes entornos.

Para la práctica clínica, se recomienda: promover unidades de ictus dedicadas cuando sea factible; implementar bundles de cuidados y protocolos de enfermería específicos; asegurar formación continua especializada para enfermeras; integrar roles de liaison o coordinador de enfermería para facilitar transición del cuidado; involucrar al paciente y familia desde los primeros momentos en educación para autocuidado y prevención secundaria.

Para la investigación futura: realizar estudios controlados que evalúen intervenciones específicas de enfermería en rehabilitación hospitalaria estructurada; estudios longitudinales con seguimiento más allá del año para medir mortalidad, discapacidad a largo

plazo, calidad de vida; evaluar costes-beneficio de modelos con mayor participación de enfermería; explorar cómo adaptar intervenciones en entornos con recursos limitados o servicios integrados de neurología general.

7 Bibliografía

1. The impact of education/training on nurses caring for patients with stroke: a scoping review. BMC Nursing. 2024;23:90. BioMed Central
2. Indrawati L, Fitryasari R, & Ahsan A. Effectiveness of Nursing Discharge Planning Interventions for Stroke Patient: A Systematic Review. STRADA: Jurnal Ilmiah Kesehatan. 2021;10(1):1066-72. sjik.org
3. Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and meta-ethnography. Journal. 2013; (Autores múltiples). PubMed
4. Clinical staff's perceptions of transitional care from hospital to home for stroke patients: qualitative study. BMC Nursing. 2025;24:268. BioMed Central
5. Effects of evidence-based nursing in patients with stroke: a systematic review and meta-analysis. Nurse Education in Practice. 2024;76:103921. ScienceDirect
6. Management of acute stroke. Specific nursing care and treatments in the stroke unit. Neurología (English Edition). 2023;38(6):419-426. www.elsevier.com+1
7. The Role and Contributions of Nurses

in Stroke Rehabilitation Units: An Integrative Review. *West J Nurs Res*. 2023;45(8):764-776. PMC

8. The Effectiveness of Nurse-Led Transition Care on Post-Discharge Outcomes of Adult Stroke Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nursing Open*. 2025;12(3):e70140. PMC

9. Effects of interventions involving nurses in secondary stroke prevention: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. (Año) Volumen. Páginas. PubMed+1

10. Acute Stroke Units Nested within Broader Neurology: Care Bundles for Nursing to Enhance Competence and Interdisciplinary Coordination. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2025;25(1):21. SpringerLink+1

Artículo 24

DESAFÍOS ÉTICOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EXPERIMENTADOS POR ENFERMERAS DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS

PAULA ALBA LAHUERTA SERRANO

MARÍA DEL MAR GALINDO ALBA

ISABEL MARÍN JULIÁN

LUCIA ROMÁN CUARTERO

JESUS JAVIER DUEÑAS MIGUEL

PATRICIA VELILLA GAJARDO

Las enfermeras de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) se enfrentan diariamente a una compleja red de desafíos éticos derivados de la vulnerabilidad de sus jóvenes pacientes y la naturaleza de las decisiones de fin de vida. Este artículo explora los dilemas morales más comunes que estas profesionales experimentan, incluyendo el consentimiento informado en menores, la asignación de recursos limitados, el mantenimiento o retirada de soporte vital, y la comunicación de malas noticias a

las familias. Además, se analizan las estrategias de afrontamiento que las enfermeras emplean para gestionar el estrés moral y el agotamiento profesional asociados a estos desafíos. Se discute la importancia del apoyo institucional, la educación ética continua, el desarrollo de habilidades de comunicación y la promoción de la resiliencia personal. Comprender y abordar estos desafíos es fundamental para asegurar una atención de calidad y proteger el bienestar de las enfermeras en un entorno tan exigente.

1 Palabras clave

Enfermería Pediátrica; Cuidados Intensivos; Ética; Estrés Moral; Agotamiento Profesional

2 Introducción

La UCIP es un entorno clínico de máxima complejidad donde la vida de pacientes críticamente enfermos se sostiene mediante tecnología avanzada y cuidados altamente especializados. En este escenario, la figura de la enfermera es esencial y se convierte en el punto de encuentro entre la tecnología, la vulnerabilidad del niño y las necesidades emocionales y de información de la familia. Esta posición privilegiada, de contacto continuo y profundo con el paciente y sus seres queridos, sitúa a la enfermera en la primera línea de los desafíos y dilemas éticos.

La particularidad de la población pediátrica intensiva, caracterizada por la falta de autonomía decisoria de los pacientes, traslada la responsabilidad de las decisiones críticas a los padres o tutores legales y al equipo de salud. Este marco triangular (paciente vulnerable, padres emocionalmente afectados

y equipo con conocimiento técnico) es el caldo de cultivo para la emergencia de conflictos morales. La enfermera, como defensora del niño, suele percibir y experimentar el conflicto ético de manera más intensa debido a su proximidad constante a la cabecera.

Los desafíos éticos más prominentes en la UCIP giran en torno al final de la vida y a la proporcionalidad terapéutica. Decisiones como la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), la retirada de soporte vital o la reanimación cardiopulmonar (RCP) en casos de futilidad clínica, obligan a la enfermera a confrontar los principios de Beneficencia (actuar en el mejor interés del paciente) y No Maleficencia (evitar el daño). A menudo, la percepción del "mejor interés" puede variar significativamente entre los padres, los médicos y la propia enfermera, generando una intensa carga de distrés moral.

El distrés moral se define como el malestar psicológico que siente el profesional al saber cuál es la acción éticamente correcta a seguir, pero encontrarse limitado por barreras institucionales o interpersonales para ejecutarla. En la UCIP, este distrés es recurrente debido a la tensión entre el de-

ber de prolongar la vida y la obligación de evitar el sufrimiento innecesario. La exposición crónica a este malestar no solo afecta la salud mental y la satisfacción laboral de las enfermeras, sino que también compromete la calidad humanizada de los cuidados que son esenciales en la atención crítica pediátrica. Dada la centralidad de estos dilemas y su impacto en el bienestar profesional, es fundamental investigar y comprender las estrategias de afrontamiento que las enfermeras de UCIP implementan para gestionar el distrés moral y mantener su compromiso ético. La identificación de mecanismos de afrontamiento efectivos puede guiar el desarrollo de intervenciones de apoyo institucional que fortalezcan la resiliencia y promuevan una cultura de deliberación ética y cuidado compasivo. Este artículo se propone a explorar precisamente esta compleja intersección entre los dilemas, la experiencia de la enfermera y las estrategias utilizadas para navegar la difícil ética de la UCIP.

3 Objetivos

- Describir los principales dilemas éticos, como la Limitación del Esfuerzo Terapéutico y el conflicto de autonomía, que enfrentan las enfermeras en la atención de pacientes críticamente enfermos en la UCIP.
- Evaluar el impacto de la exposición a desafíos éticos recurrentes en el de-

sarrollo de distrés moral y el bienestar emocional del personal de enfermería de cuidados intensivos pediátricos.

- Identificar y analizar las estrategias de afrontamiento cognitivas, emocionales e institucionales utilizadas por las enfermeras de UCIP para manejar la carga moral y el estrés derivado de los dilemas éticos.
- Proponer medidas de apoyo organizacional y educativo basadas en la evidencia que fortalezcan la competencia ética y reduzcan el distrés moral en el equipo de enfermería de la UCIP.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática para identificar la literatura científica relevante que aborda los desafíos éticos y las estrategias de afrontamiento experimentadas por el personal de enfermería en UCIP.

La búsqueda se realizó en las bases de datos biomédicas y de ciencias sociales PubMed, Scielo, Dialnet y CINAHL. Los términos clave utilizados en diferentes combinaciones fueron: "Dilemas éticos", "Enfermería", "UCI Pediátrica", "Distrés moral", "Afrontamiento", "Limitación del esfuerzo terapéutico" y "Bioética". Se aplicaron operadores booleanos (AND, OR) para refinar las ecuaciones de búsqueda.

Se establecieron como criterios de inclusión: (a) Artículos publicados en español e inglés en los últimos quince años (2010-2025); (b) Estudios primar-

ios (cualitativos, cuantitativos o mixtos) y revisiones que documentaran la experiencia ética o las estrategias de afrontamiento de enfermeras en el contexto específico de la UCIP; (c) Publicaciones con texto completo accesible. Se excluyeron los estudios centrados exclusivamente en UCI de adultos o neonatales, las opiniones de expertos no respaldadas por investigación empírica y las tesis no publicadas en formato de artículo.

Los artículos seleccionados fueron sometidos a un análisis crítico, centrándose en la metodología, los principales dilemas éticos reportados, las barreras institucionales que generaban distrés moral y los mecanismos de afrontamiento descritos. Esta metodología rigurosa permitió sintetizar la evidencia más pertinente para cumplir con los objetivos propuestos y formular conclusiones sólidas sobre la realidad ética de la enfermería de cuidados intensivos pediátricos.

5 Resultados

Los resultados de la revisión bibliográfica revelan que los desafíos éticos experimentados por las enfermeras de UCIP son intensos, frecuentes y se relacionan directamente con la vulnerabilidad de los pacientes y la naturaleza de las decisiones de soporte vital. Estos desafíos son la principal causa de distrés moral en el personal.

El dilema ético más destacado es la LET

o el retiro de medidas de soporte vital. La enfermera se encuentra en una posición de conflicto entre su deber profesional de abogar por la vida del paciente (principio de Beneficencia) y la necesidad de evitar la prolongación inútil del sufrimiento (principio de No Maleficencia). Las barreras que generan distrés moral en este contexto incluyen: (1) Desacuerdo entre los padres y el equipo médico sobre el pronóstico o la decisión de LET, forzando a la enfermera a realizar cuidados que percibe como fútiles. (2) Falta de claridad o comunicación ambigua dentro del equipo, lo que dificulta el alineamiento ético y emocional. (3) Incomodidad o falta de formación del personal para iniciar o retirar medidas de soporte, especialmente en niños. El distrés moral se exagera cuando las enfermeras perciben que sus opiniones o conocimientos son ignorados en el proceso de toma de decisiones éticas, sintiendo que no pueden actuar como defensoras del paciente.

Otro desafío recurrente es el conflicto de autonomía y la defensa del paciente. Debido a que el paciente pediátrico no puede ejercer plenamente su autonomía, la enfermera asume el rol de abogada del niño, confrontando a veces los deseos de los padres o las decisiones del equipo médico cuando percibe que estos no se alinean con el mejor interés del niño. Este rol conlleva una carga emocional significativa y un riesgo de conflicto interpersonal.

La falta de protocolos claros para la participación de la enfermería en las discusiones éticas o la jerarquía rígida en el equipo son barreras institucionales que incrementan el malestar profesional y obstaculizan una deliberación ética efectiva. El dilema se vuelve especialmente agudo en la atención del dolor y la sedación, donde la enfermera debe equilibrar el alivio del sufrimiento con los efectos secundarios de los fármacos.

Frente a esta exposición crónica al distrés moral, las estrategias de afrontamiento reportadas por las enfermeras se pueden clasificar en:

Estrategias Basadas en el Apoyo Social y Colegiado: La conversación y el apoyo entre colegas (compañerismo) es la estrategia de afrontamiento más citada y eficaz. Compartir la carga emocional con otros profesionales que han vivido experiencias similares ayuda a normalizar la situación y a obtener validación. También es crucial la búsqueda de apoyo en el liderazgo de enfermería (supervisores o jefes de unidad) que facilite el diálogo y la resolución de conflictos.

Estrategias Cognitivas y Emocionales Individuales: Las enfermeras recurren a la disociación emocional (separar las emociones personales de las acciones profesionales), el foco en lo técnico (concentrarse en la tarea procedimental para gestionar la emoción) y, en el largo plazo, el desarrollo de la resiliencia y el crecimiento postraumático. Sin embargo, estas estrategias individuales

son insuficientes si no existe un soporte institucional.

Estrategias Institucionales: La participación en Comités de Ética Clínica se reconoce como un mecanismo formal de afrontamiento que proporciona un espacio seguro para la deliberación y el soporte en la toma de decisiones difíciles. La formación continua en ética y bioética es vista como una herramienta fundamental que equipa a las enfermeras con el lenguaje y los marcos conceptuales necesarios para articular y defender sus preocupaciones morales. La existencia de protocolos claros para la LET también reduce significativamente el distrés, al estandarizar el proceso y validar la decisión.

En resumen, si bien las enfermeras de UCIP han desarrollado mecanismos de afrontamiento individuales y de grupo, la alta frecuencia de desafíos éticos en la UCI requiere una respuesta institucional más sólida. Las barreras organizacionales (como la rigidez jerárquica y la falta de espacios de diálogo) son las principales generadoras de distrés moral, lo que subraya la necesidad de implementar estrategias de soporte formalizado para proteger el bienestar del profesional y, consecuentemente, la ética y calidad de la atención al paciente pediátrico crítico.

6 Discusión-Conclusión

La enfermería en las UCIP opera en una encrucijada ética constante, siendo el

distrés moral una consecuencia profesional directa de la alta exposición a dilemas irresolubles o mal gestionados. Los desafíos éticos predominantes están intrínsecamente ligados a la futilidad terapéutica y el final de la vida. La LET, con sus implicaciones de muerte en un paciente vulnerable, constituye el principal foco de conflicto moral, especialmente cuando las decisiones parentales o médicas contravienen la percepción de la enfermera sobre el mejor interés del niño.

El conflicto de autonomía, exacerbado por la incapacidad decisoria del paciente pediátrico, impone a la enfermera un rol de abogada del paciente que genera tensión. La falta de reconocimiento o de cauces formales para que la voz de la enfermera se integre en la deliberación ética se identifica como la principal barrera institucional que perpetúa el distrés moral.

Las estrategias de afrontamiento más efectivas son aquellas que implican el apoyo social y colegiado. El uso de grupos de apoyo informales y la búsqueda de validación y consejo en otros compañeros son fundamentales, demostrando que el manejo de la carga moral es, ante todo, un proceso de equipo.

Las intervenciones deben enfocarse en la protección del bienestar profesional como un imperativo ético. La mera dependencia de la resiliencia individual es insuficiente e insostenible a largo plazo. Es imprescindible la insti-

tucionalización de la ética a través de: La formación sistemática en bioética y toma de decisiones para toda la plantilla, dotando a las enfermeras de las herramientas conceptuales para articular sus preocupaciones.

El fomento de un liderazgo de enfermería proactivo que abogue por la justicia en el proceso de toma de decisiones y que cree espacios seguros de debriefing ético.

La promoción del uso consultivo y preventivo de los Comités de Ética Clínica, garantizando la participación equitativa de la enfermería en estos órganos.

Finalmente, para mitigar el impacto negativo del distrés moral y asegurar una atención pediátrica intensiva de la más alta calidad y humanización, es vital que las instituciones reconozcan la competencia ética de la enfermería de UCIP. El soporte organizacional a las enfermeras en su papel de gestoras del cuidado moral es una inversión directa en la seguridad del paciente y en la sostenibilidad de los cuidados críticos pediátricos.

7 Bibliografía

1. Beca JP. Problemas éticos en unidades de cuidado intensivo pediátrico. *Rev Méd Chile*. 2006;134(3):360-366.
2. Lázaro JL, Gracia D. La deliberación moral y el diálogo como estrategia de afrontamiento en los conflictos éti-

- cos de la enfermería. *Enferm Clin.* 2017;27(1):60-66.
3. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care.* 2005;14(6):523-30.
 4. Al-Mugheed K, Al-Enezi N, Al-Mutairi F, Al-Shammar Y. Ethical dilemmas and coping strategies among nurses in pediatric intensive care units: A cross-sectional study. *J Pediatr Nurs.* 2021;60:24-29.
 5. Zúñiga C, Vargas ME, Palma E. Distrés moral en enfermeras de unidades de cuidados intensivos pediátricos y neonatales: una revisión sistemática. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27:e3204.
 6. Hinderer KA, Dierke K, Smith A. Ethical issues for pediatric intensive care nurses. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2014;26(2):221-31.
 7. Corvetto M, Fuentes E, Pedemonte J, Pineda R, Sánchez J. Retiro y limitación de las terapias de soporte vital en pediatría: una revisión de los aspectos éticos y clínicos. *Rev Chil Pediatr.* 2016;87(1):13-20.
 8. Hanna JR, Strout KA, Lulham KL. Moral distress in pediatric critical care: exploring nurses' experiences and support needs. *J Pediatr Nurs.* 2023;68:8-14.
 9. Burston SA, Winch S. Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature. *BMC Med Ethics.* 2019;20(1):10.
 10. O'Connell CB, Al-Oraibi A. The role of the nurse in end-of-life decision-making in the pediatric intensive care unit: An integrative review. *Nurs Crit Care.* 2020;25(5):331-341.

Artículo 25

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS: IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ENTORNOS DE ALTA PRESIÓN

LUCIA ROMÁN CUARTERO

JESUS JAVIER DUEÑAS MIGUEL

PATRICIA VELILLA GAJARDO

PAULA ALBA LAHUERTA SERRANO

MARÍA DEL MAR GALINDO ALBA

ISABEL MARÍN JULIÁN

Introducción: El servicio de urgencias, debido a su naturaleza caótica y de alta presión, es un entorno propenso a errores de medicación. El personal de enfermería, como principal administrador de fármacos, desempeña un papel crucial en la prevención de estos incidentes. Objetivos: El presente artículo tiene como objetivo principal identificar los factores de riesgo que predisponen a errores de medicación en urgencias y proponer estrategias y medidas de prevención que la enfermería puede implementar para mejorar la seguridad del paciente. Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, CINAHL y Scielo, analizando estudios sobre errores de medicación en servicios de urgencias,

guías de seguridad del paciente y protocolos de actuación de enfermería. Resultados: Se ha constatado que la sobrecarga de trabajo, las interrupciones y la falta de estandarización en los procedimientos son los principales factores de riesgo. La implementación de la doble verificación, el uso de tecnologías de dispensación y la formación continua son estrategias clave. Conclusión: Se concluye que una cultura de seguridad no punitiva, combinada con la estandarización de procesos y el uso de la tecnología, es esencial para reducir la incidencia de errores de medicación, garantizando una atención más segura y de mayor calidad.

1 Palabras clave

Errores de medicación; seguridad del paciente; enfermería de urgencias; prevención de errores; cultura de seguridad; farmacología

2 Introducción

La seguridad del paciente es una prioridad ineludible en cualquier entorno sanitario, pero adquiere una importancia crítica en el servicio de urgencias. Este departamento, caracterizado por su ritmo acelerado, el manejo de múltiples pacientes al mismo tiempo, la toma de decisiones rápidas y la constante rotación de personal, es un caldo de cultivo para la aparición de errores de medicación. Estos errores, definidos como cualquier incidente evitable que puede causar un daño al paciente durante el proceso de medicación (prescripción, dispensación, preparación o administración), representan un riesgo significativo para la salud y el bienestar de los pacientes.

El personal de enfermería de urgencias es el último eslabón en la cadena de medicación y, por tanto, su papel es

vital en la detección y prevención de estos errores. En un entorno de alta presión, donde las interrupciones son constantes y el conocimiento de los pacientes es limitado, la enfermera debe combinar la precisión técnica con un pensamiento crítico agudo para evitar fallos. Las causas de los errores de medicación son multifactoriales y complejas, incluyendo factores humanos (fatiga, falta de concentración), factores organizacionales (falta de personal, protocolos inadecuados) y factores tecnológicos (problemas con los sistemas de información).

El presente artículo tiene como objetivo principal analizar en profundidad los factores de riesgo específicos que contribuyen a los errores de medicación en el servicio de urgencias y, lo que es más importante, proponer estrategias de prevención efectivas que la enfermería puede liderar. Se explorarán desde medidas tan sencillas como el uso de las "cinco correctas" (paciente, medicamento, dosis, vía y hora correctas) hasta la implementación de tecnologías avanzadas. Se destacará la importancia de fomentar una cultura de seguridad no punitiva, donde los er-

rores se vean como oportunidades de aprendizaje y mejora del sistema, en lugar de ser motivo de sanción. El objetivo final es proporcionar a la enfermería herramientas y conocimientos para convertirse en un agente activo en la mejora de la seguridad del paciente, garantizando una atención de mayor calidad y confiabilidad.

3 Objetivos

- Identificar los principales factores de riesgo que contribuyen a los errores de medicación en el servicio de urgencias.
- Describir estrategias y protocolos de enfermería para la prevención de errores de medicación.
- Analizar el papel de la tecnología y la cultura de seguridad en la reducción de la incidencia de estos errores.

4 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha realizado una revisión bibliográfica de carácter sistemático en bases de datos científicas como PubMed, CINAHL, Scielo y la Biblioteca Cochrane. Se han utilizado palabras clave como "errores de medicación", "enfermería de urgencias", "seguridad del paciente", "prevención de errores", "factores de riesgo" y "alta presión". La búsqueda se ha centrado en guías de práctica clínica, protocolos de seguridad de sociedades científicas

y artículos de investigación de los últimos 15 años que abordan la temática desde una perspectiva de mejora continua de la calidad asistencial.

5 Resultados

La revisión de la literatura ha permitido identificar los factores de riesgo más comunes y las estrategias de prevención más efectivas para reducir los errores de medicación en urgencias:

- Factores de Riesgo: los estudios demuestran que la sobrecarga de trabajo, la fatiga del personal, las interrupciones constantes durante la preparación de la medicación y la falta de estandarización en los procedimientos son los principales factores que predisponen a cometer errores. El uso de nombres de medicamentos similares (sound-alike/look-alike) o la caligrafía ilegible también son causas comunes.
- Estrategias de Prevención de Enfermería: las "cinco correctas" y la doble verificación: La enfermera debe adherirse estrictamente a la regla de las cinco correctas (paciente, medicamento, dosis, vía y hora) y, siempre que sea posible, realizar una doble verificación independiente con otro profesional, especialmente en la administración de fármacos de alto riesgo como la insulina o la heparina.
- Entornos de no interrupción: la enfermería puede promover la creación de zonas de no interrupción en las áreas de preparación de la medicación, uti-

lizando señalización visual para minimizar las distracciones.

- Formación continua: la actualización constante de los conocimientos farmacológicos, el uso de nuevas tecnologías y la familiarización con los protocolos de seguridad son esenciales para prevenir errores.

- Tecnología y Cultura de Seguridad: la evidencia subraya que el uso de tecnologías como la lectura de códigos de barras en los medicamentos y las pulseras de los pacientes reduce drásticamente los errores. Los sistemas de prescripción electrónica asistida también evitan la ilegibilidad y ofrecen alertas de dosis incorrectas o alergias. Además, la promoción de una cultura de seguridad que fomente el reporte de errores sin miedo a la sanción es fundamental para identificar las causas sistémicas y implementar mejoras.

6 Discusión-Conclusión

El servicio de urgencias es un entorno de alto riesgo para los errores de medicación, y el personal de enfermería es un agente clave en su prevención.

La sobrecarga asistencial y las interrupciones son los principales factores de riesgo que deben ser abordados con estrategias de prevención específicas.

La adherencia estricta a protocolos como las "cinco correctas", la doble verificación y el uso de tecnologías como la lectura de códigos de barras son medidas altamente efectivas.

La cultura de seguridad no punitiva es un pilar indispensable para la mejora continua. Se debe fomentar el reporte de errores para aprender de ellos y fortalecer el sistema, en lugar de buscar culpables.

7 Bibliografía

1. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP). Guías de Práctica para la Prevención de Errores de Medicación. Madrid: ISMP-España; 2021.
2. Organización Mundial de la Salud. La seguridad del paciente: un reto mundial. Ginebra: OMS; 2017.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Elsevier; 2018.
3. García-Sanz C, et al. Errores de medicación en urgencias: análisis y propuestas de mejora. Rev Enferm. 2020; 19(4): 215-222.
4. Benito B, et al. Manual de Procedimientos de Urgencias y Emergencias para Enfermería. 2ª ed. Elsevier; 2021.
5. Sánchez-Pérez F, et al. Impacto de las interrupciones en la seguridad de la medicación en urgencias. J Emerg Nurs. 2018; 44(2): 159-165.
6. Arribas M. Habilidades de comunicación en enfermería para la seguridad del paciente. 2ª ed. Elsevier; 2021.

Artículo 26

LA IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN CONTINUA EN LA MEJORA DE LA EFICIENCIA ADMINISTRATIVA

SILVIA BLANC OMEDES

ANA BASILISA ROCHE BORGE

ROMAN LOBERA MOLINA

ELENA VAL CALVO

GABRIELA BOUR

SUSANA ATRIÁN CASANOVA

La eficiencia administrativa es un pilar fundamental para el buen funcionamiento de cualquier organización, especialmente en entornos complejos como el sanitario, educativo y empresarial. La formación continua del personal administrativo contribuye a optimizar los procesos internos, reducir errores, mejorar la calidad del servicio y aumentar la satisfacción de los usuarios. Este artículo analiza el impacto de la formación continua en la eficiencia administrativa, identifica estrategias efectivas para su implementación y resalta su relación con la productividad organizacional. Se enfatiza la necesidad de un enfoque integral que combine desarrollo de competencias, actualización tecnológica y evaluación del desempeño.

1 Palabras clave

Formación continua, eficiencia administrativa, productividad, competen-

cias laborales, desarrollo profesional, gestión organizacional, mejora de procesos.

2 Introducción

En la actualidad, la eficiencia administrativa se ha consolidado como un factor estratégico esencial para la sostenibilidad y competitividad de las organizaciones, especialmente en el ámbito sanitario y de los servicios públicos. La creciente complejidad de los procesos internos, la presión por la optimización de recursos, la necesidad de responder a normativas cada vez más exigentes y la demanda social de servicios de alta calidad exigen estructuras organizativas dinámicas, capaces de adaptarse con rapidez y eficacia a los cambios del entorno. En este contexto, la eficiencia no depende únicamente de la inversión en tecnología o de la disponibilidad de recursos materiales, sino que se fundamenta, de manera decisiva, en las competencias, habilidades y actitudes del personal administrativo.

La formación continua se erige, por tanto, como una herramienta estratégica de primer orden para el fortalecimiento institucional. A través de programas formativos sistemáticos y actualizados, las organizaciones pueden asegurar que su personal administrativo mantenga y amplíe sus conocimientos técnicos, se adapte a nuevas normativas y tecnologías, y desarrolle habilidades que permitan optimizar la gestión de procesos, mejorar la comunicación interna y garantizar la coherencia con los objetivos corporativos. Además, la capacitación per-

manente promueve la autonomía profesional, la capacidad de resolución de problemas y la innovación, elementos esenciales en entornos organizativos en constante evolución.

Desde una perspectiva de gestión del talento, la formación continua también cumple una función motivadora y de retención del capital humano. Al ofrecer oportunidades de desarrollo profesional y crecimiento personal, las instituciones no solo incrementan el compromiso y la satisfacción laboral del personal, sino que también fortalecen la identidad organizacional y la cultura del aprendizaje compartido. Este enfoque contribuye a la creación de equipos más cohesionados y orientados a resultados, capaces de responder con flexibilidad ante los desafíos operativos y normativos.

Diversos estudios y experiencias institucionales evidencian que la inversión sostenida en formación continua produce impactos tangibles en la eficiencia organizativa: reducción de errores administrativos, mayor rapidez y precisión en la tramitación de procedimientos, mejora de la atención al usuario y aumento de la satisfacción de los empleados. No obstante, para que estos beneficios se materialicen, la implementación de los programas formativos debe realizarse con planificación estratégica, evaluación constante y alineación con los objetivos institucionales. La formación no puede concebirse como una acción puntual o

reactiva, sino como un proceso estructurado, medible y orientado a resultados, enmarcado dentro de una política integral de calidad y mejora continua. En síntesis, la formación continua constituye un elemento indispensable para el desarrollo organizacional y la eficiencia administrativa. Representa una inversión estratégica que impacta directamente en la productividad, la calidad del servicio y la sostenibilidad institucional, situando al factor humano en el centro de la transformación organizativa y de la excelencia en la gestión.

3 Objetivos

El presente artículo tiene como propósito examinar el papel de la formación continua del personal administrativo como elemento estratégico para el fortalecimiento de la eficiencia organizativa en las instituciones del ámbito sanitario.

Objetivos

1. Analizar la relación entre la formación continua del personal administrativo y la eficiencia en los procesos organizativos.

Este primer objetivo pretende explorar cómo la capacitación permanente del personal administrativo influye en la optimización de los procesos internos, la reducción de errores, la agilización de trámites y la mejora de la coordinación interdepartamental. Se busca comprender en qué medida el fortalecimiento de competencias técnicas, digi-

tales y comunicativas repercute en una gestión más eficiente y en una toma de decisiones basada en información precisa y oportuna. Asimismo, se examina el papel de la formación continua como factor que favorece la adaptación a los cambios normativos, tecnológicos y procedimentales que caracterizan a las organizaciones contemporáneas.

2. Identificar estrategias efectivas para implementar programas de formación continua.

El segundo objetivo se orienta a reconocer y sistematizar las estrategias más exitosas en la planificación e implementación de programas formativos. Esto incluye el análisis de metodologías de enseñanza (presencial, virtual o híbrida), la identificación de necesidades de aprendizaje, la selección de contenidos pertinentes y la evaluación del impacto de las acciones formativas. Se busca, además, establecer criterios para la integración de la formación en la gestión del talento humano, de modo que esta deje de ser una actividad aislada y se convierta en un proceso continuo y articulado con la visión estratégica de la organización.

3. Evaluar el impacto de la formación continua en la productividad, la calidad del servicio y la motivación del personal.

Este objetivo pretende medir los efectos tangibles e intangibles de la formación sobre el desempeño institucional. Desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa, se analizan indicadores de

productividad, eficiencia en la atención, reducción de errores administrativos y satisfacción de los usuarios. Al mismo tiempo, se considera el impacto subjetivo en términos de motivación, compromiso y bienestar del personal, entendiendo que el aprendizaje continuo contribuye a fortalecer la identidad profesional y el sentido de pertenencia hacia la organización.

4. Proponer recomendaciones para integrar la formación continua como parte de la cultura organizacional.

Finalmente, este objetivo busca ofrecer lineamientos prácticos y estratégicos que permitan consolidar la formación continua como un componente estructural de la cultura organizacional. Esto implica promover una visión de aprendizaje permanente, donde la actualización de conocimientos y la mejora de competencias se conciben como responsabilidades compartidas entre la institución y sus trabajadores. Las recomendaciones se orientarán a fomentar políticas de desarrollo profesional sostenibles, sistemas de reconocimiento y evaluación, y estructuras organizativas que faciliten la innovación y el aprendizaje colaborativo.

En conjunto, estos objetivos persiguen no solo aportar evidencia empírica y conceptual sobre la relevancia de la formación continua en la eficiencia administrativa, sino también ofrecer herramientas útiles para la toma de decisiones en materia de gestión del capital humano, contribuyendo así al fortalec-

imiento de organizaciones más competentes, flexibles y orientadas a la calidad.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de literatura científica y normativa publicada entre 2015 y 2024, incluyendo artículos académicos, informes de organismos internacionales y manuales de gestión organizacional. Se analizaron estudios de caso de empresas y organizaciones sanitarias que han implementado programas de formación continua para su personal administrativo.

Se categorizó la formación en tres tipos principales:

- Formación técnica: actualización en sistemas administrativos, software de gestión, normativa y procedimientos internos.
- Formación en habilidades blandas: comunicación, liderazgo, trabajo en equipo y resolución de conflictos.
- Formación estratégica: gestión de proyectos, mejora de procesos y análisis de indicadores de desempeño.

Se evaluó cómo estas formaciones impactan en indicadores de eficiencia administrativa, como reducción de tiempos de tramitación, disminución de errores, optimización de recursos y satisfacción de clientes internos y externos.

5 Resultados

El análisis realizado permitió evidenciar que la formación continua incide de manera significativa y multidimensional en la eficiencia administrativa de las organizaciones, especialmente en aquellas pertenecientes al ámbito sanitario y de servicios públicos. Los resultados obtenidos demuestran que la capacitación permanente del personal administrativo no solo mejora la productividad individual y colectiva, sino que también favorece la optimización de procesos, incrementa la satisfacción de los trabajadores y usuarios, y fortalece la capacidad institucional para adaptarse a los cambios organizativos y tecnológicos. A continuación, se detallan los principales hallazgos estructurados en cuatro dimensiones analíticas.

1. Mejora de la productividad

La primera evidencia relevante se relaciona con el incremento de la productividad del personal administrativo como consecuencia directa de la formación continua. Los datos recopilados muestran que los trabajadores que reciben capacitación periódica tienden a completar sus tareas en menor tiempo, con mayor precisión y menor tasa de error. Esto se debe, en gran medida, a la actualización constante en sistemas de gestión, herramientas digitales y normativas administrativas, lo cual reduce la repetición de tareas, los retrabajos y la dependencia de supervisión directa.

La introducción de nuevas plataformas tecnológicas —como sistemas de gestión documental, bases de datos integradas o software de planificación de recursos (ERP)— requiere de un conocimiento actualizado para su correcta utilización. Los programas de formación que incluyen módulos prácticos en estas áreas permiten que el personal mejore su dominio técnico y logre un uso más eficiente de los recursos informáticos, contribuyendo así a una mayor fluidez en la gestión de trámites, control de expedientes y procesamiento de información.

Asimismo, se observó que los empleados que participan de manera constante en procesos formativos desarrollan un sentido de autogestión y responsabilidad profesional más elevado. Este fenómeno se traduce en una reducción de tiempos ociosos, una mayor capacidad para la resolución autónoma de problemas administrativos y una mejor organización del trabajo. En instituciones donde la formación continua se institucionaliza, la productividad tiende a aumentar entre un 20 % y un 30 %, según los registros analizados, en comparación con aquellas que carecen de políticas formativas estructuradas.

Desde el punto de vista cualitativo, varios participantes destacaron que la capacitación no solo mejora las habilidades técnicas, sino también las competencias interpersonales y comunicativas, lo cual facilita el trabajo colab-

orativo y la coordinación entre áreas. En este sentido, la formación continua actúa como un mecanismo de cohesión organizacional, favoreciendo la creación de equipos más eficientes, autónomos y comprometidos con los objetivos institucionales.

2. Optimización de procesos internos

Otra dimensión central de los resultados se refiere a la optimización de los procesos internos. La formación continua, particularmente aquella orientada a la gestión de procesos y mejora continua, permite que el personal administrativo adquiera herramientas para identificar cuellos de botella, ineficiencias y redundancias dentro de la estructura organizativa.

Los programas de capacitación basados en metodologías de gestión por procesos (como BPM, Lean Management o Six Sigma) promueven una visión sistémica del trabajo, donde cada tarea se entiende como parte de una cadena de valor. Esto genera una comprensión más profunda de los flujos operativos y posibilita la propuesta de mejoras estructurales, orientadas a la reducción de tiempos de respuesta, la simplificación de trámites y la eliminación de pasos innecesarios.

La formación continua también fomenta la estandarización de procedimientos administrativos, un elemento clave para garantizar la coherencia y la calidad del servicio. Al contar con personal formado bajo los mismos criterios técnicos y metodológicos, las orga-

nizaciones pueden establecer protocolos uniformes que reducen la variabilidad en la atención y aseguran resultados consistentes. Esta estandarización se traduce, además, en mayor trazabilidad y control de la información, lo cual resulta fundamental en sectores donde la gestión documental tiene implicaciones legales o asistenciales, como el sanitario.

Los estudios de caso revisados mostraron que, tras la implementación de planes de formación orientados a la mejora de procesos, las instituciones lograron disminuir en un 25 % los tiempos de tramitación de expedientes, además de reducir significativamente los errores asociados al registro y archivo de documentación. En hospitales y empresas de servicios analizadas, estas mejoras también se reflejaron en una mayor agilidad en la comunicación interdepartamental, lo cual contribuye a una gestión más integrada y eficiente.

Por otro lado, la formación en herramientas de análisis y evaluación de procesos permitió al personal administrativo asumir un rol más activo en la innovación organizativa, participando en comités de mejora y proponiendo soluciones basadas en datos y evidencias. Esto evidencia un cambio cultural importante: el personal administrativo deja de ser un mero ejecutor de tareas para convertirse en un agente de cambio dentro de la organización.

3. Incremento de la satisfacción del per-

sonal y de los usuarios

Los resultados también muestran una relación clara entre la formación continua y la satisfacción laboral del personal administrativo, así como una mejora en la experiencia de los usuarios internos y externos. La capacitación regular contribuye al desarrollo personal y profesional, lo que genera un sentimiento de reconocimiento, pertenencia y motivación. Los trabajadores capacitados perciben que la institución invierte en su crecimiento, lo que refuerza su compromiso y reduce la rotación laboral.

El estudio evidenció que los empleados que participan en programas formativos presentan niveles más altos de satisfacción y bienestar, tanto por la adquisición de nuevas competencias como por la posibilidad de aplicar de forma práctica lo aprendido. Este efecto positivo se amplifica cuando la formación se acompaña de mecanismos de reconocimiento institucional, tales como certificaciones internas, oportunidades de promoción o incentivos simbólicos.

Desde el punto de vista organizativo, esta mayor motivación se traduce en una atención administrativa más eficiente y empática, que impacta directamente en la percepción del usuario. Los clientes internos (profesionales de otras áreas) y externos (pacientes, proveedores o ciudadanos) experimentan una atención más ágil, clara y personalizada. En instituciones sanitarias,

por ejemplo, los usuarios reportaron una mejor experiencia en la gestión de citas, tramitación de documentos y orientación en procesos administrativos, lo que se refleja en mayores índices de satisfacción global.

Los datos recopilados muestran que la satisfacción de los usuarios aumentó entre un 15 % y un 25 % en los centros que desarrollaron programas de formación continua, especialmente aquellos que combinan capacitación técnica con módulos de comunicación, atención al público y gestión emocional. En este sentido, la formación no solo incrementa la eficiencia, sino que también humaniza la atención, fortaleciendo el vínculo entre la organización y sus beneficiarios.

Por otra parte, la capacitación favorece el desarrollo de habilidades blandas, como la gestión del estrés, la resolución de conflictos y la comunicación asertiva, que resultan fundamentales en entornos administrativos de alta demanda. Estas competencias contribuyen a la creación de un clima laboral más positivo, reduciendo tensiones internas y promoviendo relaciones interpersonales basadas en la colaboración y el respeto.

4. Adaptación a cambios organizativos y tecnológicos

La cuarta dimensión analizada está relacionada con la capacidad de adaptación del personal administrativo frente a los procesos de cambio tecnológico, normativo y organizacional.

En un entorno caracterizado por la digitalización, la automatización de tareas y la transformación constante de los marcos regulatorios, la formación continua se revela como un factor determinante para garantizar la sostenibilidad institucional.

Los resultados evidencian que la capacitación regular en nuevas tecnologías facilita la implementación efectiva de sistemas informáticos y plataformas de gestión digital. El personal formado en competencias digitales muestra mayor autonomía en el uso de software corporativo, una comprensión más profunda de los flujos electrónicos de trabajo y una menor resistencia frente a la introducción de herramientas innovadoras. Esto no solo reduce los tiempos de adaptación, sino que también disminuye los errores en la transición hacia procesos automatizados.

La formación continua también contribuye a la gestión del cambio organizativo al fortalecer la confianza y la capacidad de adaptación del personal. En los entornos analizados, se observó que los equipos con acceso regular a programas de capacitación mostraron menor resistencia al cambio, mayor flexibilidad ante nuevas dinámicas laborales y una actitud más proactiva en la resolución de desafíos operativos. En contraste, en instituciones donde la formación era esporádica o inexistente, el cambio generaba incertidumbre, desmotivación y pérdida temporal de productividad.

Otro hallazgo relevante fue la mejora en la gestión del conocimiento organizacional. Los programas de formación continua, especialmente aquellos con enfoque transversal, fomentan el intercambio de saberes entre áreas y niveles jerárquicos, creando entornos colaborativos donde el aprendizaje se comparte y se multiplica. Este proceso contribuye a la creación de una memoria institucional sólida, que permite preservar buenas prácticas y transferir conocimientos críticos a nuevos integrantes.

Desde el punto de vista estratégico, la capacidad de adaptación derivada de la formación continua refuerza la resiliencia organizativa, entendida como la habilidad de las instituciones para anticipar, responder y recuperarse ante cambios o crisis. En escenarios de transformación digital, pandemia o reestructuración interna, las organizaciones con personal debidamente capacitado presentan una mayor capacidad de respuesta y una recuperación más rápida de su operatividad normal.

Resultados globales e interpretación general

El análisis integral de los datos sugiere que la formación continua es un determinante clave de la eficiencia administrativa. Su impacto positivo se manifiesta tanto en los indicadores de productividad y calidad de los procesos como en variables intangibles relacionadas con la motivación, la cultura organizacional y la satisfacción del usuario.

Los hospitales y empresas de servicios que adoptaron políticas de formación continua experimentaron mejoras promedio del 20 % al 30 % en la eficiencia de los procesos administrativos, acompañadas de una disminución significativa de errores en la gestión documental y de facturación. Estas cifras no solo reflejan una ganancia operativa, sino también una transformación cultural: la formación deja de ser percibida como una actividad complementaria para convertirse en un instrumento estratégico de gestión.

Los hallazgos también ponen de relieve que la efectividad de la formación depende en gran medida de su planificación, pertinencia y evaluación constante. Los programas más exitosos fueron aquellos diseñados a partir de diagnósticos de necesidades reales, con contenidos adaptados a los perfiles de los trabajadores y metodologías participativas. Además, la existencia de mecanismos de seguimiento —como evaluaciones de desempeño, encuestas de satisfacción o indicadores de mejora de procesos— permitió consolidar una cultura de aprendizaje basada en evidencias.

Desde una perspectiva organizacional, la formación continua genera un efecto multiplicador: al mejorar las competencias del personal administrativo, se fortalece la capacidad del conjunto institucional para innovar, coordinar y sostener procesos de mejora continua. De este modo, la capacitación no solo

beneficia a quienes la reciben directamente, sino que impacta en toda la estructura operativa, promoviendo sinergias entre departamentos y mejorando la comunicación interna.

Finalmente, los resultados confirman que la formación continua actúa como un vehículo de transformación cultural. A medida que las organizaciones incorporan el aprendizaje permanente como parte de su identidad, los trabajadores desarrollan una actitud más abierta al cambio, una mayor orientación hacia la calidad y una comprensión más profunda del papel que desempeñan en el logro de los objetivos institucionales. La formación, en este sentido, no solo optimiza el desempeño técnico, sino que fortalece la cohesión y la visión compartida dentro de la organización.

En suma, los resultados del estudio evidencian que la formación continua del personal administrativo constituye un factor estratégico para la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad institucional. Su impacto abarca dimensiones productivas, organizativas, humanas y tecnológicas, consolidándose como una herramienta esencial para afrontar los desafíos del entorno actual. Las instituciones que apuestan por una política de formación permanente no solo logran mejorar sus indicadores de desempeño, sino que también fortalecen su cultura organizacional y su capacidad de innovación, garantizando así un servicio más ágil, eficaz y orientado al usuario.

6 Discusión-Conclusión

La formación continua es un elemento estratégico para la eficiencia administrativa, ya que permite al personal desarrollar competencias técnicas, habilidades blandas y capacidades estratégicas. Su implementación sistemática contribuye a la productividad, la calidad del servicio y la satisfacción del personal y usuarios.

Para garantizar su efectividad, es necesario que las organizaciones:

- Planifiquen programas de formación alineados con los objetivos estratégicos.
- Realicen evaluaciones periódicas del impacto en los indicadores de desempeño.
- Fomenten la cultura del aprendizaje continuo, reconociendo y motivando al personal que participa en programas formativos.
- Integren herramientas digitales y metodologías modernas para facilitar el aprendizaje y la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos.

En conclusión, la formación continua no es un gasto, sino una inversión que genera eficiencia, mejora la calidad de los procesos administrativos y fortalece la competitividad de las organizaciones. La mejora sostenida en la eficiencia administrativa requiere un enfoque integral que combine actualización técnica, desarrollo de habilidades y motivación del personal.

7 Bibliografía

1. Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2021). Formación y desarrollo de competencias laborales.
2. García, M., & López, J. (2020). Impacto de la formación continua en la eficiencia administrativa de organizaciones públicas. *Revista de Gestión Organizacional*.
3. Pérez, L. (2022). Formación y productividad en el sector sanitario: estrategias efectivas. Editorial Médica Panamericana.
4. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2019). Políticas de formación profesional y desarrollo de competencias.
5. Martínez, R. & Torres, A. (2021). Habilidades administrativas y mejora de procesos en empresas de servicios. *Revista Iberoamericana de Gestión Empresarial*.
6. Deloitte. (2020). Learning and Development in the Workplace: Driving Organizational Efficiency.

Artículo 27

ESTRATEGIAS PARA OPTIMIZAR LA EFICIENCIA ADMINISTRATIVA EN ENTORNOS HOSPITALARIOS

ANA BASILISA ROCHE BORGE

ROMAN LOBERA MOLINA

ELENA VAL CALVO

GABRIELA BOUR

SUSANA ATRIÁN CASANOVA

SILVIA BLANC OMEDES

La eficiencia administrativa es un componente clave para el funcionamiento óptimo de los hospitales y la calidad de la atención al paciente. Este artículo analiza estrategias que permiten mejorar los procesos administrativos en entornos hospitalarios, incluyendo la digitalización de procedimientos, la estandarización de flujos de trabajo, la formación del personal y la integración de sistemas de información. Se destacan los beneficios de implementar estas estrategias, así como los desafíos y recomendaciones para lograr un equilibrio entre eficiencia operativa y calidad asistencial.

1 Palabras clave

temas de información.

Eficiencia administrativa, gestión hospitalaria, digitalización, procesos hospitalarios, optimización de recursos, sis-

2 Introducción

Los hospitales son organizaciones altamente complejas, integradas por múltiples niveles de gestión, procesos asistenciales y áreas de apoyo que deben operar de manera coordinada para asegurar un servicio de calidad. En este entramado institucional, la gestión administrativa constituye un eje fundamental, ya que de su eficiencia depende el correcto funcionamiento de todos los departamentos —clínicos, técnicos y logísticos—, así como la optimización de los recursos humanos, materiales y financieros disponibles.

La eficiencia administrativa hospitalaria no se limita a la tramitación de documentos o al cumplimiento de tareas operativas; implica la capacidad del sistema para organizar, planificar y ejecutar procesos con eficacia y transparencia, favoreciendo la continuidad asistencial y la sostenibilidad económica. Una administración ágil y bien estructurada se traduce en una atención al paciente más fluida, una mejor utilización de los recursos y una mayor capacidad de respuesta ante imprevistos o demandas crecientes del entorno sanitario.

En la actualidad, los hospitales se enfrentan a un escenario cada vez más exigente, marcado por presiones económicas, avances tecnológicos, nuevas normativas y una población con expectativas crecientes de calidad y rapidez en la atención. En este contexto, las de-

bilidades administrativas —como la duplicidad de registros, la fragmentación de la información, los procesos burocráticos excesivos o la falta de comunicación entre departamentos— pueden generar demoras, errores y costes innecesarios que afectan tanto la experiencia del paciente como la eficiencia institucional.

Asimismo, la transformación digital del sector sanitario ha introducido nuevas oportunidades y desafíos. La implementación de sistemas de información hospitalaria, historias clínicas electrónicas, inteligencia artificial y herramientas de gestión documental promete mejorar la coordinación y la trazabilidad de los procesos. Sin embargo, su aprovechamiento efectivo requiere de una estructura administrativa flexible y personal capacitado para gestionar el cambio, interpretar los datos y garantizar la interoperabilidad entre los diferentes sistemas.

La eficiencia administrativa también tiene una dimensión ética y social, pues influye directamente en la equidad del acceso, la transparencia de los procedimientos y la satisfacción de los usuarios. Un hospital administrativamente eficiente no solo reduce tiempos de espera y optimiza recursos, sino que también promueve la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la confianza institucional. Por tanto, la gestión administrativa debe entenderse como un componente estratégico de la atención sanitaria integral, al mismo nivel

que la gestión clínica o la innovación tecnológica.

Ante este panorama, resulta esencial diseñar e implementar estrategias que impulsen la eficiencia administrativa, combinando herramientas tecnológicas, metodologías de mejora continua y programas de formación para el personal. Estas estrategias deben orientarse a simplificar procesos, eliminar redundancias, fortalecer la comunicación interdepartamental y fomentar una cultura organizacional basada en la responsabilidad, la transparencia y la orientación al paciente.

En síntesis, mejorar la eficiencia administrativa en los hospitales no es únicamente una cuestión de productividad, sino una condición indispensable para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, la calidad de la atención y la satisfacción de los profesionales y usuarios. La gestión administrativa moderna debe concebirse como un proceso dinámico, centrado en la mejora continua y en la búsqueda de equilibrio entre eficiencia operativa, calidad asistencial y bienestar institucional.

3 Objetivos

Los objetivos de este artículo son:

- Analizar las principales estrategias para optimizar la eficiencia administrativa en hospitales.
- Evaluar el impacto de la digitalización y la estandarización de procesos sobre la operación hospitalaria.

- Identificar los desafíos y barreras para la implementación de estas estrategias.
- Proponer recomendaciones prácticas para mejorar la gestión administrativa sin comprometer la calidad asistencial.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos, informes institucionales y guías de buenas prácticas en gestión hospitalaria publicados entre 2015 y 2024. Se analizaron casos de estudio de hospitales de diferentes tamaños y contextos, enfocándose en la digitalización de procesos, la integración de sistemas de información, la estandarización de flujos administrativos y la capacitación del personal.

El análisis permitió identificar estrategias aplicables a distintos entornos hospitalarios, evaluando su eficacia y los desafíos asociados a su implementación.

5 Resultados

La revisión evidencia que la optimización de la eficiencia administrativa en hospitales depende de la articulación coherente de diversas estrategias complementarias que abarcan tanto la innovación tecnológica como la gestión organizacional y la formación del personal. Los resultados muestran que los hospitales que logran integrar estas dimensiones obtienen mejoras significativas en indicadores clave

de desempeño, como la reducción de tiempos de espera, la disminución de errores administrativos, la mejora en la trazabilidad de los procesos y el aumento de la satisfacción de pacientes y profesionales.

En primer lugar, la digitalización de procesos administrativos y clínicos emerge como uno de los factores más determinantes. La implementación de sistemas electrónicos de gestión hospitalaria —que incluyen la historia clínica electrónica, la programación automatizada de turnos, la gestión digital de inventarios, facturación y compras— ha demostrado reducir de forma sustancial los tiempos de respuesta y los costos operativos. Además, estos sistemas mejoran la precisión en el registro y la recuperación de datos, disminuyendo los errores derivados del manejo manual de la información. En los estudios revisados, los hospitales que adoptaron plataformas integradas reportaron reducciones de hasta un 40 % en los tiempos administrativos y un incremento de más del 25 % en la disponibilidad de información para la toma de decisiones.

En segundo lugar, la estandarización de flujos de trabajo y protocolos administrativos se identifica como una herramienta clave para asegurar la coherencia y la calidad de los procesos. La definición clara de procedimientos, acompañada de manuales operativos y guías de actuación, reduce la variabilidad entre departamentos, evita la dupli-

cidad de tareas y garantiza que las actividades se desarrollen conforme a criterios uniformes de eficiencia y calidad. Esta estandarización, además, facilita la evaluación del desempeño y permite detectar de forma más temprana las áreas susceptibles de mejora.

La revisión también destaca la importancia de la formación continua del personal administrativo, tanto en el uso de herramientas digitales como en técnicas de gestión de procesos, comunicación interna y atención al usuario. Los hospitales que invierten en programas de capacitación reportan no solo un aumento en la productividad, sino también un mayor compromiso y satisfacción laboral, factores que repercuten directamente en la calidad del servicio ofrecido. La capacitación periódica contribuye a reducir la resistencia al cambio, fortalece la adaptación a nuevas tecnologías y promueve una cultura organizacional orientada a la mejora continua.

Otro aspecto relevante es la integración de sistemas de información entre los departamentos clínicos y administrativos, la cual favorece una coordinación más efectiva y un flujo constante de datos relevantes. Esta interoperabilidad permite un seguimiento integral de los recursos, desde la gestión de camas y quirófanos hasta el control de inventarios y el registro financiero, lo que facilita la toma de decisiones basada en evidencia. Los hospitales que implementaron sistemas de información

integrados reportaron mejoras sustanciales en la planificación de la atención, la asignación de recursos humanos y la trazabilidad de materiales y suministros médicos.

Asimismo, la adopción de tecnologías de análisis de datos y cuadros de mando hospitalarios ha permitido optimizar la gestión en tiempo real. La disponibilidad de indicadores actualizados facilita la detección temprana de ineficiencias y la evaluación del impacto de las intervenciones administrativas. Estos instrumentos permiten que los equipos directivos adopten un enfoque proactivo, ajustando estrategias antes de que los problemas afecten la atención asistencial o la sostenibilidad económica del centro.

En términos de impacto, los hospitales analizados que aplicaron estas estrategias de optimización evidenciaron mejoras cuantificables en distintos ámbitos. Se registraron disminuciones en los tiempos de espera para admisión y facturación, una reducción significativa en los errores de registro y una mejora perceptible en la comunicación interdepartamental. Además, los niveles de satisfacción del paciente aumentaron, especialmente en los aspectos relacionados con la rapidez en la atención, la claridad de la información administrativa y la reducción de trámites redundantes.

No obstante, los resultados también señalan importantes desafíos que limitan la plena implementación de estas

medidas. Entre ellos, la resistencia al cambio por parte del personal aparece como uno de los obstáculos más recurrentes, particularmente en entornos donde las estructuras jerárquicas y los hábitos operativos tradicionales están muy arraigados. A ello se suman los costos iniciales elevados asociados a la adquisición e implementación de sistemas tecnológicos avanzados, así como la necesidad de garantizar la seguridad y confidencialidad de la información sanitaria, de conformidad con las normativas de protección de datos.

Asimismo, la adaptación de los procesos existentes a los nuevos sistemas digitales requiere una revisión exhaustiva de los flujos de trabajo, lo que implica un esfuerzo considerable de reingeniería organizacional. En algunos casos, la falta de interoperabilidad entre plataformas o la escasez de personal especializado en tecnología de la información dificulta la consolidación de un ecosistema digital plenamente integrado.

Superar estos retos demanda una planificación estratégica sólida, basada en un diagnóstico previo de necesidades y capacidades institucionales, así como un liderazgo comprometido que promueva la participación activa de todos los niveles de la organización. La comunicación interna transparente, la gestión del cambio y la creación de equipos multidisciplinarios de innovación son factores determinantes para garantizar la sostenibilidad de las mejo-

ras implementadas.

Finalmente, los resultados sugieren que la eficiencia administrativa hospitalaria no debe concebirse como un fin en sí mismo, sino como un medio para fortalecer la misión principal de los hospitales: ofrecer atención sanitaria de calidad, segura y equitativa. La optimización de procesos, la digitalización, la estandarización y la formación continua son estrategias que, cuando se aplican de manera integrada, contribuyen no solo a la mejora del desempeño operativo, sino también al bienestar del personal, la satisfacción del paciente y la sostenibilidad global del sistema de salud.

6 Discusión-Conclusión

Optimizar la eficiencia administrativa en entornos hospitalarios es esencial para mejorar la calidad asistencial y garantizar la sostenibilidad de los centros de salud. La combinación de digitalización, estandarización de procesos, formación continua y sistemas de información integrados permite reducir tiempos y costos, disminuir errores administrativos y mejorar la coordinación interna.

El éxito de estas estrategias depende no solo de la tecnología utilizada, sino también del compromiso del personal y de la cultura organizacional orientada a la mejora continua. La implementación efectiva de estas prácticas contribuye a hospitales más ágiles, pacientes más

satisfechos y una gestión más eficiente de los recursos, fortaleciendo la sostenibilidad y la calidad del sistema de salud en su conjunto.

7 Bibliografía

1. Ballou, R. H. (2020). Logística y gestión de la cadena de suministro. Pearson Educación.
2. Porter, M., & Teisberg, E. (2020). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business Review Press.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Hospital Management and Leadership: Guidelines for Good Practice.
4. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. (2022). Estrategias de eficiencia administrativa en hospitales públicos.
5. Fernández, L., & García, M. (2021). Digitalización y optimización de procesos administrativos en entornos hospitalarios. Revista Española de Gestión Sanitaria.

Artículo 28

CONTRASTES ESPECÍFICOS EN ECOGRAFÍA HEPÁTICA: MEJORANDO EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES DEL HÍGADO

JUAN MURCIA NAVASCUÉS

MARINA MARTÍNEZ CHAVERO

Este artículo revisa el impacto de los medios de contraste específicos para ecografía (CEUS) en el diagnóstico y manejo de las enfermedades hepáticas, destacando su papel como técnica complementaria a otras modalidades de imagen.

Introducción: La ecografía convencional tiene limitaciones en la caracterización de lesiones hepáticas. "Los agentes de contraste ecográfico han superado estas barreras, permitiendo evaluar la perfusión tisular en tiempo real."

Objetivos: Definir las ventajas de la CEUS y su utilidad en el diagnóstico diferencial de lesiones hepáticas focales.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica reciente. "La búsqueda se centró en estudios que compararan la CEUS con la tomografía computarizada o la resonancia magnética."

Resultados: La CEUS demostró una alta precisión diagnóstica, comparable a otras técnicas de imagen. "Su capacidad para evaluar la dinámica de realce en tiempo real es una ventaja única."

Conclusiones: La CEUS se consolida como una herramienta indispensable en el arsenal diagnóstico hepático. "Su uso permite un diagnóstico no invasivo, rápido y en tiempo real, mejorando el manejo clínico del paciente."

1 Palabras clave

Ecografía hepática; contrastes específicos; microburbujas; diagnóstico por imagen; lesiones hepáticas; carcinoma hepatocelular; enfermedades del hígado

2 Introducción

La ecografía convencional se ha consolidado como la técnica de imagen de primera línea en la evaluación del hígado, gracias a su amplia disponibilidad, coste-efectividad, portabilidad y ausencia de radiación ionizante. Su capacidad para detectar anomalías morfológicas, evaluar la ecogenicidad del parénquima hepático y identificar la presencia de lesiones focales la convierte en una herramienta indispensable en la práctica clínica diaria. Sin embargo, esta técnica presenta limitaciones inherentes que pueden comprometer su precisión diagnóstica. La ecografía en modo B depende en gran medida de la pericia del operador y puede verse afectada por factores como la sombra acústica de las costillas, la interposición de gas intestinal o la morfología corporal del paciente. Más importante aún, su capacidad para caracterizar lesiones hepáticas—es decir, para distinguir entre entidades benignas y malignas—es frecuentemente insuficiente, ya que muchas lesiones pueden presentar una apariencia ecográfica similar y inespecífica.

Históricamente, la aparición de una lesión hepática en una ecografía de rutina desencadenaba una cascada de estudios adicionales, que a menudo incluían una tomografía computarizada (TC) o una resonancia magnética (RM) multiparamétrica con contraste. Si bien estas técnicas de "cross-sectional imaging" tienen una alta precisión diagnóstica, conllevan desventajas significativas: la TC expone al paciente a radiación ionizante y a medios de contraste iodados potencialmente nefrotóxicos, mientras que la RM es una técnica costosa, de acceso limitado en algunos entornos y con contraindicaciones absolutas como los marcapasos cardíacos no compatibles. Esta necesidad insatisfecha de una herramienta de caracterización accesible, rápida y segura creó el caldo de cultivo perfecto para el desarrollo de una revolución dentro de la propia ecografía: los agentes de contraste específicos.

La introducción de los medios de contraste específicos para ecografía (CEUS, por sus siglas en inglés) a finales del siglo XX marcó un punto de inflexión en la historia del diagnóstico por imagen hepático. A diferencia de los contrastes utilizados en la TC o la RM, que se distribuyen en el espacio intersticial, los agentes de contraste ecográficos están formados por microburbujas de gas inocuo (como el hexafluoruro de azufre) estabilizadas por una fina cubierta lipídica, polimérica o proteica. Con un diámetro de 1 a 10 mi-

crómetros, son de un tamaño similar al de un eritrocito y, lo que es crucial, son demasiado grandes para salir del torrente sanguíneo. Esto las convierte en marcadores intravasculares puros, lo que permite evaluar de forma exclusiva la perfusión sanguínea de los tejidos desde la fase arterial hasta la fase venosa tardía, todo ello en tiempo real.

El fundamento físico de la CEUS se basa en la respuesta única de estas microburbujas a los ultrasonidos. Cuando son insonadas con una energía acústica específica (generalmente a bajos índices mecánicos para no destruirlas), las microburbujas oscilan y re-emiten una señal de retorno no lineal extremadamente potente. Los modernos equipos de ecografía están equipados con software especializado que puede filtrar selectivamente esta señal no lineal proveniente de las microburbujas, suprimiendo al mismo tiempo la señal lineal de fondo de los tejidos estáticos. El resultado es una imagen en tiempo real y a todo color que muestra, con un contraste exquisito, exclusivamente la sangre que perfunde el órgano y cualquier lesión presente.

Esta capacidad para visualizar la hemodinámica de una lesión de forma dinámica y continua es lo que dota a la CEUS de su poder diagnóstico. La evaluación de una lesión hepática ya no se basa únicamente en su ecogenicidad o sus bordes, sino en un patrón temporal de realce vascular que es característico para cada tipo de tumor.

La secuencia de estudio estandarizada consta de tres fases principales: la fase arterial (primeros 10-45 segundos post-inyección), la fase portal (a partir de los 45-120 segundos) y la fase tardía (a partir de los 2-6 minutos y hasta que las microburbujas se eliminan). El análisis de cómo una lesión se realiza en cada una de estas fases—si lo hace de forma precoz o tardía, homogénea o heterogénea, periférica o central—y, sobre todo, de si posteriormente presenta "lavado" o "washout" (pérdida de realce en comparación con el parénquima hepático circundante), proporciona la clave para un diagnóstico preciso.

El potencial de la CEUS ha sido reconocido por las principales sociedades científicas internacionales, como la Federación Mundial de Ultrasonido en Medicina y Biología (WFUMB) y la Federación Europea de Sociedades de Ultrasonido en Medicina y Biología (EFSUMB), que han publicado y actualizado periódicamente guías de consenso detalladas para la correcta aplicación e interpretación de la técnica en el hígado. Además, en un esfuerzo por estandarizar los informes y facilitar la comunicación, se ha desarrollado el sistema CEUS LI-RADS (Liver Imaging Reporting and Data System), específicamente para la categorización de lesiones en pacientes con riesgo de carcinoma hepatocelular.

El objetivo de esta revisión exhaustiva es, por lo tanto, adentrarse en el fascinante mundo de la CEUS hep-

ática. Exploraremos desde sus fundamentos físicos y técnicos hasta su aplicación práctica en el diagnóstico diferencial de las lesiones focales hepáticas más prevalentes, su papel crucial en el seguimiento de los tratamientos ablativos y su posición actual en el algoritmo diagnóstico multidisciplinar de la enfermedad hepática.

3 Objetivos

- Describir los fundamentos físicos y las propiedades de los agentes de contraste específicos para ecografía.
- Revisar la utilidad clínica de la CEUS en el diagnóstico diferencial de las lesiones focales hepáticas benignas y malignas.
- Evaluar el papel de la CEUS en el seguimiento de tratamientos ablativos percutáneos.
- Comparar las ventajas y limitaciones de la CEUS frente a otras técnicas de imagen cross-sectional.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura mediante una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Embase y Cochrane Library. Se emplearon términos MeSH y palabras clave como "contrast-enhanced ultrasound", "CEUS", "liver lesions", "hepatocellular carcinoma", y "liver metastasis". Se priorizaron guías de práctica

clínica, meta-análisis y estudios de validación diagnóstica publicados en los últimos 10 años.

5 Resultados

La revisión de la literatura evidencia que la CEUS ha demostrado una eficacia y precisión diagnóstica sobresalientes en múltiples escenarios clínicos relacionados con la enfermedad hepática focal. Su implementación ha transformado el manejo diagnóstico de estos pacientes, ofreciendo respuestas rápidas y seguras.

Caracterización de Lesiones Benignas Frecuentes.

Para las lesiones benignas más comunes, la CEUS ofrece patrones de realce altamente específicos que permiten un diagnóstico de certeza no invasivo, evitando en muchos casos la necesidad de realizar seguimientos innecesarios o procedimientos más invasivos. El hemangioma, el tumor benigno hepático más frecuente, presenta un patrón característico de realce periférico nodular y discontinuo en la fase arterial muy precoz, con un posterior relleno centripeto (hacia el centro) que se completa en las fases portal o tardía. En la fase tardía, el hemangioma típico permanece hiperecogénico respecto al parénquima hepático, mostrando un realce persistente. Este patrón es tan específico que, cuando está presente, permite un diagnóstico definitivo con una certeza superior al 95%.

La hiperplasia nodular focal (HNF) es otra lesión benigna que la CEUS puede caracterizar con gran precisión. Su fisiopatología, que incluye malformaciones arteriovenosas y proliferación de hepátulos y conductos biliares, se traduce en un patrón de realce muy típico: un realce arterial homogéneo, rápido e intenso, frecuentemente mostrando una arteria central feeding que se ramifica de forma centrífuga. Un hallazgo altamente específico, aunque no siempre presente, es la visualización de la cicatriz central, que suele realzarse de forma tardía. Lo más importante es que, al igual que el parénquima hepático normal del que deriva, la HNF casi siempre muestra un realce isoecogénico o ligeramente hiperecogénico en las fases portal y tardía, sin evidencia de lavado, un dato clave para diferenciarla de lesiones malignas.

Los quistes hepáticos simples y los adenomas también tienen comportamientos característicos. Los quistes simples no muestran ningún tipo de realce en ninguna fase, confirmando su naturaleza avascular. Los adenomas, por su parte, pueden mostrar un realce arterial variable (homogéneo o heterogéneo) y, aunque generalmente permanecen isoecogénicos en fases tardías, algunos subtipos pueden mostrar un lavado leve y tardío, lo que a veces dificulta su distinción del carcinoma hepatocelular y puede hacer necesaria la confirmación con RM.

Diagnóstico del Carcinoma Hepato-

celular y Aplicación de LI-RADS

En el ámbito de la hepatología y la oncología, el papel de la CEUS es quizás más crucial en la detección y caracterización del carcinoma hepatocelular en pacientes con cirrosis. Los criterios diagnósticos para el CHC en CEUS, recogidos en el algoritmo LI-RADS, se basan en la hipervascularización arterial y el lavado subsiguiente. Una lesión se categoriza como CHC probable o definitivo (LR-5) cuando muestra un realce arterial no periférico (es decir, global o en mosaico) más rápido que el parénquima circundante, seguido de un lavado de grado leve o marcado que comienza en la fase portal o tardía.

Numerosos meta-análisis han confirmado que la precisión diagnóstica de la CEUS para el CHC es comparable e incluso superior en algunos estudios a la de la TC multiphasica, con sensibilidades y especificidades que rondan el 90-95%. La ventaja única de la CEUS en este contexto es la evaluación continua y en tiempo real de la hemodinamia, lo que permite captar picos de realce muy fugaces que podrían pasar desapercibidos en las fases discretas y fijas de la TC. Esto es particularmente útil para lesiones pequeñas (<2 cm) donde los patrones de vascularización pueden ser atípicos.

Sin embargo, es importante destacar una limitación crucial: la CEUS no debe utilizarse para caracterizar lesiones en pacientes con cirrosis cuando existe una alta sospecha de colangiocarci-

noma intrahepático (CCI), ya que este tumor puede imitar perfectamente el patrón de realce del CHC (realce arterial y lavado). En estos casos, la RM con contraste hepatobiliar sigue siendo la técnica de referencia para la diferenciación.

Evaluación de Metástasis Hepáticas

Las metástasis hepáticas, siendo lesiones malignas que no derivan del parénquima hepático, típicamente carecen de la vascularización portal que sí posee el hígado sano. Este hecho se traduce en su hallazgo ecográfico con contraste más característico: la presencia de lavado. La gran mayoría de las metástasis, independientemente de su origen primario (colorrectal, pancreático, mamario, pulmonar, etc.), muestran un lavado temprano y marcado, que suele comenzar en la fase portal (a los 60 segundos) y se acentúa en la fase tardía, dejando la lesión claramente hipoecogénica respecto al hígado sano. Su patrón de realce arterial, sin embargo, es variable: puede ser anular (un anillo hiperecogénico en la periferia), homogéneo o heterogéneo. Este lavado precoz y marcado es el sello distintivo que permite diferenciar una metástasis de un CHC, que generalmente muestra un lavado más leve y tardío.

Rol en los Tratamientos de Ablación Percutánea

Más allá del diagnóstico, la CEUS ha encontrado un nicho de aplicación fundamental en el ámbito terapéutico, concretamente en la guía y monitorización

de los tratamientos ablativos percutáneos (como la radiofrecuencia o la microondas) para el CHC y las metástasis. Su papel es triple: 1) Planificación pre-ablación: Permite visualizar con claridad lesiones que eran invisibles o mal delimitadas en la ecografía convencional, facilitando una precisa planificación del acceso y la colocación de la aguja de ablación. 2) Monitorización intra-procedimiento: Durante la ablación, la zona de necrosis tisular coagulativa genera una burbuja de vapor hiperecogénica que oscurece la lesión subyacente en el modo B ("efecto de nube de tormenta"). La CEUS, sin embargo, puede "ver a través" de esta nube y confirmar en tiempo real si la cobertura ablativa es completa. 3) Seguimiento post-tratamiento: La técnica de elección para el seguimiento a corto plazo (24-48 horas post-ablación) y a largo plazo es la CEUS. El criterio de éxito técnico es la ausencia completa de cualquier foco de realce vascular dentro de la zona ablada o en su borde inmediato en todas las fases. Cualquier área de realce residual es altamente sugestiva de tumor viable y requiere una re-ablación inmediata. Esta capacidad de respuesta rápida es una ventaja decisiva sobre la TC o la RM.

Ventajas Comparativas y Limitaciones.

La principal ventaja de la CEUS es su seguridad. Los agentes de contraste tienen un excelente perfil de seguridad, con una incidencia extremadamente baja de reacciones alérgicas graves (ór-

denes de magnitud inferior a la de los contrastes iodados) y no son nefrotóxicos, lo que los hace ideales para pacientes con insuficiencia renal. Otras ventajas incluyen la ausencia de radiación ionizante, la capacidad de realizar exploraciones repetidas, la evaluación en tiempo real y su relativo bajo coste.

Sus limitaciones principales son la dependencia del operador, la escasa penetración en pacientes obesos, la incapacidad para evaluar todo el hígado de forma global en una sola adquisición (a diferencia de la TC/RM) y la ya mencionada contraindicación para diferenciar CHC de CCI en cirróticos. A pesar de estas limitaciones, la CEUS se ha establecido como un pilar complementario en el diagnóstico hepático, cerrando la brecha diagnóstica entre la ecografía convencional y las técnicas de imagen cross-sectional más complejas.

6 Discusión-Conclusión

La CEUS es una técnica de imagen robusta, segura y altamente precisa para la caracterización no invasiva de las lesiones focales hepáticas, con una exactitud comparable a la de la tomografía computarizada y la resonancia magnética en la mayoría de escenarios clínicos.

Su principal ventaja reside en la evaluación en tiempo real de la hemodinámica de las lesiones, sin la exposi-

ción a radiación ionizante y con un perfil de seguridad excelente, ya que los contrastes no son nefrotóxicos ni hepatotóxicos.

La implementación de la CEUS en la práctica clínica rutinaria puede acortar los circuitos diagnósticos, reducir costes y evitar procedimientos invasivos innecesarios, como las biopsias, en casos con hallazgos típicos.

Se consolida como la técnica de elección para el seguimiento intraprocedimiento de las ablaciones percutáneas y para pacientes con contraindicaciones para los contrastes iodados o gadolinio.

7 Bibliografía

1. Dietrich CF, et al. Guidelines and Good Clinical Practice Recommendations for Contrast-Enhanced Ultrasound (CEUS) in the Liver – Update 2020. *Ultraschall Med.* 2020;41(6):562-585.
2. Claudon M, et al. Guidelines and good clinical practice recommendations for contrast enhanced ultrasound (CEUS) in the liver – update 2012. *Ultraschall Med.* 2013;34(1):11-29.
3. Sidhu PS, et al. The EFSUMB Guidelines and Recommendations for the Clinical Practice of Contrast-Enhanced Ultrasound (CEUS) in Non-Hepatic Applications: Update 2017. *Ultraschall Med.* 2018;39(2):e2-e44.
4. Wilson SR, Lyshchik A, Piscaglia F, et al. CEUS LI-RADS: algorithm, implementation, and key differences

from CT/MRI. *Abdom Radiol (NY)*. 2018;43(1):127-142.

5. Barr RG, Huang P, Luo Y, et al. Contrast-enhanced ultrasound imaging of the liver: a review of the clinical evidence and guidelines. *J Med Imaging Radiat Oncol*. 2020;64(5):612-626.

Artículo 29

PATOLOGÍAS MUSCULOESQUELÉTICAS MÁS FRECUENTES: CARACTERÍSTICAS, REPERCUSIONES Y ABORDAJE

BRAYAN SMITH SERVENT RODRÍGUEZ

MARIAN MADURGA HERRERA

YANIRA LÓPEZ MARTÍNEZ DE LIZARRONDO

MIREN AGURTZANE PÉREZ CONDE

LEIRE MUTUBERRIA ALDUNCIN

Introducción: las patologías musculoesqueléticas son uno de los principales motivos de consulta sanitaria y de incapacidad laboral temporal. Afectan a articulaciones, músculos, tendones y estructuras de soporte, generando dolor, limitación funcional y disminución de la calidad de vida.

Metodología: se realizó una revisión bibliográfica de publicaciones entre 2018-2025 en bases de datos científicas (PubMed, SciELO, CINAHL, Dialnet y Google Scholar). Se seleccionaron artículos en español e inglés, además de guías clínicas y libros de enfermería relacionados con patología musculoesquelética.

Resultados: las patologías musculoesqueléticas más frecuentes incluyen: lumbalgia, osteoartritis, tendinopatías, síndrome del túnel carpiano y esguinces. En este trabajo describimos su fisiopatología, signos y síntomas, diagnóstico, factores de riesgo y el papel del equipo de enfermería en prevención y educación sanitaria.

Conclusiones: las patologías musculoesqueléticas representan un desafío sanitario por su elevada incidencia y costes socioeconómicos. La intervención del equipo de

enfermería es esencial en la identificación precoz, educación del paciente, medidas no farmacológicas y prevención de complicaciones. El tratamiento integral mejora la autonomía del paciente y disminuye las recaídas.

1 Palabras clave

Patología musculoesquelética; dolor osteomuscular; lumbalgia; tendinitis; osteoartritis; equipo de enfermería; esguince.

2 Introducción

Las patologías musculoesqueléticas la componen un amplio conjunto de trastornos que afectan al sistema que sostiene y mueve el cuerpo humano: músculos, huesos, articulaciones, tendones y ligamentos. Son una de las principales causas de discapacidad y pérdida de productividad laboral a nivel mundial. Su prevalencia aumenta con la edad, aunque en los últimos años se observa un incremento en personas jóvenes debido a factores como el sedentarismo, los malos hábitos posturales y el uso prolongado de dispositivos electrónicos que favorecen posiciones mantenidas y sobrecarga articular.

La característica común de estas patologías es la presencia de dolor y limitación funcional. El dolor musculoesquelético puede ser agudo o crónico, localizado o generalizado, y suele empeorar con la actividad o la carga excesiva. El malestar físico condiciona actividades tan básicas como

caminar, agacharse o cargar objetos, afectando directamente la autonomía del paciente. Cuando el dolor se vuelve continuo, aparecen alteraciones emocionales, trastornos del sueño e incluso ansiedad o depresión.

Entre las patologías más frecuentes destacan: la lumbalgia, la osteoartritis, las tendinopatías (como la del manguito rotador o epicondilitis), el síndrome del túnel carpiano y los esguinces. Cada una presenta una fisiopatología particular, pero en general existe un mecanismo de sobreuso, degeneración del tejido o inflamación.

En el ámbito sanitario, el equipo de enfermería (enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería) desempeña un papel clave en la valoración, educación, prevención y seguimiento de estos pacientes. La intervención no se limita a la asistencia durante los procedimientos diagnósticos o terapéuticos, sino que también implica el aprendizaje activo del paciente en el autocuidado y en la modificación de estilos de vida.

En este trabajo nos centramos en las patologías musculoesqueléticas más frecuentes, sus características clínicas y su impacto funcional, incluyendo el rol de enfermería en la reducción de complicaciones y recaídas.

3 Objetivos

Objetivo general:

Analizar las patologías musculoesqueléticas más frecuentes, describiendo sus características clínicas, repercusiones funcionales y el rol del equipo de enfermería en su abordaje integral.

Objetivos específicos:

- Describir las causas y síntomas de las principales patologías musculoesqueléticas.
- Reconocer los factores de riesgo asociados a su desarrollo y por qué se cronicizan.
- Descubrir el impacto físico, emocional y social en la calidad de vida del paciente.
- Conocer las intervenciones que se realizan en cuanto a prevención, educación sanitaria y autocuidado.
- Contribuir a promover el seguimiento de las recomendaciones para disminuir recaídas y mejorar la funcionalidad.

4 Metodología

Este trabajo se realizó mediante una revisión de la literatura científica publicada entre 2019 y 2025. Se consultaron bases de datos de acceso libre: SciELO, Dialnet, Medes, Google Académico y PubMed. Se utilizaron palabras clave en español: “dolor musculoesquelético, lumbalgia, cervicalgia, artrosis, tendinopatía y rehabilitación”. También se realizó una búsqueda de artículos publicados entre 2015 y

2024 en español, en revistas como “Enfermería Clínica” y “Fisioterapia”. Además, se revisaron capítulos de libros de técnicas de enfermería y guías clínicas de sociedades científicas. Se seleccionaron publicaciones relacionadas con el tratamiento terapéutico, impacto y recomendaciones para el abordaje desde enfermería.

5 Resultados

Las patologías musculoesqueléticas engloban un conjunto de alteraciones que afectan a huesos, articulaciones, músculos, tendones, ligamentos y nervios periféricos. Su característica clínica más frecuente es el dolor, acompañado de rigidez, inflamación, pérdida de movilidad y disminución de la funcionalidad.

La prevalencia de este tipo de patologías aumenta con la edad, el sedentarismo, la obesidad y la actividad laboral repetitiva. Existen cuatro grupos principales de patologías musculoesqueléticas de alta incidencia: lumbalgia, cervicalgia, artrosis y tendinopatías. A continuación, vamos a describir sus características y repercusiones.

- LUMBALGIA

La lumbalgia se define como el dolor localizado entre el margen costal inferior y el pliegue glúteo, pudiendo irradiarse hacia miembros inferiores. Es la primera causa de consulta en Atención Primaria vinculada al sistema muscu-

loesquelético y una de las principales causas de incapacidad laboral temporal. Su origen puede ser mecánico, inflamatorio o degenerativo, aunque en más del 80 % de los casos no se identifica una causa específica estructural.

Factores que la predisponen:

- Posturas mantenidas en sedestación durante horas.
- Sobrepeso u obesidad.
- Manipulación repetida de cargas pesadas.
- Debilidad muscular de la región lumbar y abdominal.

Habitualmente, el dolor aparece tras actividades de esfuerzo o movimientos bruscos. Los episodios agudos pueden resolverse en días, pero cuando se cronifica la lumbalgia genera pérdida progresiva de la capacidad funcional y afecta emocionalmente. Estudios recientes relacionan la cronificación de dolor lumbar con alteraciones del sueño, ansiedad y disminución de la calidad de vida. La intervención precoz, el mantenimiento de actividad física adaptada y la educación postural reducen el riesgo de cronificación.

- CERVICALGIA

La cervicalgia es el segundo motivo de consulta musculoesquelética. Se manifiesta con dolor en región cervical, que en ocasiones se irradia hacia hombros o extremidades superiores. Se asocia con frecuencia a contracturas musculares y a limitación en los movimientos de flexión y rotación cervical. En los últimos años ha aparecido un aumento de casos

en población joven debido al uso intensivo de dispositivos móviles y posturas inadecuadas frente a pantallas.

Entre los factores asociados se encuentran: debilidad de musculatura cervical, sedentarismo y estrés. Las repercusiones incluyen restricción de movimiento, cefalea y disminución del rendimiento laboral. En el entorno sanitario, la intervención de enfermería se centra en educación postural, recomendaciones ergonómicas y promoción de ejercicios de movilidad progresiva.

- ARTROSIS

La artrosis es una enfermedad degenerativa articular que implica el desgaste progresivo del cartilago, alteraciones óseas y aparición de osteofitos. Su prevalencia aumenta con la edad y es más común en articulaciones como rodillas, caderas y manos. El dolor aparece de forma progresiva, inicialmente tras la actividad física y posteriormente incluso en reposo, a menudo se acompaña de rigidez matutina de corta duración.

La obesidad es uno de los principales factores agravantes de artrosis de rodilla y cadera. Las repercusiones son: limitación en actividades de la vida diaria como subir escaleras, caminar, vestirse o cargar peso, pérdida de movilidad y necesidad de intervenciones quirúrgicas en fases avanzadas.

- TENDINOPATÍAS

Abarcan inflamación, degeneración o irritación de un tendón como consecuencia de sobrecarga repetitiva. Las

más habituales son:

- Tendinopatía del manguito rotador en el hombro.
- Tendinitis de Aquiles en deportistas.
- Tendinopatía rotuliana en personas con actividades de salto.
- Epicondilitis lateral o “codo de tenista”.

Las tendinopatías producen dolor localizado que aumenta con el movimiento. A nivel laboral, se observan con mayor frecuencia en profesiones que requieren movimientos repetitivos del brazo o del antebrazo. A nivel deportivo, están relacionadas con exceso de entrenamiento o mala técnica biomecánica. Su mala evolución provoca limitación funcional, pérdida de fuerza e incluso riesgo de rotura tendinosa.

REPERCUSIONES GENERALES

Las patologías musculoesqueléticas no afectan únicamente al área física. El dolor crónico se asocia a sentimientos de frustración, impotencia y aumento de riesgo depresivo. La incapacidad funcional conduce al aislamiento social y pérdida de autonomía. El absentismo laboral constituye una carga económica sanitaria importante.

A nivel emocional, las percepciones personales sobre el dolor condicionan la evolución del proceso. Las personas que temen el movimiento adoptan conductas de evitación, disminuyen su actividad y favorecen la cronificación del dolor. La educación terapéutica ayuda a cambiar esta percepción.

PREVENCIÓN Y ABORDAJE

El equipo de enfermería tiene un rol clave en la detección, seguimiento y educación sanitaria. Las funciones específicas se agrupan en:

- Prevención primaria: Promoción de actividad física, educación postural, recomendaciones ergonómicas en el trabajo y valoración de factores de riesgo.
- Prevención secundaria: Identificación precoz de síntomas, valoración del dolor, registro de evolución funcional y coordinación con el equipo médico y de fisioterapia.
- Prevención terciaria: Acompañamiento en procesos de rehabilitación, apoyo emocional, plan de cuidados y seguimiento de adherencia al tratamiento.

6 Discusión-Conclusión

Las patologías musculoesqueléticas representan un reto sanitario por su elevada prevalencia, sus repercusiones en la calidad de vida y su impacto socioeconómico. La lumbalgia, la cervicalgia, la artrosis y las tendinopatías son los procesos más frecuentes y afectan tanto a población trabajadora como a personas mayores y jóvenes sedentarios. El dolor y la reducción de movilidad no solo limitan las actividades de la vida diaria, sino que también repercute emocionalmente al paciente.

El dolor musculoesquelético limita la participación en actividades sociales, afecta a la autoestima y genera miedo

al movimiento, lo que favorece la inactividad y la cronificación del problema. Muchas de estas patologías no requieren reposo prolongado; por el contrario, el movimiento adaptado es una herramienta terapéutica clave. Es necesario abordar estas enfermedades mediante estrategias multidisciplinarias en las que el equipo de enfermería desempeña un papel fundamental.

El control del dolor no debe centrarse únicamente en la administración de fármacos. El objetivo prioritario es facilitar la recuperación funcional, reducir el miedo al movimiento y promover hábitos que eviten la recurrencia. La educación para la salud es la herramienta más eficaz para enseñar al paciente a reconocer factores de riesgo, aplicar pautas ergonómicas y realizar ejercicios que fortalezcan el sistema musculoesquelético. Cuando el paciente comprende su patología, deja de temerla y se compromete con su recuperación.

Es responsabilidad del equipo sanitario promover una actitud activa para el tratamiento: moverse, estirar, fortalecer y participar en rehabilitación. El enfoque preventivo es la mejor intervención para reducir el número de consultas y el coste sanitario. Muchas patologías musculoesqueléticas podrían evitarse mediante actividad física regular, control de peso y ergonomía en el entorno laboral.

En conclusión, la atención integral de estas patologías debe enfocarse en prevenir mediante educación y hábitos

saludables, promover el movimiento e involucrar al paciente en su autocuidado. El equipo de enfermería, por su contacto directo con el paciente, constituye un pilar esencial para reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida en las patologías musculoesqueléticas.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. “Trastornos musculoesqueléticos”. OMS; 2023.
2. Ministerio de Sanidad. “Guía clínica de dolor musculoesquelético en atención primaria”. Madrid: MSCBS; 2022.
3. McCormack HM. “Técnicas básicas de enfermería”. 9ª ed. Madrid: Elsevier; 2021.
4. Potter PA, Perry AG. “Fundamentos de enfermería”. 10ª ed. Barcelona: Elsevier; 2022.
5. Fisioterapia Española. “Manual de exploración musculoesquelética”. Madrid: Panamericana; 2020.
6. Jaros E. “Ergonomía aplicada a la práctica clínica”. Barcelona: Paidotribo; 2019.
7. González Marta. “Rehabilitación y ejercicio terapéutico”. Madrid: Médica Panamericana; 2021.

Artículo 30

ATENCIÓN INTEGRAL HACIA LOS ADULTOS MAYORES. UNA VISIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

MERCEDES DE ALBA ROMERO

El presente ensayo representa una visión desde la atención primaria en salud, en Cartagena, Colombia. El documento aborda la complejidad del envejecimiento poblacional en Colombia y a nivel mundial, detallando las consecuencias biológicas y sociales de la vejez, como las enfermedades crónicas y la multi morbilidad. Se argumenta que la Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia crucial para enfrentar estos desafíos, ofreciendo un enfoque integral y territorial. Finalmente, se identifican las principales barreras en el sistema de salud colombiano, como la fragmentación y el enfoque asistencialistas, que limitan el potencial de la APS para proporcionar un cuidado efectivo y equitativo a los adultos mayores.

1 Palabras clave

Envejecimiento, adultos mayores, atención primaria en salud.

donde el mayor número de edad, las condiciones sociales y sanitarias, son las circunstancias que van configurándola gradual mente en el tema de años de vida (1)

2 Introducción

El envejecimiento es un proceso de carácter complejo y multidimensional que involucra cambios físicos, psicológicos y sociales. La vejez es una etapa, que cambia a lo largo del tiempo,

La vejez es un proceso biológico, irreversible, deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética el individuo y su medio ambiente. Las principales causas de morbimortalidad ger-

iatrica se asocian a enfermedades crónicas degenerativas tales como: enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus y sus complicaciones. Cabe destacar también las afecciones demenciales y particularmente la enfermedad de Alzheimer, las afecciones osteoarticulares y el deterioro sensorial, auditivo y visual. “El deterioro cerebral afecta hasta al 10% de los mayores de 60 años y para el cual no existe forma alguna de prevención” A nivel mundial existe un rápido crecimiento de las personas mayores de 60 años, gracias al avance en la higiene, suministro de agua y control de enfermedades infecciosas disminuido a nivel mundial. (2)

A nivel global, la Organización mundial de la salud (OMS) proyecta que para 2030 el número de personas mayores de 60 años alcanzara los 2100 millones, representando el 22% de la población mundial. Este cambio demográfico trae consigo importantes implicaciones en el sistema de salud. La atención primaria en salud (APS) es una estrategia que puede brindar las garantías necesaria para atender a una población que envejece con el pasar del tiempo. Las personas adultas mayores son más propensas a desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, discapacidades funcionales y multimorbilidad. De hecho, según el informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, más del 60% de las personas mayores vive con al menos dos condiciones médicas simultáneas, lo cual complica el

manejo clínico y aumenta la carga asistencial. (3)

En América Latina, Colombia experimenta una transición demográfica acelerada, en el 2023 había más de 8,5 millones personas mayores de 60 años en el país, esto según cifras entregadas por el DANE, lo que representa cerca del 17% de la población nacional, se estima que este porcentaje aumente hasta 25% antes de la llegada del año 2030.(4) este crecimiento se ha visto incrementados en los años anteriores, según un estudio realizado en la revista panamericana de salud pública, la cual reveló que entre los años 2011 y 2019 existió un aumento del 78%.(5) este incremento de la población adulta en el territorio nacional reafirma la importancia de la APS al comprender que se necesita la existencia de una atención integral que permita comprender y generar ese cuidado necesario para así poder garantizar una mejoría en la calidad de vida.

La vejez un proceso natural recurrente en el transcurso vital de los seres humanos. Este fenómeno implica una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que afectan a los individuos a medida que avanzan en edad (6), Los Cambios fisiológicos acompañan al adulto a medida que el envejecimiento aumenta, experimentando una disminución en las funciones físicas y cognitivas. Ocluyendo una disminución en la masa muscular, la densidad ósea, y la capacidad cardiovascular. Otra característica de este es el envejecimiento

activo, este está enfatizado en la importancia de la promoción como una posibilidad de que las personas mayores participen plenamente en la sociedad y mantengan un estilo de vida más saludable y adecuado para ellos, además, la calidad de vida de los adultos mayores se ve influenciada por múltiples factores uno de esos es la capacidad para realizar actividades diarias. Se evidencio que esta puede verse afectada por el entorno y las estrategias de adaptación que se implementen.(7). El envejecimiento de la población se considera como desafíos significativos para la sociedad, donde se puede incluir los entornos sociales y los servicios de salud para satisfacer necesidades esenciales de una población que envejece. (8). Los adultos mayores son más propensos a padecer enfermedades crónicas como, la hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Estas condiciones requieren un manejo continuo lo que afectaría significativamente la funcionalidad vital. (9)

La discapacidad es un problema frecuente en esa población que puede ser el resultado de las enfermedades crónicas acompañado de caídas deterioro físico. La revisión sobre envejecimiento y discapacidad destaca la importancia de APS y el cuidado adecuado para mejorar la calidad de vida. (10)

La depresión y la ansiedad son uno de los trastornos mentales más comunes, a menudo exacerbadas por la soledad

y el aislamiento social, la salud mental es un componente crucial para obtener un bienestar en general y debe ser abordada en el cuidado de esta población. (11)en esto también importante entender el modelo de atención integral que nos brinda la estrategias APS, que vigila cada uno de esos aspectos en salud que afectan e

La vivienda, el vecindario y el acceso a los servicios de salud, son determinantes claves en la salud de los adultos mayores. Un entorno favorable puede mejorar significativamente su bienestar, factores como el sexo las etnias y el nivel socioeconómico también influyen en la salud de la persona mayor. Esos aspectos pueden determinar el acceso a recurso y la calidad de atención recibida. (12)

Otros problemas comunes en la comunidad de edades mayores encontramos algunas como: la pérdida auditiva y la pérdida visual que afectan la independencia, problemas con la conciliación del sueño o síndromes de apnea del sueño, desnutrición u obesidad déficits vitamínicos, incontinencia urinaria y fecal, el uso simultaneo de múltiples medicamentos lo que puede generar interacciones farmacológicas, efectos adversos y dificultad en la herencia del tratamiento, entre otros mucho síndromes de carácter geriátrico (13)

3 Objetivos

- Identificar las barreras estructurales y operativas que obstaculizan la aplicación plena de la Atención Primaria en Salud (APS) en la atención al adulto mayor.
- Analizar la función de la Valoración Geriátrica Integral como la herramienta central dentro de la APS para obtener información esencial, que permite el diseño de estrategias de intervención holísticas y personalizadas en los adultos mayores.
- Evaluar cómo el enfoque territorial y el principio ético de equidad de la APS pueden mitigar las disparidades en el acceso y la calidad de la atención del adulto mayor.

4 Metodología

El presente ensayo se desarrolla bajo un enfoque cualitativo de tipo argumentativo–narrativo, sustentado en una revisión narrativa–integradora de literatura científica. Este diseño permite construir una posición argumentada frente al papel de la APS como eje articulador del cuidado integral de las personas mayores, integrando tanto la evidencia empírica como los marcos conceptuales y normativos que orientan la práctica geriátrica contemporánea.

Este tipo de ensayo argumentativo–narrativo combina dos lógicas complementarias: la expositiva, que describe y

contextualiza la evidencia disponible, y la argumentativa, que interpreta críticamente dicha evidencia para sostener una tesis central: la atención integral al adulto mayor requiere fortalecer la APS como espacio de coordinación, continuidad y humanización del cuidado, apoyada en equipos interdisciplinarios y enfoques centrados en la persona.

5 Resultados

La atención primaria en salud es una estrategia con un enfoque fundamental en la participación comunitaria, la accesibilidad y la relación costo-efectividad, su función es la prevención, promoción y tratamiento de la enfermedad y los objetivos son el apoyo emocional, disminuir la morbilidad y planes de intervención(14). La atención primaria de salud juega un papel crucial en el manejo de estas afecciones, enfatizando la necesidad de educación profesional continua y mejores servicios adaptados a la población de edad avanzada (14)

En el contexto del envejecimiento, los adultos mayores cumplen múltiples desafíos, esto hace que el papel de una valoración integral sea un papel importante como herramienta prestadora de información esencial para una atención integral, permite identificar de manera estructurada cada uno de esos aspectos que afectan con el estado de salud del adulto, esto facilita el diseño de estrategias intervenidas de manera inte-

gral y personalizad(15). La valoración integral no es solo un instrumento, es una vía para proyectar cuidado desde una mirada holística que se enfoca en mantener y mejorar la funcionalidad del adulto y su entorno que lo rodea, brindado un cuidado y controlando riesgos antes de que estos comprometan su calidad de vida. Por lo tanto, se propone utilizarlo como estrategia proactiva para la promoción y el mantenimiento de la salud(16).

La atención primaria tiene como objetivo mediante la valoración integral, mejorar la precisión de los diagnósticos abarcando en estas las dinámicas funcionales y sociales, identificar posibles complicaciones y prevenirlas mediante planes de manejo, para así mejorar tanto la funcionalidad como la calidad de vida de las personas. (17) estas metas se pueden traducir en resultado más completo, egresos de la atención hospitalaria más cortos, mejoras en los indicadores funcionales y cognitivos, reducción en los costos hospitalarios lo que permitiría proporcionalmente reducir un poco la polifarmacia

A diferencia de algunos niveles de atención, que se enfrascan en dictar diagnóstico y brindar tratamiento, en APS se reconoce a la salud como un proceso complejo y determinado por factores biológicos, psicosociales, económico y ambientales, este enfoque es importante porque más allá de si diagnostico medico se evidencia la influencia de sus factores sociales.(18)

La posibilidad de realizar un seguimiento longitudinal de los servicios en zonas territoriales donde coexisten grupos poblacionales que permite a la APS abordar factores como el aislamiento, la pobreza la violencia y la informalidad laboral o las barreras de acceso a servicios básicos. En este sentido, el enfoque territorial permite general estrategias personalizadas para el mantenimiento de la salud de adultos mayores en lugares donde la salud presenta un débil acceso.(19)

Uno de los principales retos para la APS es el envejecimiento de la población. Como ya hemos observado, este ha venido en aumento, esto trae consigo la pérdida progresiva de la autonomía funcional y aparición de múltiples riesgos activos.(20) La continuidad del cuidado, el cual es un principio fundamental en la atención primaria en salud cobra una importancia en este escenario. Atreves de un sistema de atención con puerta de entrada única, seguimiento periódico y coordinación entre profesionales, facilitando así la adherencia a tratamientos, el control de enfermedades y la detección oportuna de nuevas problemáticas.(20) La APS favorece la creación de redes comunitarias de apoyo, fundamentales para los adultos mayores, fomentando el uso de las rutas de atención y promoviendo la colaboración con los cuidadores y/o familia, líderes sociales y organizaciones comunitarias. Esto aumenta los vínculos activos e incluso puede llegar a

prevenir trastornos mentales comunes en etapa, como la depresión o la ansiedad.(21)

Es importante recordad que la APS tiene como principio ético de la atención primaria en salud es la “equidad”, esta comprende que es y compromiso que se le ofrece a cada persona dependiendo su necesidades y condiciones. En Colombia, muchas personas mayores viven en zonas alejadas a un centro de salud, lo que les imposibilita recibir esos beneficios del sistema de salud. La APS tiene como responsabilidad garantizar acceso efectivo, cultural, pertinente y sin discriminación. Adema, debe considerar la multiculturalidad que presentamos en el territorio nacional y las distintas orientaciones de género, estos factores deben ser contemplados al momento de diseñar intervenciones, ofreciendo soluciones adaptadas y humanizadas.(21)

Desde la promulgación de la ley 1238 de 2011 se ha buscado instaurar un modelo de atención integral que, de prioridad a la prevención, la promoción de la salud, la gestión de grupos de riesgo y la participación interdisciplinar con la comunidad.(22) Sin embargo, uno de los principales obstáculos ha sido la fragmentación del sistema de salud, en este caso, los adultos mayores se les atribuye como una atención desarticulada, centralizada en episodios de enfermedad ya instaurada y no en el la comunidad. Las EPS y entidades prestadoras de servicio, dificulta la partici-

pación, por que actúan en paralelo, esto dificulta la coordinación en los niveles de atención lo cual es necesario para el abordaje de condiciones medicas crónicas, la dependencia funcional y el soporte social. (23)

La fragmentación de las del sistema de salud, supone un obstáculo para la valoración integral de los adultos mayores, esto impide que exista una continuidad en el tratamiento lo que genera una barrera para realizar una atención más personalizada acorde a las necesidades de esta población en riesgo como lo es este grupo etario. Adicionalmente, persiste desigualdades profundas en materia regional con respecto a la cobertura y calidad en los servicios, que genera un impacto severo en la población adulta, un ejemplo de estas desigualdades regionales, tenemos las zonas paradas como lo pueden ser espacios rurales como; La amazonia, pacífico y algunas partes del cribe, entre otras.(24) Que presentan dificultades altas en infraestructura, ausencia de equipo de salud permanentes y escasa formación en atención geriátrica, esto limita las estrategias de APS para lograr una valoración más integral y prevenir cada una de esas complicaciones que vienen con el envejecimiento, imposibilitando así que se logre la prevención y mantenimiento de la salud en estas zonas alejadas de centros de salud. (23)

En departamentos como Guainía se adoptó el modelo de atención integral en salud (MIAS) el cual fue diseñado

en 2016 para brindar respuesta estas limitaciones socioeconómicas y culturales.(25) Se buscaba garantizar el acceso equitativo a atención en salud mediante enfoque diferencial, acciones comunitarias y equipos itinerantes.(26) Por desgracia, se ha evidenciado que con el tiempo que se siga utilizan es un modelos curativo y asistencialista, lo que en los adultos mayores se puede traducir como una intervención tardía, centrada en la enfermedad, con escasa atribución a recibir apoyo de grupos sociales y cuidado a largo plazo. (27)

Otro factor crítico puede ser, la baja demanda inducida por parte de los prestadores del servicio de salud, lo que implica en una baja participación escas de las comunidades en l replanificación, prevención y vigilancia de sus servicios de salud. A pesar de que existen marcos normativos que involucran a la participación comunitaria, esta sigue siendo débil o poco representativa. Para la población adulta, la ausencia de canales de difusión efectiva dificulta que sus necesidades sean visibilizadas y atendidas correspondientemente, además de que muchas veces no se considera sus condiciones (movilidad, soledad o deterioro cognitivo) que limitan su involuación con el proceso participativo de la salud preventiva (28) en Colombia es importante destacar la necesidad de una estrategia de integral como la APS que abarque las necesidades sociales, la participación comunitaria los servicios de salud.(29) a pesar de todo lo que

se ha instaurado, aun existes barrearas que limitan el usos de esta estrategia, acompañado de un enfoque asistencialista con una lógica curativa (30)

6 Discusión-Conclusión

En conclusión, la APS como estrategia clave para enfrentar los desafíos del envejecimiento poblacional en Colombia se enfoca en la prevención y la atención integral territorial que permite abordar de manera efectiva las múltiples dimensiones que afectan a la calidad de vida de los adultos mayores. No obstante, existen barreras significativas que fragmentan el sistema de salud, haciendo que exista una baja participación comunitaria, una escasa adaptación a los servicios de salud y una mala adherencia al tratamiento. A pesar de que existe un marco normativo que tiene una experiencia en una lógica asistencialista continua, así como MIAS, limita el potencial transformador que tiene la atención primaria en salud. La APS tiene un gran potencial que le permite explorar y atender a una población que puede estar excluida por la sociedad brindándole estrategias y herramientas esenciales para su sostenibilidad cuando se habla pues le brindo una estrategia con un trabajo íntegro y comunitario, apoyando y empoderando a una población que envejece a pesar de los años. Utilizar esta estrategia como modelo principal para el cuidado de las personas adultas mayores en Colombia

beneficiaría no solo al sistema de salud colombiano reduciendo los costos de atención, sino que también permitiría atender a esa población rural apartada de los centros de salud.

7 Bibliografía

1. Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2021 Jan;5(1):140–64.
2. Ojediz Rodríguez ME. Gerontología y biología celular: Investigación sobre el envejecimiento celular y su relación con la salud en general, así como posibles estrategias para promover la salud y el bienestar en personas de edad avanzada. *RECIMUNDO*. 2023 Oct 28;7(4):66–74.
3. oct-2022-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia.
4. DANE. Personas mayores en Colombia, hacia la inclusión y la participación XV Congreso Internacional de Envejecimiento y Vejez: “Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030.”
5. Pérez-Zepeda MU, Campos-Fajardo S, Cano-Gutierrez C. COVID-19 related mortality in older adults: Analysis of the first wave in Colombia and Mexico. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2021;45.
6. Wingerter DG, Braga BF, Santos CDP, Silva Junior D do N, Brito EWG, Lyra C de O, et al. pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. *Revista*

Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2021 Dec 29;16(43).

7. Esperanza Lucia Álvarez Mendoza. *Dialnet-ElAdultoMayorEnLaSociedadActual-6261720*. 2021;
8. Dennis Sebastián Molina CevallosShayana Anabel Camino Acosta. 23_REVISTA+PENTACIENCIAS_Dennis_Vol_6_No1_ENERO_MARZO_-2024_Articulo.
9. Yisell Rubio Olivares LRMartínez. “Calidad de vida en el adulto mayor.” 2021;
10. Cárdenas MAP, Álvarez MAO, Suárez-Escudero JC. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. Vol. 37, *Salud Uninorte*. Universidad del Norte; 2021. p. 488–505.
11. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Dintrans PV. Functionality and seniors: Where are we and where should we be going? Vol. 46, *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. Pan American Health Organization; 2022.
12. Soria-Romero Z, Montoya-Arce BJ. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles Poblac*. 2020;23(93):59–93.
13. HUENCHUAN Editora S. Desarrollo Social [Internet]. Available from: www.cepal.org/es/suscripciones
14. Sánchez-Martínez D V., López-Salvador P. Atención Primaria en Salud. *TEPEXI Boletín Científico de la Es-*

- cuela Superior Tepeji del Río [Internet]. 2024 Nov 13;12(23):78–81. Available from: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/13590>
15. Casado Verdejo I, Postigo Mota S, Vallejo Villalobos JR, Muñoz Bermejo L, Arrabal León N, Barcena Calvo C. Valoración geriátrica integral. *Rev Enferm*. 2021 Sep 1;38(9):55–60.
 16. Orozco Crespo JC. Efectividad de la valoración geriátrica integral. *Gaceta Médica Boliviana*. 2023 Dec 29;46(2):28–31.
 17. Monteserín Nadal R, Altimir Losada S, Brotons Cuixart C, Padrós Selma J, Santa Eugenia González S, Moral Peláez I, et al. Ensayo clínico aleatorizado sobre la eficacia de la valoración geriátrica integral seguida de intervención en atención primaria. Vol. 43, *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020.
 18. Duran-Niño EY, Campos de Aldana MS, Arboleda de Pérez LB. Primary health care challenge for nursing professionals: a narrative review. Vol. 55, *Revista de saude publica. NLM (Medline)*; 2021. p. 100.
 19. Maiyel Alfonso García BPMM-LAlfonso. Dilemas y desafíos de una población en proceso de envejecimiento. *Revista cubana de medicina general integral*. 2021;
 20. Chasillacta FB, Nuñez FR. Role of nursing personnel in primary health care. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2022;2.
 21. Torres ML, Leonardo P, Perlaza Y, Nataly J, Correa L, Marcela C, et al. LA ESTRATEGIA APS EN COLOMBIA. 2023.
 22. Ley_23_de_1981.
 23. Almeida PF de, Giovanella L, Schenkman S, Franco CM, Duarte PO, Houghton N, et al. Perspectivas para las políticas públicas de Atención Primaria en Salud en Suramérica. *Cien Saude Colet*. 2024;29(7).
 24. Torres ILR, Herrera RDJG. Primary health care strategies in five latin american countries. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2021;40(7):711–9.
 25. Montaña-Caicedo JI, Gutiérrez B, Pineda-Cañar CA. Rutas Integrales de Atención y Atención Primaria en Salud. *Salud UIS*. 2023 Dec 11;55(1).
 26. Arias-Murcia SE, Penna CM de M. Atención Primaria en Salud en una región de la Amazonía colombiana: una aproximación al cotidiano. *Saúde em Debate*. 2022;46(134):721–33.
 27. Plan de capacitación sectorial.
 28. Cotonieto-Martínez E, Rodríguez-Terán R. Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria Community health: A review of pillars, approaches, intervention tools and its integration with primary care. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-5639-5898>
 29. Montaña Caicedo JI. Panorama de la investigación en atención primaria en salud en Colombia. *Revista Salud*

Bosque. 2024 Apr 16;13(2).

30. Arias-Murcia SE, Penna CM de M. Atención Primaria en Salud en una región de la Amazonía colombiana: una aproximación al cotidiano. Saúde em Debate. 2022;46(134):721–33.

Artículo 31

VIDA SANA, CORAZÓN SANO: HÁBITOS SALUDABLES Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

VIOLETA SORINA MACAVEI

ANTONIA ARROYO PEREZ

ANTONIO RAYA ANTUNEZ

MARÍA LAFUENTE ADE

M^a TERESA TELLO DOMINGUEZ

CRISTINA MIHAELA FLENCHES

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo una de las principales causas de mortalidad mundial. A pesar de ello, la mayoría de los factores de riesgo pueden modificarse mediante hábitos saludables.

Metodología: Revisión bibliográfica de artículos publicados en bases de datos científicas y libros entre 2018 y 2025 acerca de prevención cardiovascular y promoción de estilos de vida saludables.

Resultados: Se identifican hábitos con mayor impacto protector para el corazón: alimentación equilibrada, ejercicio regular, abandono del tabaco, manejo del estrés y control de factores metabólicos como glucemia y colesterol.

Conclusiones: Incorporar hábitos saludables reduce el riesgo cardiovascular y mejora el bienestar general. La prevención es más eficaz cuando hay acompañamiento sanitario y educación continua.

1 Palabras clave

Vida saludable; salud cardiovascular; prevención; estilo de vida; factores de riesgo

2 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares representan una de las principales amenazas para la salud mundial y continúan siendo la primera causa de muerte en muchos países desarrollados. Se consideran patologías del corazón y de los vasos sanguíneos, entre las que se incluyen la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, el infarto de miocardio y el ictus. Aunque su prevalencia es alta, numerosos estudios coinciden en que un porcentaje significativo de estos eventos podría evitarse adoptando hábitos de vida saludables que actúan directamente sobre los factores de riesgo modificables.

El estilo de vida actual ha favorecido la aparición de factores que dañan progresivamente el sistema cardiovascular: sedentarismo, alimentación rica en grasas saturadas y azúcares, estrés mantenido, tabaquismo y consumo excesivo de alcohol. Estos factores contribuyen al aumento de la obesidad, alteraciones metabólicas y enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, todas ellas vinculadas a un mayor riesgo cardiovascular. La evidencia demuestra que al modificar estos hábitos se reducen de forma considerable los

eventos cardiacos y cerebrovasculares.

El corazón, al ser un músculo que trabaja de forma constante, necesita un adecuado aporte de oxígeno y nutrientes para funcionar correctamente. Un estilo de vida activo favorece la circulación sanguínea, fortalece el músculo cardíaco y mejora la capacidad pulmonar. La alimentación equilibrada aporta los nutrientes necesarios para mantener el equilibrio metabólico y reducir los niveles de colesterol LDL. La regulación del estrés también se vuelve esencial, ya que los estados de tensión prolongada contribuyen a la liberación de hormonas como el cortisol y la adrenalina, que aumentan la presión arterial y la frecuencia cardíaca.

En este contexto, cobra especial relevancia la educación para la salud como herramienta de prevención. El acompañamiento sanitario, especialmente por parte de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares, facilita que los pacientes comprendan la importancia de los hábitos saludables y encuentren apoyo para mantenerlos de manera sostenida. La promoción de la salud no se limita a dar recomendaciones; implica escuchar, motivar y adaptar las estrategias al estilo de vida de cada persona.

Hablar de “vida sana, corazón sano” no es solo un concepto, sino una estrategia cuya eficacia está demostrada científicamente: pequeñas acciones diarias, mantenidas en el tiempo, pueden transformar la salud cardiovascular y la cal-

idad de vida.

3 Objetivos

Objetivo general

Promover estilos de vida saludables y su relación con la prevención de enfermedades cardiovasculares, destacando la importancia de la alimentación, la actividad física y el control de factores de riesgo modificables.

Objetivos específicos

- Identificar los principales factores de riesgo cardiovascular relacionados con el estilo de vida.
- Describir hábitos saludables que contribuyen a una adecuada salud del corazón.
- Analizar el papel de la alimentación equilibrada en el control de parámetros metabólicos.
- Explicar los beneficios del ejercicio físico regular en la función cardíaca.
- Valorar el papel del equipo enfermería, compuesto por enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), en la promoción de estilos de vida saludables.

4 Metodología

Este trabajo se realizó mediante revisión bibliográfica de la literatura científica disponible. Se consultaron bases de datos académicas: SciELO, Dialnet, Elsevier y Medline, seleccionando publicaciones actualizadas (2019–2025). Se utilizaron palabras clave que incluían:

”salud cardiovascular, vida saludable y prevención”. Se consultaron artículos científicos, guías clínicas del Ministerio de Sanidad y libros especializados en salud preventiva en español.

5 Resultados

Existen cinco pilares fundamentales para mantener el corazón saludable y prevenir enfermedades cardiovasculares: alimentación equilibrada, actividad física regular, abandono del tabaco, control del estrés y vigilancia de parámetros clínicos. En conjunto, estos hábitos constituyen un enfoque integral en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Una alimentación saludable contribuye al correcto funcionamiento del sistema cardiovascular. Las dietas mediterráneas y DASH se relacionan con una reducción significativa del colesterol LDL y de la presión arterial. Priorizar el consumo de frutas, verduras, pescado, legumbres y grasas saludables, como el aceite de oliva, favorece la salud cardíaca. Por el contrario, reducir el consumo de ultraprocesados, azúcares añadidos, carnes procesadas y alimentos ricos en sodio disminuye el riesgo de hipertensión arterial.

La actividad física regular mejora la capacidad pulmonar, reduce la frecuencia cardíaca en reposo y favorece la circulación eficiente. Se recomienda realizar al menos 150 minutos de ejerci-

cio aeróbico moderado a la semana. Actividades como caminar a paso rápido, nadar o pedalear fortalecen el músculo cardíaco y ayudan a controlar el peso corporal. Adaptar el ejercicio a la condición de cada persona aumentará la adherencia a largo plazo.

El tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. La exposición al humo del tabaco favorece la formación de placas de ateroma en las arterias, reduce el aporte de oxígeno y aumenta la frecuencia cardíaca. El abandono del tabaco tiene beneficios inmediatos: a los 20 minutos disminuye la presión arterial y a los 12 meses se reduce notablemente el riesgo de infarto. Las campañas de prevención, el acompañamiento psicológico y los fármacos sustitutivos de nicotina pueden mejorar la eficacia en el abandono.

El estrés contribuye al aumento de hormonas como adrenalina y cortisol, que elevan la presión y la frecuencia cardíaca. La práctica de técnicas de relajación, respiración consciente, meditación o incluso actividades creativas ayuda a disminuir la tensión emocional. La calidad del sueño es otro factor determinante: dormir menos de 6 horas se asocia con mayor riesgo cardiovascular.

El control periódico de parámetros como colesterol, glucemia, tensión arterial y perímetro abdominal permite detectar alteraciones de manera precoz. La visita al médico de atención primaria y el seguimiento desde enfer-

mería favorecen la identificación de factores de riesgo antes de que se desarrollen patologías.

6 Discusión-Conclusión

La adopción de hábitos de vida saludables constituye la herramienta más eficaz y accesible para prevenir enfermedades cardiovasculares. Cada pequeño cambio mantiene un impacto positivo en el organismo y contribuye a la protección del corazón. Alimentarse de forma equilibrada, mantenerse activo físicamente, controlar el estrés, evitar el tabaco y realizar revisiones periódicas conforman un sistema preventivo completo.

No se trata únicamente de evitar la enfermedad, sino de fomentar un estilo de vida orientado al bienestar. Cambiar los hábitos requiere motivación, compromiso y acompañamiento sanitario. El corazón responde de manera positiva a cada mejora, incluso cuando se comienza en edades avanzadas o se parte de un estilo de vida sedentario. Cuidar el corazón implica cuidar la vida en su totalidad.

7 Bibliografía

1. Sociedad Española de Cardiología. Guía de prevención cardiovascular. Madrid: SEC; 2023.
2. Ministerio de Sanidad de España. Estrategia en salud cardiovascular del Sis-

tema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024.

3. Serra Majem L. Alimentación y salud cardiovascular. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2022.

4. Pérez E. Técnicas básicas de enfermería. Madrid: Mc Graw Hill; 2020.

5. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. OMS; 2025.

Artículo 32

EL ENTORNO Y LA CULTURA ORGANIZACIONAL COMO FACTOR DE PREVENCIÓN EN EL ACOSO LABORAL DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

SUSANA GUILLAMON CELADES

VICTOR MANUEL REQUENO CAURIN

EDUARDO JOSE PEÑARROCHA GARZON

SERGIO MAGEN GARCIA

NATALIA FERNÁNDEZ CAMPO

JAVIER NAVARRO GARCÍA

El acoso laboral en las instituciones sanitarias constituye un problema creciente que afecta tanto a la salud de los profesionales como al rendimiento organizacional. Un entorno laboral saludable y una cultura organizacional sólida pueden actuar como barreras preventivas eficaces frente a estas conductas. Analizamos la relación entre el entorno y la cultura organizacional y su influencia en la prevención del acoso laboral dentro de las instituciones sanitarias, identificando factores protectores y estrategias de intervención.

Los estudios revisados evidencian que una cultura organizacional basada en valores éticos, liderazgo participativo y comunicación abierta reduce significativamente la incidencia del acoso laboral. Asimismo, la existencia de políticas claras, formación

en convivencia y canales de denuncia confiables fortalecen la protección del personal sanitario.

La cultura organizacional y el entorno laboral son determinantes en la prevención del acoso. Fomentar un clima de respeto, cooperación y apoyo institucional contribuye a la seguridad psicológica de los trabajadores y a la calidad del sistema sanitario.

1 Palabras clave

Acoso laboral; cultura organizacional; entorno laboral; instituciones sanitarias; prevención; salud ocupacional.

2 Introducción

El acoso laboral, también conocido como mobbing, representa una de las formas más graves de violencia psicológica dentro del ámbito laboral. En las instituciones sanitarias, este fenómeno adquiere especial relevancia debido a las altas exigencias emocionales, la jerarquía profesional y la presión constante que caracteriza el trabajo asistencial.

Diversos estudios han demostrado que el entorno y la cultura organizacional desempeñan un papel crucial tanto en la aparición como en la prevención del acoso laboral. Un clima de trabajo deteriorado, caracterizado por la desconfianza, la falta de comunicación o el liderazgo autoritario, incrementa el riesgo de que surjan comportamientos hostiles o humillantes entre compañeros o superiores.

Por el contrario, una cultura institucional basada en el respeto, la equidad,

la cooperación y la comunicación transparente actúa como mecanismo protector, promoviendo la cohesión del equipo y reduciendo la tolerancia hacia conductas inadecuadas.

El acoso laboral no solo afecta al bienestar individual de las víctimas, sino que genera un impacto sistémico sobre la eficiencia, la seguridad del paciente y la calidad asistencial. Profesionales sometidos a ambientes hostiles pueden sufrir ansiedad, depresión, somatizaciones o abandono del puesto de trabajo, lo que repercute negativamente en el rendimiento general del equipo.

En las últimas décadas, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) han reconocido la importancia de promover entornos laborales saludables en el sector sanitario. La OMS define un entorno saludable como aquel en el que los trabajadores colaboran activamente para mantener su bienestar físico, mental y social, así como el de sus pacientes. La cultura organizacional se refiere al conjunto de valores, creencias, normas y prácticas compartidas por los miembros de una institución. En el ámbito sanitario, esta cultura influye directa-

mente en las relaciones interpersonales, la resolución de conflictos y la forma en que se ejercen el liderazgo y la autoridad.

Cuando los valores institucionales promueven la empatía, la cooperación y el respeto, se crea un entorno donde las conductas de acoso encuentran poca aceptación. Por el contrario, en instituciones donde predominan la competencia desmedida, la rigidez jerárquica o la indiferencia hacia los problemas del personal, el acoso puede proliferar y normalizarse.

Es importante destacar que el acoso laboral no surge únicamente de conflictos personales, sino que muchas veces refleja fallas estructurales dentro de la organización: falta de liderazgo ético, comunicación deficiente, ausencia de mecanismos de denuncia o carencia de políticas claras de prevención.

La prevención efectiva requiere, por tanto, un enfoque integral que combine intervenciones institucionales, desarrollo de competencias emocionales, liderazgo positivo y fortalecimiento de los canales de comunicación. El entorno físico y psicológico debe favorecer el respeto mutuo y el bienestar de todos los trabajadores.

Además, el acoso laboral en entornos sanitarios afecta directamente la seguridad del paciente, ya que el personal bajo estrés o maltrato tiende a cometer más errores clínicos. La calidad del trabajo en equipo —especialmente entre médicos, enfermeras y personal

auxiliar— depende en gran medida del clima laboral y del estilo de liderazgo instaurado.

En consecuencia, la prevención del acoso laboral no puede limitarse a la sanción del agresor, sino que debe implicar un cambio cultural profundo. Es necesario fomentar valores institucionales como la equidad, la empatía, la corresponsabilidad y la justicia organizacional, integrando la salud psicológica como un eje de la seguridad institucional.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el papel del entorno y la cultura organizacional como factores de prevención en el acoso laboral dentro de las instituciones sanitarias. Se pretende evidenciar cómo los valores compartidos, el estilo de liderazgo y la gestión del clima laboral pueden convertirse en herramientas eficaces para promover la convivencia, el respeto y la salud ocupacional.

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar cómo el entorno y la cultura organizacional actúan como factores de prevención del acoso laboral en las instituciones sanitarias.

Objetivos secundarios:

- Identificar los elementos culturales que favorecen o inhiben las conductas de acoso.
- Evaluar el impacto de la cultura organizacional en la salud del personal san-

itario.

- Proponer estrategias institucionales para fomentar un clima laboral saludable y respetuoso.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática entre enero y agosto de 2025 en las bases de datos PubMed, Scielo, Medline y Dialnet, utilizando las palabras clave workplace bullying, organizational culture, health institutions y occupational health.

Se seleccionaron 35 artículos científicos publicados entre 2015 y 2024, priorizando aquellos que abordaban la relación entre el entorno organizacional y la prevención del acoso laboral en el sector sanitario. También se analizaron guías institucionales y programas de prevención implementados en hospitales públicos y privados de España, México, Argentina y Chile.

El análisis se realizó mediante una lectura crítica y categorización temática, agrupando los hallazgos según los principales factores protectores identificados: liderazgo ético, comunicación, clima laboral, valores institucionales y políticas preventivas.

5 Resultados

Los resultados del estudio evidencian una correlación directa entre el entorno organizacional y la aparición o

prevención del acoso laboral. Los hospitales con culturas más abiertas, participativas y basadas en valores éticos muestran tasas significativamente menores de acoso y mayor satisfacción laboral.

1. Liderazgo ético y participativo

El liderazgo constituye uno de los pilares más influyentes. Los equipos dirigidos por líderes con orientación ética, comunicación empática y capacidad de escucha presentan climas laborales más seguros y colaborativos.

Por el contrario, los estilos autoritarios o indiferentes aumentan los conflictos interpersonales, generan miedo a la denuncia y propician la impunidad.

La literatura sugiere que la formación en liderazgo emocionalmente inteligente reduce hasta un 40% los casos de acoso percibido en el personal de enfermería y auxiliares.

2. Comunicación y confianza organizacional

Una comunicación fluida y horizontal permite prevenir tensiones y resolver conflictos de manera temprana. Los centros con canales de retroalimentación, reuniones regulares y encuestas de clima laboral reportan una menor incidencia de acoso.

La transparencia y la confianza institucional generan sensación de seguridad psicológica y fomentan la cooperación¹³.

3. Valores institucionales y cultura organizacional

La promoción de valores como el re-

speto, la justicia y la igualdad dentro de la cultura organizacional es clave para eliminar la tolerancia social hacia el acoso. Instituciones que incorporan estos principios en sus reglamentos, programas de formación y políticas internas demuestran una mayor capacidad de prevención.

4. Políticas de prevención y canales de denuncia

La existencia de protocolos de actuación claros es otro factor protector. Los hospitales que cuentan con unidades de convivencia, comités éticos y sistemas anónimos de denuncia presentan menores niveles de acoso reportado.

Sin embargo, la eficacia de estos mecanismos depende de su aplicación real y de la confianza del personal en la imparcialidad institucional.

5. Clima laboral y bienestar psicológico

Un entorno saludable, donde los trabajadores se sienten valorados, escuchados y apoyados, disminuye drásticamente los comportamientos abusivos. El bienestar psicológico del personal sanitario es tanto una causa como una consecuencia de un entorno respetuoso.

El apoyo social dentro del equipo, la supervisión justa y la posibilidad de conciliación son elementos que fortalecen la prevención.

6. Efectos del acoso sobre la organización

En los centros donde el acoso no se aborda adecuadamente, se observa un

aumento del ausentismo, la rotación del personal y los errores asistenciales. Además, la pérdida de motivación y el clima negativo impactan directamente en la calidad del cuidado al patient.

Las instituciones que implementan programas preventivos integrales logran, por el contrario, mejorar la productividad, la retención del talento y la reputación institucional.

7. Estrategias efectivas de prevención

Los programas más eficaces incluyen:

- Formación continua en habilidades sociales y gestión emocional.
- Protocolos de mediación y resolución de conflictos.
- Campañas de sensibilización y comunicación positiva.
- Evaluaciones periódicas del clima organizacional.
- Liderazgo ético y mentorías profesionales.

Estas estrategias promueven una cultura de respeto, seguridad y confianza, generando un entorno menos propenso al acoso y más orientado a la cooperación y al bienestar colectivo.

6 Discusión-Conclusión

El presente análisis demuestra que el entorno y la cultura organizacional desempeñan un papel decisivo en la prevención del acoso laboral dentro de las instituciones sanitarias. La evidencia recopilada confirma que las organizaciones con culturas abiertas, colaborativas y éticamente sólidas presen-

tan una incidencia significativamente menor de comportamientos abusivos, así como una mayor satisfacción y compromiso por parte de los trabajadores.

En los hospitales y centros de salud, el trabajo en equipo, la jerarquía profesional y las condiciones de alta exigencia emocional crean un escenario propenso al conflicto. Sin embargo, la aparición del acoso no depende únicamente de la conducta individual, sino de la forma en que la institución gestiona sus relaciones humanas, su liderazgo y sus valores colectivos. Una cultura organizacional centrada en la confianza, la comunicación y la equidad funciona como un sistema inmunológico institucional que neutraliza tempranamente las conductas dañinas y favorece la convivencia profesional.

Los resultados de la revisión bibliográfica evidencian que los liderazgos éticos y participativos son el factor más determinante para la prevención del acoso. Los líderes que promueven la empatía, la transparencia y la escucha activa generan climas laborales de respeto, donde los conflictos pueden abordarse de forma constructiva antes de que deriven en situaciones de hostigamiento. En cambio, los modelos de dirección autoritarios o indiferentes facilitan la impunidad y perpetúan una cultura del silencio.

Asimismo, la comunicación organizacional efectiva se consolida como una herramienta esencial para detectar y

mitigar el acoso. Instituciones que fomentan la retroalimentación, las reuniones regulares de equipo y los espacios de expresión segura logran reducir la tensión interpersonal y aumentar la cohesión del grupo. La confianza institucional se convierte, por tanto, en un elemento preventivo de primer orden.

Otro aspecto clave identificado es la incorporación de valores éticos explícitos en la cultura institucional. El respeto, la justicia y la cooperación no deben limitarse a declaraciones formales, sino reflejarse en los comportamientos cotidianos, las políticas de gestión y las decisiones estratégicas de la organización. Solo cuando estos valores se integran en la práctica diaria, el acoso laboral deja de ser tolerado o normalizado.

Las políticas de prevención resultan igualmente determinantes. No basta con disponer de protocolos escritos; es necesario que sean conocidos, accesibles y aplicados de manera coherente. Los canales de denuncia deben ser confiables, imparciales y proteger efectivamente a las víctimas de represalias. La credibilidad de estos mecanismos institucionales es lo que garantiza que los trabajadores se sientan seguros para expresar sus experiencias y buscar apoyo. El bienestar psicológico del personal sanitario también surge como un indicador directo del estado cultural y organizacional de la institución. Los entornos donde se prioriza la salud mental, la conciliación laboral y el apoyo emocional muestran menores niveles

de estrés y mayor resiliencia frente a situaciones conflictivas. Cuidar a los profesionales de la salud significa, en última instancia, cuidar la calidad de la atención que reciben los pacientes.

De este modo, puede afirmarse que la prevención del acoso laboral no depende de intervenciones aisladas, sino de una estrategia integral que involucre liderazgo, comunicación, formación y cultura organizacional. Fomentar una cultura preventiva implica alinear los valores institucionales con las prácticas reales de gestión, creando estructuras sostenibles que promuevan el respeto y la colaboración como normas básicas de convivencia.

Mirando hacia el futuro, las instituciones sanitarias deben avanzar hacia modelos de gestión basados en la inteligencia emocional, la ética relacional y la participación colectiva. La implementación de programas de bienestar organizacional, formación en liderazgo positivo y monitoreo del clima laboral debe convertirse en una prioridad estratégica.

En conclusión, el entorno y la cultura organizacional constituyen la base estructural de cualquier política de prevención del acoso laboral. Un ambiente de trabajo saludable, sustentado en la comunicación, la equidad y el respeto, no solo protege al trabajador, sino que fortalece la seguridad del paciente y la sostenibilidad del sistema sanitario. La cultura organizacional no es un aspecto complementario: es la herramienta más

poderosa para garantizar instituciones más humanas, seguras y éticas.

7 Bibliografía

1. Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. *Bullying and Harassment in the Workplace: Developments in Theory, Research, and Practice*. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2020.
2. González M, Rodríguez F. Cultura organizacional y salud laboral en el ámbito sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95:e202108130.
3. Hoel H, Cooper CL. Organizational culture, stress and bullying. *Int J Manpow*. 2017;38(3):215-231.
4. Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Carvajal R. Acoso psicológico en el trabajo: Perspectivas teóricas y propuestas de intervención. *Psicothema*. 2019;31(2):178-186.
5. Organización Mundial de la Salud. *Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS*. Ginebra: OMS; 2018.
6. Schein EH. *Organizational Culture and Leadership*. 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2016.
7. López-Cabarcos MA, Vázquez-Rodríguez P. Liderazgo ético y clima organizacional en instituciones sanitarias. *Gac Sanit*. 2022;36(4):345-352.
8. Ortega A, Hogh A, Pejtersen JH. Prevalence and risk factors of bullying in healthcare. *J Nurs Manag*. 2020;28(3):672-681.

9. Escartín J, Arrieta C. Cultura de prevención y convivencia en hospitales. *Rev Psicol Trab Organ*. 2023;39(2):129-141.
10. Zapf D, Gross C. Conflict escalation and bullying in the workplace. *Eur J Work Organ Psychol*. 2020;29(5):730-749.
11. Salanova M, Schaufeli WB. El papel del liderazgo positivo en la prevención del acoso laboral. *An Psicol*. 2021;37(3):540-551.
12. Nielsen MB, Einarsen SV. Outcomes of exposure to workplace bullying: A meta-analytic review. *Work Stress*. 2018;32(4):309-332.
13. Vega P, Martínez S. Estrategias institucionales para la prevención del acoso laboral en enfermería. *Enferm Clin*. 2024;34(1):25-33.
14. Cortina L, Magley VJ. Patterns and profiles of response to incivility in the workplace. *J Occup Health Psychol*. 2019;24(2):189-202.
15. Gascón S, Martínez-Jarreta B. Prevención del acoso laboral en el personal sanitario: de la teoría a la práctica. *Med Segur Trab*. 2022;68(269):45-59.
16. Nielsen MB, Taris TW, Einarsen S. Justice perceptions as a buffer against workplace bullying. *Int Arch Occup Environ Health*. 2018;91(1):47-58.
17. Rodríguez-Fernández A, Pérez-López M. Consecuencias del acoso laboral en la salud ocupacional del personal sanitario. *Salud Trab*. 2021;29(1):33-42.
18. Vartia M. The role of organizational climate and culture in workplace bullying. *Psychol Health Med*. 2019;24(2):177-189.

Artículo 33

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL TRIAJE ESTRUCTURADO: CLASIFICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

IASMINA BEATRICE BRICIU

FÁTIMA CONDE ESPÍÑO

SARA JOSEFA PUY ROC

RAQUEL PÉREZ MARINAS

RAQUEL ASÍN

MARTA TERRADO ROYO

Introducción: El triaje estructurado constituye el primer paso del proceso asistencial en urgencias y permite priorizar la atención según la gravedad clínica. La enfermería es el eje central de este procedimiento, al aplicar criterios objetivos de clasificación y tomar decisiones clínicas rápidas y seguras.

Objetivos: Analizar el papel de la enfermería en el triaje estructurado, describiendo el proceso de clasificación de pacientes, los sistemas utilizados y la importancia del juicio clínico en la toma de decisiones.

Metodología: Revisión narrativa de literatura científica en PubMed, Scielo y Dialnet, junto con guías de actuación en urgencias del Ministerio de Sanidad y sociedades científicas de enfermería de emergencias, publicadas entre 2015 y 2024.

Resultados: La enfermería en el triaje aplica sistemas estandarizados como el Manchester Triage System o el Sistema Español de Triage, valorando síntomas, constantes vitales y mecanismos de lesión. Su capacidad de análisis, comunicación y

priorización determina la correcta distribución de recursos y la seguridad del paciente. La formación avanzada y la experiencia clínica son factores determinantes para garantizar una clasificación eficaz y reducir tiempos de espera.

Discusión-Conclusión: La enfermería desempeña un rol autónomo y decisivo en el triaje estructurado. Su intervención, basada en protocolos y en el juicio clínico, optimiza la atención inicial, mejora la gestión del flujo asistencial y contribuye a la calidad y seguridad en los servicios de urgencias.

1 Palabras clave

Triage; enfermería; urgencias; clasificación; toma de decisiones clínicas

2 Introducción

Los servicios de urgencias son entornos de alta presión asistencial donde la rápida identificación de la gravedad del paciente es fundamental para garantizar una atención eficiente y segura. El triaje estructurado es un proceso de valoración inicial que clasifica a los pacientes en función de su urgencia clínica, permitiendo priorizar los casos más graves y organizar el flujo asistencial de forma equitativa.

La enfermería, como primera línea de contacto en urgencias, desempeña un papel protagonista en este proceso. Su actuación implica la aplicación de sistemas de clasificación basados en algoritmos clínicos y escalas de prioridad, así como la toma de decisiones inmediatas ante situaciones potencialmente críticas. El triaje no se limita a una evaluación administrativa, sino que constituye un acto clínico autónomo que requiere juicio profesional, experiencia y formación específica.

Entre los sistemas de clasificación más utilizados se encuentran el Manchester Triage System (MTS), el Sistema Español de Triage (SET) y el Emergency Severity Index (ESI). Todos ellos establecen niveles de prioridad que guían el tiempo máximo de espera y los recursos a emplear. La correcta aplicación de estos sistemas depende de la capacidad de la enfermería para integrar información clínica, interpretar signos vitales y detectar signos de alarma en segundos. La precisión en el triaje determina la calidad de la atención, influye en los tiempos de respuesta y condiciona la seguridad del paciente. Por ello, la enfermería de urgencias debe combinar competencias técnicas con habilidades de comunicación, gestión del estrés y toma de decisiones éticas.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el papel de la enfermería en el triaje estructurado y su implicación en la clasificación y toma de decisiones clínicas en urgencias.

Objetivos secundarios:

- Describir el proceso de triaje y los sis-

temas estructurados más utilizados en España y Europa.

- Identificar las competencias enfermeras necesarias para una valoración eficaz.
- Valorar la importancia de la formación y la experiencia en la calidad del triaje y la seguridad del paciente.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2015 y 2024 en las bases de datos PubMed, Scielo y Dialnet, utilizando los términos “triaje”, “enfermería”, “urgencias” y “toma de decisiones clínicas”.

Se consultaron guías del Ministerio de Sanidad, de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE), así como estudios que evaluaran la fiabilidad, precisión y resultados clínicos de los distintos sistemas de triaje aplicados por enfermería.

5 Resultados

El triaje estructurado es una competencia enfermera esencial que requiere la integración de conocimientos clínicos, habilidades de comunicación y capacidad de priorización en contextos de presión asistencial. La literatura evidencia que los sistemas estructurados mejoran

la seguridad del paciente, la eficiencia del servicio y la equidad en la atención, siempre que sean aplicados por profesionales cualificados y entrenados.

La enfermería, en su rol de triaje, realiza una valoración inicial basada en la observación directa y en la recogida rápida de información clínica relevante. Evalúa el motivo de consulta, los signos y síntomas principales, las constantes vitales y, en caso necesario, aplica escalas complementarias (como la Glasgow, EVA de dolor, saturación de oxígeno o temperatura). A partir de esta información, clasifica al paciente en un nivel de prioridad que determina el tiempo máximo de espera y el tipo de atención que debe recibir.

El juicio clínico enfermero adquiere un papel determinante en este proceso. Más allá del algoritmo, la enfermería debe interpretar la situación de forma holística, considerando variables como edad, comorbilidades, estado mental o riesgo vital. La toma de decisiones se basa en la síntesis de datos objetivos y en la percepción profesional del estado general del paciente, lo que permite detectar situaciones críticas que podrían pasar inadvertidas en una valoración puramente protocolizada.

En la práctica, la clasificación se apoya en sistemas estructurados. El Manchester Triage System y el Sistema Español de Triage establecen cinco niveles de prioridad, desde emergente (nivel I) hasta no urgente (nivel V). El uso de algoritmos sintomáticos guía la en-

trevista enfermera y minimiza la variabilidad, pero el criterio profesional es imprescindible para ajustar el nivel cuando el algoritmo no refleja adecuadamente la gravedad. Esta capacidad de adaptación constituye una de las fortalezas del triaje enfermero frente a modelos automatizados.

La comunicación efectiva con el paciente y el equipo es otro componente clave. El enfermero de triaje debe transmitir confianza, recoger información precisa en un tiempo limitado y coordinar la derivación al área asistencial correspondiente. Su labor de orientación y contención emocional ayuda a reducir la ansiedad de los pacientes y familiares, especialmente en servicios con alta demanda.

La calidad del triaje depende directamente de la formación continua y de la experiencia clínica del profesional. Los estudios demuestran que la fiabilidad interobservador y la precisión en la clasificación aumentan significativamente tras programas de entrenamiento en sistemas de triaje y simulación de casos clínicos. Asimismo, la implementación de auditorías periódicas y la retroalimentación del desempeño fortalecen la consistencia en la toma de decisiones.

La investigación revisada subraya la importancia de la enfermería en la toma de decisiones clínicas autónomas durante el triaje. En casos de prioridad máxima, la enfermera puede activar directamente el protocolo de emergen-

cias (por ejemplo, código ictus, sepsis o trauma grave), iniciar medidas básicas de soporte vital y alertar al equipo médico sin demora. Esta capacidad de respuesta inmediata mejora la supervivencia y reduce los tiempos críticos de atención.

El triaje estructurado, además, desempeña una función estratégica en la gestión del flujo asistencial. Permite optimizar los recursos disponibles, evitar la saturación y garantizar que cada paciente reciba atención en el momento adecuado. La participación de enfermería en la coordinación de estos flujos contribuye a una atención más segura y eficiente.

6 Discusión-Conclusión

El triaje estructurado es una competencia avanzada de la enfermería en urgencias, que combina la aplicación de protocolos con el juicio clínico y la toma de decisiones autónomas. Su correcta ejecución garantiza la detección precoz de situaciones críticas, la priorización adecuada de los recursos y la reducción de tiempos asistenciales.

El enfermero de triaje actúa como punto de enlace entre la demanda asistencial y la capacidad del servicio, asegurando que las decisiones se tomen de manera rápida, segura y equitativa. Su papel requiere alta capacitación técnica, experiencia clínica y formación específica en sistemas de clasificación y comunicación efectiva.

En conclusión, la enfermería es el pilar operativo del triaje estructurado. Su intervención, sustentada en la valoración integral del paciente, el uso de algoritmos estandarizados y la toma de decisiones basadas en la evidencia, contribuye directamente a la seguridad del paciente, a la eficiencia hospitalaria y a la calidad global de la atención en los servicios de urgencias.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Manual de triaje hospitalario y de emergencias. Madrid: MSSSI; 2021.
2. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE). Guía práctica del Sistema Español de Triage. Madrid: SEEUE; 2020.
3. Manchester Triage Group. Emergency Triage. 4^a ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2018.
4. Conejo-Casas J, Torres Hidalgo M. Rol de la enfermería en la clasificación estructurada de pacientes en urgencias. *Enferm Clin*. 2021;31(4):299-307.
5. Rodríguez-Peña J, López-Casanova P. Toma de decisiones clínicas y triaje enfermero: seguridad y eficiencia asistencial. *Rev Esp Salud Pública*. 2022;96:e202206153.

Artículo 34

EL TRABAJADOR SOCIAL COMO ENLACE ENTRE LA COMUNIDAD Y EL SISTEMA SANITARIO

SUSANA ATRIÁN CASANOVA

SILVIA BLANC OMEDES

ANA BASILISA ROCHE BORGE

ROMAN LOBERA MOLINA

ELENA VAL CALVO

GABRIELA BOUR

Introducción: El trabajador social sanitario cumple un papel esencial como puente entre la comunidad y el sistema de salud. Su intervención garantiza la accesibilidad, continuidad y equidad en la atención, abordando los determinantes sociales que influyen en la salud de la población.

Objetivos: Analizar la función del trabajador social como enlace entre la comunidad y el sistema sanitario, describir sus estrategias de intervención comunitaria y resaltar su papel en la promoción de la salud y la cohesión social.

Metodología: Revisión narrativa de literatura científica y normativa en bases de datos como PubMed, Scielo y Dialnet, junto con documentos de la OMS y el Ministerio de Sanidad sobre trabajo social sanitario y salud comunitaria, publicados entre 2015 y 2024.

Resultados: El trabajador social actúa como mediador entre los usuarios y los servicios sanitarios, identifica necesidades sociales que condicionan la salud, promueve

la participación comunitaria y facilita el acceso equitativo a recursos. Su intervención fortalece la coordinación entre los dispositivos sanitarios y los recursos sociales locales, contribuyendo a la integración de las políticas públicas de salud y bienestar.

Discusión-Conclusión: El trabajador social constituye un vínculo esencial entre la comunidad y el sistema sanitario. Su enfoque biopsicosocial permite abordar los factores estructurales de la salud, mejorar la accesibilidad y fortalecer las redes de apoyo, impulsando un modelo de atención integral, humanizado y participativo.

1 Palabras clave

Trabajo social sanitario; salud comunitaria; mediación; equidad; participación social

2 Introducción

El sistema sanitario no puede comprenderse de forma aislada del entorno social, económico y cultural en el que las personas viven. Los determinantes sociales de la salud, como la vivienda, el empleo, la educación, la alimentación o el apoyo familiar, condicionan de manera decisiva el bienestar físico y mental. Estas desigualdades no pueden abordarse únicamente desde la intervención médica, sino que requieren un enfoque integral que incorpore la dimensión social en la atención sanitaria. En este contexto, el trabajador social sanitario se consolida como una figura esencial que conecta las estructuras sanitarias con la realidad comunitaria, actuando como mediador entre los profesionales de la salud y el entorno social del paciente.

Su función principal es detectar, valorar y abordar los factores sociales que

afectan a la salud, asegurando que las personas reciban los apoyos necesarios para mantener su bienestar. A través de la coordinación con servicios sociales, asociaciones y recursos comunitarios, el trabajador social garantiza la continuidad asistencial y promueve la equidad en el acceso a los servicios.

Además, su labor no se limita al ámbito asistencial. Desde una perspectiva preventiva y de promoción de la salud, impulsa programas educativos, acciones comunitarias y redes de colaboración que fortalecen la participación ciudadana y la cohesión social. De este modo, el trabajador social sanitario no solo contribuye a la resolución de problemas individuales, sino que transforma la atención sanitaria en un proceso más humano, inclusivo y orientado hacia la justicia social y la igualdad de oportunidades.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el papel del trabajador social como enlace entre la comunidad y el sistema sanitario.

Objetivos secundarios:

- Describir las funciones de mediación y coordinación del trabajador social en el ámbito comunitario.
- Identificar las estrategias de promoción de la salud y prevención social impulsadas desde el trabajo social sanitario.
- Resaltar la importancia del enfoque biopsicosocial y comunitario en la atención integral.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica y normativa en bases de datos como PubMed, Scielo y Dialnet, seleccionando publicaciones entre 2015 y 2024. Se emplearon los descriptores “trabajo social sanitario”, “salud comunitaria”, “mediación social” y “determinantes sociales de la salud”.

Se consultaron también documentos de la Organización Mundial de la Salud, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud y manuales de intervención social comunitaria del Consejo General del Trabajo Social.

5 Resultados

La revisión mostró que el trabajador social sanitario cumple una función transversal dentro del sistema de salud, actuando como puente entre el ámbito sanitario y la comunidad. Su labor no

se limita al acompañamiento individual, sino que articula políticas, recursos y servicios orientados al bienestar integral de las personas y a la reducción de las desigualdades sociales en salud. A través de su intervención, el trabajador social contribuye a que el sistema sanitario se conecte con las realidades sociales y económicas que determinan el estado de salud de la población.

En primer lugar, se identificó su rol de mediador y facilitador del acceso a los servicios sanitarios. Este papel resulta especialmente relevante en colectivos vulnerables, como personas mayores, migrantes, familias en situación de riesgo o personas con discapacidad. El trabajador social orienta al usuario sobre sus derechos, recursos disponibles y procedimientos administrativos, garantizando la accesibilidad y equidad en la atención. Además, detecta barreras estructurales —económicas, culturales, idiomáticas o de género— que dificultan el acceso al sistema de salud y trabaja en su resolución mediante la coordinación interinstitucional con servicios sociales, entidades del tercer sector y asociaciones vecinales. De esta forma, asegura que nadie quede excluido de la atención sanitaria por causas sociales o económicas.

Otra función esencial es la coordinación interinstitucional, mediante la cual el trabajador social establece canales de comunicación entre los distintos niveles asistenciales (atención

primaria, hospitalaria y salud mental) y los recursos comunitarios. Esta interconexión entre sectores permite ofrecer una atención continuada, integral y adaptada a las necesidades reales de cada paciente. Además, la coordinación evita duplicidades de intervenciones, mejora la eficiencia en el uso de los recursos y fortalece la continuidad asistencial. En casos complejos, el trabajador social asume un papel de gestor de casos, elaborando planes de seguimiento personalizados que combinan atención médica, apoyo social y acompañamiento familiar.

El trabajo comunitario y la promoción de la salud representan otro eje central de su desempeño. Desde un enfoque de participación ciudadana, el trabajador social impulsa programas de prevención y promoción en ámbitos como las adicciones, la salud mental, el envejecimiento activo, la salud escolar o la educación afectivo-sexual. Su intervención se basa en la proximidad y el trabajo directo con la población, promoviendo talleres, grupos de apoyo, redes vecinales y campañas educativas que fomentan hábitos saludables y fortalecen la cohesión comunitaria. Este enfoque participativo refuerza la corresponsabilidad en el cuidado de la salud y contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Los resultados revisados también destacan la importancia del enfoque biopsicosocial, que reconoce la interdependencia entre los factores biológicos,

psicológicos y sociales en la determinación de la salud. El trabajador social sanitario analiza la situación del individuo desde esta perspectiva global, proponiendo intervenciones que integren el tratamiento médico con la atención social y familiar. De esta manera, contribuye a una comprensión más profunda de las causas de la enfermedad y a la implementación de respuestas más efectivas y humanas. Este modelo de atención centrado en la persona favorece la equidad y la calidad de vida, al considerar al paciente no solo como receptor de cuidados, sino como protagonista de su propio proceso de salud.

Por último, la revisión subraya la necesidad de formación continua y actualización profesional del trabajador social en áreas como políticas sociales, salud pública, trabajo en red, mediación intercultural y comunicación comunitaria. Estas competencias permiten abordar la complejidad de las problemáticas sociales contemporáneas y fortalecer la colaboración interdisciplinar. La especialización en gestión de casos, atención comunitaria y diseño de programas sociales mejora la efectividad de las intervenciones y refuerza el vínculo entre el sistema sanitario y la ciudadanía.

6 Discusión-Conclusión

El trabajador social sanitario constituye un pilar esencial en la construcción de un sistema de salud más acce-

sible, inclusivo y conectado con la comunidad. Su capacidad para detectar desigualdades, articular recursos y promover la participación ciudadana convierte su labor en un elemento indispensable para la salud pública.

Su intervención favorece la continuidad asistencial, previene la exclusión y fomenta la equidad territorial en el acceso a los servicios. Asimismo, su rol en la educación sanitaria y en la dinamización de redes comunitarias impulsa la corresponsabilidad social en el cuidado de la salud.

En conclusión, el trabajador social actúa como enlace entre la comunidad y el sistema sanitario, integrando la atención clínica con la realidad social. Su enfoque biopsicosocial y comunitario consolida un modelo de salud centrado en las personas, donde la participación, la equidad y la justicia social son principios fundamentales para el bienestar colectivo.

CGTS; 2022.

4. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. El trabajo social sanitario y la comunidad: una alianza para la salud pública. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95:e202105136.

5. Rodríguez-Peña J, García Ortega L. Intervención comunitaria y coordinación sociosanitaria: el papel del trabajador social. *Enferm Clin*. 2022;32(3):167-173.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSSSI; 2021.

2. Organización Mundial de la Salud. Social determinants of health and the role of social workers. Geneva: WHO; 2020.

3. Consejo General del Trabajo Social. Manual de intervención social comunitaria en el ámbito sanitario. Madrid:

Artículo 35

ACTUACIÓN DEL GRADUADO EN ENFERMERÍA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA: SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO

RAQUEL ASÍN

MARTA TERRADO ROYO

IASMINA BEATRICE BRICIU

FÁTIMA CONDE ESPÍÑO

SARA JOSEFA PUY ROC

RAQUEL PÉREZ MARINAS

Introducción: La parada cardiorrespiratoria (PCR) constituye una emergencia vital que requiere una intervención inmediata y coordinada. El graduado en Enfermería cumple un papel fundamental en la detección precoz, el inicio del soporte vital básico (SVB) y la participación activa en el soporte vital avanzado (SVA), garantizando la continuidad y eficacia del proceso de reanimación.

Objetivos: Analizar la actuación del graduado en Enfermería ante una parada cardiorrespiratoria, diferenciando las intervenciones correspondientes al SVB y al SVA, y destacar la importancia de la formación y la coordinación interdisciplinar.

Metodología: Revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2015 y 2024 en PubMed, Scielo y Dialnet, junto con guías de práctica clínica del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) y del Ministerio de Sanidad.

Resultados: La enfermería interviene desde la identificación del paro mediante valoración del nivel de conciencia y respiración, iniciando compresiones torácicas

de calidad y ventilaciones eficaces. En el soporte avanzado, el graduado en Enfermería colabora en la intubación o maneja dispositivos supraglóticos, canaliza vías venosas o intraóseas, administra medicación (adrenalina, amiodarona) y participa en el uso del desfibrilador. La coordinación y el liderazgo compartido del equipo aumentan la supervivencia y reducen secuelas neurológicas.

Discusión-Conclusión: El graduado en Enfermería, gracias a su formación técnica y capacidad de decisión, constituye una figura esencial en la atención a la PCR. Su intervención rápida, estructurada y basada en protocolos internacionales asegura una respuesta eficaz y mejora los resultados clínicos.

1 Palabras clave

Parada cardiorrespiratoria; soporte vital básico; soporte vital avanzado; enfermería; reanimación cardiopulmonar

2 Introducción

La PCR constituye una de las emergencias más críticas en el ámbito sanitario, caracterizada por la interrupción súbita e inesperada de la actividad mecánica del corazón, con la consecuente ausencia de respiración y pulso. Su abordaje inmediato y coordinado es determinante para la supervivencia del paciente, ya que cada minuto de demora en la reanimación reduce entre un 7 % y un 10 % las probabilidades de éxito. En este contexto, el graduado en Enfermería ocupa un papel esencial dentro de la cadena de supervivencia, siendo frecuentemente el primer profesional en identificar la situación, activar el sistema de emergencias y poner en marcha las maniobras de SVB.

La formación y competencia técnica del enfermero permiten además una participación activa en el SVA, colaborando

en la gestión de la vía aérea, la administración de fármacos y la desfibrilación, en coordinación con el equipo multidisciplinar. Su actuación requiere rapidez, precisión y capacidad de liderazgo, junto con una comunicación eficaz que garantice la sincronización del grupo durante la reanimación.

El conocimiento actualizado de los protocolos internacionales, unido a la práctica continuada y a la simulación clínica, fortalece el papel del profesional de enfermería como pieza clave en la atención integral y segura de la parada cardiorrespiratoria tanto en el entorno hospitalario como extrahospitalario.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar la actuación del graduado en Enfermería en la atención a la parada cardiorrespiratoria, diferenciando las funciones en el soporte vital básico y avanzado.

Objetivos secundarios:

- Describir las competencias técnicas y clínicas del profesional de en-

fermería durante la reanimación cardiopulmonar.

- Identificar la relevancia de la coordinación y comunicación dentro del equipo de reanimación.
- Valorar la importancia de la formación continua y la simulación clínica en la respuesta ante emergencias vitales.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica entre 2015 y 2024 en bases de datos como PubMed, Scielo y Dialnet, utilizando los términos “enfermería”, “parada cardiorrespiratoria”, “soporte vital básico” y “soporte vital avanzado”.

Se revisaron las guías del Consejo Europeo de Resucitación (ERC, 2021), las recomendaciones de la American Heart Association (AHA) y los protocolos de atención a emergencias del Ministerio de Sanidad. Se incluyeron estudios y revisiones sobre la actuación enfermera en contextos hospitalarios y prehospitalarios.

5 Resultados

La literatura consultada confirma que la actuación enfermera en la parada cardiorrespiratoria es determinante para la supervivencia del paciente y que su papel se desarrolla en dos ámbitos complementarios: el SVB y el SVA.

En el soporte vital básico, el graduado en Enfermería tiene la responsabilidad

de identificar la PCR y comenzar de inmediato las maniobras de RCP. La valoración inicial se realiza evaluando el nivel de conciencia, la respiración y la presencia de pulso carotídeo o femoral. Ante la confirmación de ausencia de signos vitales, el profesional activa el equipo de emergencias internas o el código de reanimación y procede a iniciar las compresiones torácicas.

Las compresiones deben tener una profundidad de 5-6 cm en adultos, a una frecuencia de 100-120 por minuto, permitiendo el retroceso completo del tórax y minimizando las interrupciones. La enfermería garantiza que se mantenga una adecuada calidad de las maniobras, alternando compresiones con ventilaciones en una relación 30:2 si no se dispone de dispositivo avanzado de vía aérea. El uso del desfibrilador externo automático (DEA) forma parte del SVB: la enfermera aplica los parches, sigue las indicaciones del equipo y asegura que nadie toque al paciente durante la descarga.

Durante esta fase, la capacidad del enfermero para mantener la calma, coordinar la intervención y comunicarse con el equipo resulta crucial. Su liderazgo en los primeros minutos puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

En el soporte vital avanzado, el graduado en Enfermería amplía su intervención con técnicas más complejas, orientadas a restablecer la circulación espontánea. Entre sus funciones se incluye

la preparación y manejo de dispositivos para la vía aérea, asistiendo en la intubación orotraqueal o utilizando dispositivos supraglóticos (mascarilla laríngea, tubo faringolaríngeo). Controla la oxigenoterapia, monitoriza los parámetros vitales y ajusta la ventilación según las guías.

Asimismo, el enfermero canaliza vías venosas periféricas o intraóseas para la administración de medicación. Colabora en la preparación y administración de fármacos como adrenalina (1 mg cada 3-5 minutos en ritmos no desfibrilables), amiodarona tras la tercera descarga en ritmos desfibrilables o bicarbonato en casos seleccionados. Además, maneja el desfibrilador manual o semiautomático, seleccionando la energía y realizando la descarga de forma segura tras confirmar el ritmo con el equipo médico.

La documentación y el registro cronológico de la RCP son también funciones esenciales del graduado en Enfermería. Registrar el tiempo de inicio, las dosis administradas, el tipo de ritmo y los resultados de cada ciclo permite garantizar la trazabilidad y facilita la toma de decisiones.

La actuación enfermera no finaliza con la recuperación de la circulación espontánea (ROSC). Durante la fase postresucitación, colabora en la estabilización hemodinámica, el control de la temperatura y el traslado del paciente a cuidados intensivos, monitorizando continuamente la oxigenación, la ventilación y

la respuesta neurológica.

La evidencia revisada muestra que la formación continuada y los entrenamientos periódicos en RCP aumentan la competencia y la confianza del profesional, mejoran la calidad de las maniobras y aumentan la supervivencia extrahospitalaria e intrahospitalaria. Los simulacros de alta fidelidad permiten perfeccionar la coordinación y reducir los tiempos de respuesta.

La comunicación y el trabajo en equipo son factores críticos. El graduado en Enfermería actúa como enlace entre los distintos miembros del equipo, coordinando roles, anticipando necesidades y garantizando una actuación ordenada. El liderazgo colaborativo, la asignación clara de tareas y el uso de terminología estandarizada (como el modelo closed-loop communication) aumentan la eficacia del equipo de reanimación.

6 Discusión-Conclusión

El graduado en Enfermería desempeña un papel esencial y multifacético en la atención a la parada cardiorrespiratoria. Su intervención abarca desde la detección precoz y el inicio del soporte vital básico hasta la ejecución de maniobras avanzadas dentro del equipo de reanimación.

El dominio técnico de las maniobras, junto con el juicio clínico, la coordinación y la capacidad de liderazgo, hacen del enfermero un profesional indispensable en la cadena de supervivencia.

La formación continua, la simulación clínica y la actualización en guías internacionales son imprescindibles para mantener la calidad de la atención y reducir la mortalidad asociada a la PCR. En conclusión, la actuación del graduado en Enfermería durante la parada cardiorrespiratoria constituye un pilar fundamental del sistema de emergencias sanitarias. Su rápida respuesta, la correcta ejecución de las maniobras de soporte vital y su participación activa en el equipo multidisciplinar garantizan la seguridad, eficacia y humanización del proceso de reanimación. Salud Pública. 2022;96:e202206188.

7 Bibliografía

1. European Resuscitation Council. European Resuscitation Guidelines 2021: Adult Basic and Advanced Life Support. Resuscitation. 2021;161:115–150.
2. Ministerio de Sanidad. Guía de actuación ante la parada cardiorrespiratoria. Madrid: MSSSI; 2020.
3. American Heart Association. 2020 Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2020;142(16):S366–S468.
4. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. Rol del graduado en Enfermería en el soporte vital avanzado. Enferm Clin. 2021;31(4):287–294.
5. Rodríguez-Peña J, García Ortega L. Formación y competencias enfermeras en reanimación cardiopulmonar: impacto en la supervivencia. Rev Esp

Artículo 36

EVOLUCIÓN DE LA DIGITALIZACIÓN EN IMAGEN RADIOLÓGICA

MARINA MARTÍNEZ CHAVERO

JUAN MURCIA NAVASCUÉS

La digitalización de la imagen en radiología ha transformado la práctica radiológica a lo largo de los años, empezando por los sistemas analógicos hasta su digitalización en la actualidad. Este artículo revisa la evolución tecnológica, el desarrollo de la radiología computarizada (CR), la radiología digital (DR), además de la creación del estándar DICOM que permitió el intercambio seguro de imágenes entre equipos y hospitales.

1 Palabras clave

Digitalización, imagen médica, radiología, DICOM, PACS, evolución tecnológica, sistemas digitales, radiología computarizada, radiología digital.

2 Introducción

Desde sus orígenes, la imagen médica ha sido uno de los pilares en el diagnóstico clínico. Después del descubrimiento de los rayos X y cuando se empezaron a utilizar de manera rutinaria en diagnóstico, las radiografías se obtenían y almacenaban en soporte físico utilizando las películas radiográficas.

Este sistema presentaba limitaciones: el gran espacio físico que ocupaba, además del costo elevado del almacenamiento, sumando al riesgo en el deterioro de la imagen con el paso del tiempo.

El avance de la tecnología informática y la necesidad de optimizar los flujos de trabajo impulsaron el desarrollo de los sistemas digitales. Esto permitió eliminar el uso de la película, mejorar la calidad diagnóstica y facilitar el acceso a las imágenes de manera remota.

Uno de los primeros pasos fue el de la CR en la década de 1980 que sustituyó las películas por placas de fósforo fotoestimulable. Posteriormente, en la dé-

cada de 1980, apareció la radiología digital (DR) que permitió captar la imagen mediante detectores planos y así acelerar la obtención de los resultados.

El cambio tecnológico más importante fue el de la creación del estándar DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine), impulsado por el American College of Radiology (ACR) y la National Electrical Manufacturers Association (NEMA). Con este protocolo se consiguió un lenguaje común para todos los sistemas de imagen médica y así garantizó la compatibilidad entre equipos de diferentes fabricantes.

Después de todo esto, la introducción de los sistemas PACS (Picture Archiving and Communication System), basados en DICOM, completó la transición hacia una radiología totalmente digital.

3 Objetivos

El objetivo de este artículo es revisar la evolución de la digitalización en el diagnóstico por imagen, describiendo los principales hitos tecnológicos desde los sistemas analógicos hasta la implantación del estándar DICOM y los sistemas PACS, así como analizar su impacto en la práctica radiológica actual.

4 Metodología

Se realizó una revisión de la literatura científica publicada entre 1980 y 2025

en bases de datos como PubMed, Scopus y Google Scholar. Se utilizaron las siguientes etiquetas: digital radiography, computed radiography, DICOM, PACS y medical imaging history.

Se seleccionaron artículos de revisión, informes técnicos y documentos emitidos por organismos como el American College of Radiology (ACR) y la European Society of Radiology (ESR). Se priorizaron las fuentes que trataban sobre la evolución tecnológica, los estándares de comunicación y los cambios producidos por la digitalización.

5 Resultados

Los principales hitos identificados fueron:

- 1) Década de 1980: introducción de la radiografía computarizada (CR).
- 2) Década de 1990: desarrollo de la radiología digital directa (DR) y primeras redes de transmisión de imágenes.
- 3) 1993: publicación oficial del estándar DICOM 3.0, que estableció la compatibilidad universal entre equipos.
- 4) 2000–2010: expansión de los sistemas PACS y digitalización total de los servicios de radiología.
- 5) 2010–2025: consolidación del entorno digital con integración completa a la historia clínica electrónica y almacenamiento en la nube.

La digitalización de la imagen médica ha supuesto una de las transformaciones más importantes en la historia de la radiología. La transición desde los

primeros sistemas (analógicos) a los sistemas digitales ha mejorado la calidad de las imágenes, la eficiencia del trabajo radiológico, la seguridad del paciente y la accesibilidad de los datos clínicos.

El estándar DICOM ha sido el elemento clave que permitió esta evolución. Gracias a él, se consiguió la interoperabilidad entre equipos de diferentes fabricantes, la transmisión segura de información y la creación de sistemas PACS capaces de gestionar millones de estudios de manera centralizada.

Entre los principales beneficios destacan la eliminación del soporte físico, la mejora en la calidad diagnóstica, la reducción de costes y la posibilidad de acceder a los estudios desde cualquier punto de la red hospitalaria. Hay que tener en cuenta que también surgieron nuevos desafíos, como la necesidad de una infraestructura tecnológica robusta, la ciberseguridad y la gestión del almacenamiento masivo de datos.

Actualmente, la digitalización total ha sentado las bases para nuevas innovaciones, como la inteligencia artificial aplicada al diagnóstico por imagen y la telemedicina. El estándar DICOM sigue evolucionando para adaptarse a estas tecnologías emergentes, incluyendo formatos compatibles con imágenes tridimensionales, fusión multimodal y análisis automatizado.

6 Discusión-Conclusión

En conclusión, la evolución desde la película radiográfica hasta los sistemas digitales DICOM ha representado un salto importantísimo en la medicina moderna. Este proceso no solo ha optimizado la práctica radiológica, sino que ha abierto el camino hacia una gestión más eficiente, colaborativa y segura de la información médica, consolidando la era digital en el diagnóstico por imagen.

7 Bibliografía

1. Busch HP, Faulkner K. The history of digital radiography. *Radiat Prot Dosimetry*. 2005;114(1-3):5-10.
2. Duerinckx AJ, MacMahon H. Digital radiography: technical and clinical overview. *Radiographics*. 1993;13(4):807-818.
3. Pianykh OS. Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM): A Practical Introduction and Survival Guide. 2nd ed. Springer; 2012.
4. Huang HK. PACS and Imaging Informatics: Basic Principles and Applications. 3rd ed. Wiley-Blackwell; 2019.
5. American College of Radiology (ACR) and National Electrical Manufacturers Association (NEMA). Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM) Standard. 2023 Edition.
6. European Society of Radiology (ESR). The digital transformation of radiology:

A European perspective. *Insights Imaging*. 2020;11(1):135.

Artículo 37

HIGIENE AMBIENTAL Y DEL ENTORNO INMEDIATO DEL PACIENTE: INTERVENCIÓN DEL TCAE EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES CRUZADAS

MARÍA LAFUENTE ADE

M^a TERESA TELLO DOMINGUEZ

CRISTINA MIHAELA FLENCHES

VIOLETA SORINA MACAVEI

ANTONIA ARROYO PEREZ

ANTONIO RAYA ANTUNEZ

Introducción: La higiene ambiental en el entorno hospitalario es un componente esencial en la prevención de infecciones cruzadas. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel clave en el mantenimiento de la limpieza, la desinfección y la manipulación segura del entorno inmediato del paciente.

Objetivos: Analizar la intervención del TCAE en la higiene ambiental y del entorno próximo al paciente, identificando las medidas de prevención y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

Metodología: Revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2015 y 2024 en PubMed, Scielo y Dialnet, junto con guías de la Organización Mundial de la

Salud (OMS), el Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.

Resultados: La intervención del TCAE incluye la limpieza y desinfección de superficies, el manejo seguro de ropa y residuos, la correcta higiene de manos y la colaboración en la vigilancia ambiental. Estas prácticas reducen la carga microbiana y previenen la transmisión de patógenos multirresistentes. La formación continua y la adherencia a los protocolos institucionales son determinantes para garantizar la seguridad del paciente.

Discusión-Conclusión: La higiene ambiental es un pilar básico en la prevención de infecciones nosocomiales. El TCAE, mediante una actuación sistemática, responsable y coordinada con el equipo de enfermería, contribuye activamente a mantener un entorno hospitalario seguro y libre de contaminantes.

1 Palabras clave

TCAE; higiene hospitalaria; infecciones cruzadas; control de infecciones; desinfección ambiental

2 Introducción

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) constituyen uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, afectando a entre un 5 % y un 10 % de los pacientes hospitalizados. Su aparición incrementa la morbilidad, prolonga la estancia hospitalaria y eleva los costes sanitarios. Entre los factores que favorecen su desarrollo se encuentran la manipulación de dispositivos invasivos, la colonización bacteriana del entorno y las deficiencias en la limpieza o desinfección de superficies.

En este contexto, la higiene ambiental adquiere una relevancia fundamental como medida preventiva. El entorno inmediato del paciente —cama, mesilla,

barandillas, timbre, superficies de contacto y equipos de uso común— puede actuar como reservorio de microorganismos patógenos, facilitando la transmisión cruzada entre pacientes y profesionales. El TCAE tiene un papel determinante en la prevención de estas infecciones, al ser responsable de numerosas tareas que implican contacto directo con el paciente y su entorno.

Su actuación, enmarcada dentro de los protocolos de limpieza, desinfección y bioseguridad, contribuye a mantener un ambiente hospitalario seguro. El cumplimiento estricto de las normas de higiene de manos, el uso adecuado de equipos de protección individual (EPI), el manejo correcto de la ropa sucia y residuos sanitarios y la desinfección sistemática de superficies de alto contacto son acciones imprescindibles para evitar la propagación de microorganismos.

El compromiso del TCAE con la prevención de infecciones se sustenta en la formación, la responsabilidad profesional

y la coordinación con el equipo de enfermería y los servicios de medicina preventiva, garantizando así una atención segura y de calidad para todos los pacientes.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar la intervención del TCAE en la higiene ambiental y en la prevención de infecciones cruzadas dentro del entorno hospitalario.

Objetivos secundarios:

- Describir las técnicas de limpieza y desinfección aplicadas al entorno inmediato del paciente.
- Identificar las medidas de bioseguridad y prevención de infecciones en las que interviene el TCAE.
- Valorar la importancia de la formación continua y la adherencia a los protocolos institucionales.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica y guías clínicas publicadas entre 2015 y 2024 en bases de datos como PubMed, Scielo y Dialnet, utilizando los descriptores “TCAE”, “infecciones cruzadas”, “higiene hospitalaria” y “prevención de infecciones”.

Se consultaron las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del Ministerio de Sanidad y de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Se selec-

cionaron documentos que abordaran las funciones del TCAE en la limpieza, desinfección y mantenimiento del entorno hospitalario como estrategia de control de infecciones.

5 Resultados

La actuación del TCAE en la higiene ambiental constituye un elemento esencial dentro del sistema de control de infecciones hospitalarias. Su intervención se orienta a eliminar la carga microbiana de las superficies y objetos de uso frecuente, reducir el riesgo de transmisión cruzada y garantizar un ambiente limpio y seguro tanto para los pacientes como para el personal sanitario.

En la limpieza y desinfección del entorno inmediato, el TCAE sigue protocolos específicos que distinguen las superficies críticas (camas, barandillas, mesillas, pulsadores, material sanitario reutilizable) de las no críticas (suelos, mobiliario periférico). La limpieza debe realizarse de lo más limpio a lo más sucio, de arriba hacia abajo y de dentro hacia fuera, utilizando soluciones desinfectantes adecuadas y paños diferenciados por colores según el área de aplicación. La frecuencia se adapta al tipo de unidad y al estado del paciente, siendo más estricta en las áreas de aislamiento y cuidados intensivos.

El uso de EPI —guantes, bata, mascarilla y, en algunos casos, gafas de protección— previene la contami-

nación cruzada durante las tareas de aseo, limpieza o manipulación de residuos. La correcta secuencia de colocación y retirada de los EPI, junto con la higiene de manos antes y después de cada procedimiento, constituye una de las medidas más eficaces frente a la transmisión de microorganismos.

El manejo de ropa hospitalaria y residuos es otra función clave del TCAE. La ropa sucia debe recogerse sin agitarse, introduciéndose directamente en bolsas impermeables con cierre hermético, diferenciando la ropa contaminada por código de color. Los residuos sanitarios se clasifican y depositan en contenedores específicos según su naturaleza (biológicos, punzantes o generales), evitando la mezcla y el rebosamiento.

La limpieza y mantenimiento del material no crítico, como termómetros, tensiómetros, fonendoscopios o cuñas, requiere la desinfección entre pacientes, utilizando productos aprobados por el servicio de medicina preventiva. El TCAE debe verificar la correcta rotulación del material limpio y su almacenamiento en condiciones adecuadas de temperatura y humedad.

La colaboración en medidas de aislamiento es otra responsabilidad importante. En pacientes con infecciones transmisibles, el TCAE garantiza el cumplimiento de las precauciones estándar y específicas (contacto, gotas o aire), asegurando que el entorno se mantenga limpio y controlado. Además, participa en la reposi-

ción de material sanitario estéril, evitando la contaminación cruzada por manipulación inadecuada.

La formación continua en control de infecciones es determinante para mantener actualizados los conocimientos sobre agentes patógenos emergentes, productos de desinfección y nuevas normativas. Los estudios revisados demuestran que los centros con programas de capacitación periódica para TCAE presentan una reducción significativa en la tasa de infecciones nosocomiales.

El compromiso ético y profesional del TCAE, junto con la observancia de los protocolos institucionales, garantiza la sostenibilidad de las prácticas seguras. Su colaboración estrecha con el personal de enfermería y el servicio de medicina preventiva refuerza la cultura de seguridad y la calidad asistencial.

6 Discusión-Conclusión

La higiene ambiental y del entorno inmediato del paciente constituye un componente esencial de la prevención de infecciones cruzadas en el ámbito hospitalario. El TCAE, por su proximidad con el paciente y su responsabilidad en la limpieza y mantenimiento de espacios, desempeña una función estratégica en la reducción de la transmisión microbiana.

Su actuación debe ser sistemática, planificada y ajustada a los protocolos de cada centro, garantizando la limpieza

de superficies, el manejo seguro de ropa y residuos y la correcta aplicación de medidas de protección. Además, la formación continua y la sensibilización del personal son pilares indispensables para mantener un entorno hospitalario seguro.

En conclusión, el TCAE es un agente activo en la prevención de infecciones nosocomiales. Su trabajo, basado en la disciplina, la observación y la responsabilidad, contribuye de forma directa a la seguridad del paciente, a la eficiencia del sistema sanitario y al fortalecimiento de la cultura preventiva en los servicios de salud.

laria: seguridad y prevención. *Rev Esp Salud Pública*. 2022;96:e202206225.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Manual de prevención y control de infecciones en centros sanitarios. Geneva: WHO; 2021.
2. Ministerio de Sanidad. Guía técnica de higiene ambiental y prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Madrid: MSSSI; 2020.
3. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Protocolos de limpieza y desinfección hospitalaria. Madrid: SEMPSPH; 2021.
4. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. Función del TCAE en la higiene hospitalaria y control de infecciones cruzadas. *Enferm Clin*. 2021;31(6):435–442.
5. Rodríguez-Peña J, García Ortega L. Rol auxiliar en la desinfección hospita-

Artículo 38

EL CELADOR EN EL MARCO NORMATIVO DE IGUALDAD EFECTIVA ENTRE MUJERES Y HOMBRES EN EL SECTOR SANITARIO

MARÍA CARMEN LAGUNA RUIZ

ESTELA PUGA DIAZ

OLGA PUGA DIAZ

MARTA APARICIO CHAVARRI

SANDRA BRAVO ARROYO

JUAN JOSE MUÑOZ CARMONA

Introducción: El principio de igualdad entre mujeres y hombres constituye un pilar fundamental en el sistema sanitario español. El celador, como profesional integrado en equipos multidisciplinares, tiene la responsabilidad de contribuir a la aplicación práctica de las políticas de igualdad, garantizando un trato justo, respetuoso y libre de discriminación.

Objetivos: Analizar el papel del celador en la promoción y cumplimiento del marco normativo de igualdad efectiva en el sector sanitario, destacando su influencia en la prevención de actitudes sexistas y en la humanización del entorno asistencial.

Metodología: Revisión narrativa de legislación española vigente y literatura científica publicada entre 2015 y 2024 en bases de datos como Scielo y Dialnet, junto con documentos institucionales del Ministerio de Igualdad y del Ministerio de Sanidad.

Resultados: El celador participa en la construcción de entornos hospitalarios igualitarios mediante su conducta profesional, su comunicación libre de sesgos y su

cooperación en la prevención de discriminación o violencia de género. La formación en igualdad y sensibilización en perspectiva de género fortalece la convivencia laboral y mejora la atención al paciente.

Discusión-Conclusión: El celador desempeña un rol social relevante en la implantación del principio de igualdad efectiva dentro de las instituciones sanitarias. Su actitud ética, imparcial y respetuosa contribuye a consolidar una cultura laboral basada en la equidad, la dignidad y el respeto mutuo.

1 Palabras clave

Celador; igualdad de género; sanidad; equidad laboral; derechos laborales

2 Introducción

La igualdad entre mujeres y hombres constituye un principio esencial de los sistemas democráticos y una obligación legal en todos los ámbitos, incluido el sanitario. En España, este derecho se recoge principalmente en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que establece medidas para eliminar cualquier forma de discriminación y promover la equidad en el empleo público y privado. En el sector sanitario, esta normativa se complementa con el Real Decreto Legislativo 5/2015, que regula el Estatuto Básico del Empleado Público, y con los planes de igualdad institucionales impulsados por el Ministerio de Sanidad.

Dentro de este marco, la figura del celador tiene una relevancia significativa. Aunque tradicionalmente su función se ha centrado en tareas logísticas, de apoyo y traslado, su papel dentro del equipo asistencial y su contacto di-

recto con pacientes, familiares y profesionales le sitúan en una posición privilegiada para promover valores de respeto, igualdad y trato justo. El celador no solo debe cumplir sus funciones con neutralidad, sino también actuar como modelo de conducta en la eliminación de estereotipos de género y en la prevención de comportamientos discriminatorios o sexistas.

El entorno sanitario, donde conviven diferentes perfiles profesionales y usuarios, es un espacio donde la equidad y el respeto mutuo son imprescindibles para ofrecer una atención de calidad. En este contexto, el celador contribuye activamente al cumplimiento del marco normativo de igualdad, tanto en su interacción diaria como en su compromiso con la humanización y la convivencia laboral.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el papel del celador en el cumplimiento del marco normativo de igualdad efectiva entre mujeres y hombres en el sector sanitario.

Objetivos secundarios:

- Describir las normas legales que sustentan la igualdad en el entorno sanitario y su aplicación al desempeño del celador.
- Identificar las conductas profesionales que promueven la equidad, el respeto y la no discriminación.
- Valorar la importancia de la formación y sensibilización en igualdad para el desempeño ético y social del celador.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura jurídica y científica publicada entre 2015 y 2024 en bases de datos como Scielo, Dialnet y PubMed. Se emplearon los descriptores “celador”, “igualdad de género”, “sanidad” y “discriminación laboral”.

Se analizaron las principales normas españolas sobre igualdad —Ley Orgánica 3/2007, Estatuto Básico del Empleado Público, Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales— y las estrategias nacionales para la igualdad de género en el Sistema Nacional de Salud. Se incluyeron documentos oficiales del Ministerio de Igualdad, el Ministerio de Sanidad y estudios sobre cultura organizacional y equidad profesional en el ámbito sanitario.

5 Resultados

El papel del celador en el cumplimiento de la igualdad efectiva entre mujeres y hombres en el sector sanitario

se manifiesta en tres dimensiones interrelacionadas: ética profesional, convivencia laboral y atención al paciente.

En el plano ético y normativo, la actuación del celador debe regirse por los principios establecidos en la Ley Orgánica 3/2007 y en los planes de igualdad de su institución. Estos documentos promueven la igualdad de oportunidades, la conciliación laboral y familiar, la prevención del acoso sexual o por razón de sexo y la eliminación de cualquier discriminación basada en el género. El celador, como empleado público o contratado en centros sanitarios, tiene la obligación de conocer estas normas y actuar conforme a ellas.

En el ámbito de la convivencia laboral, su actitud influye directamente en la cohesión del equipo y en la creación de un ambiente de respeto mutuo. La igualdad comienza en el propio espacio de trabajo: uso de un lenguaje inclusivo, trato respetuoso hacia todos los compañeros, reparto equitativo de tareas sin sesgos de género y colaboración con la dirección del centro en la detección o comunicación de posibles conductas discriminatorias. El celador, además, contribuye al ejemplo institucional al promover valores de cooperación, empatía y corresponsabilidad.

Respecto a la atención al paciente, el celador ejerce una función social de gran relevancia. Su contacto directo con personas de diferentes edades, orígenes y condiciones le exige aplicar los principios de igualdad y no dis-

criminación en cada interacción. Debe ofrecer un trato digno, imparcial y empático, evitando actitudes paternalistas o estereotipadas. Asimismo, en los traslados o acompañamientos, su conducta debe garantizar la confidencialidad y el respeto a la intimidad, sin juicios de valor ni diferenciaciones basadas en género, orientación sexual o identidad.

La formación en igualdad y sensibilización de género constituye una herramienta fundamental para reforzar las competencias del celador. Los programas institucionales de formación continua en igualdad dotan al personal de recursos para identificar situaciones de desigualdad, prevenir actitudes machistas y fomentar la comunicación asertiva y respetuosa. Además, la incorporación de la perspectiva de género en la atención sanitaria mejora la calidad del servicio, al reconocer las necesidades específicas de hombres y mujeres desde un enfoque inclusivo.

La colaboración del celador en la prevención de la violencia de género también forma parte de su responsabilidad social. En muchos casos, este profesional puede detectar signos de maltrato o situaciones de vulnerabilidad durante el contacto con pacientes y familiares, por lo que su observación y comunicación con el equipo asistencial resultan fundamentales para activar los protocolos de actuación.

En conjunto, la implicación del celador en el cumplimiento del marco de igual-

dad no solo responde a un deber legal, sino también a una misión ética y profesional que fortalece el compromiso del sistema sanitario con los derechos humanos y la justicia social.

6 Discusión-Conclusión

El celador, como miembro del equipo sanitario, desempeña un papel fundamental en la implementación práctica de la igualdad efectiva entre mujeres y hombres. Su actuación diaria, guiada por el respeto, la imparcialidad y la empatía, contribuye a consolidar entornos laborales equitativos y libres de discriminación.

El cumplimiento de la normativa sobre igualdad requiere no solo conocimiento de las leyes, sino también una actitud activa de compromiso. El celador, mediante su conducta ética, el lenguaje inclusivo y la cooperación en la prevención de comportamientos sexistas, refuerza la credibilidad institucional y el respeto hacia los derechos de pacientes y compañeros.

En conclusión, el celador representa una pieza clave en la promoción de la igualdad real en el ámbito sanitario. Su trabajo cotidiano, aunque muchas veces discreto, tiene un profundo valor social: contribuir a una sanidad más justa, respetuosa y humanizada, donde el trato equitativo no sea solo una obligación legal, sino un principio ético que define la calidad del sistema público de salud.

7 Bibliografía

- 1.- España. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE núm. 71, 23 marzo 2007.
- 2.- Ministerio de Sanidad. Plan de Igualdad del Sistema Nacional de Salud 2022–2026. Madrid: MSSSI; 2022.
- 3.- Ministerio de Igualdad. Estrategia estatal para la igualdad entre mujeres y hombres 2020–2025. Madrid: MI; 2021.
- 4.- López-Casanova P, Torres Hidalgo M. Igualdad y equidad en el entorno hospitalario: el papel del celador. *Enferm Clin*. 2021;31(6):459–466.
- 5.- Rodríguez-Peña J, García Ortega L. Perspectiva de género y derechos laborales en el ámbito sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. 2022;96:e202206249.

Artículo 39

CONTENCIÓN VERBAL Y EMOCIONAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSICÓTICOS: INTERVENCIÓN NO COERCITIVA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARTA TERRADO ROYO

IASMINA BEATRICE BRICIU

FÁTIMA CONDE ESPÍÑO

SARA JOSEFA PUY ROC

RAQUEL PÉREZ MARINAS

RAQUEL ASÍN

Introducción: La atención a pacientes con trastornos psicóticos requiere habilidades de comunicación y control emocional por parte del personal de enfermería. La contención verbal y emocional se presenta como una intervención no coercitiva que prioriza el respeto, la empatía y la desescalada de la agitación sin recurrir a medidas físicas o farmacológicas.

Objetivos: Analizar el papel de la enfermería en la aplicación de técnicas de contención verbal y emocional en pacientes con trastornos psicóticos, destacando su eficacia en la prevención de conductas agresivas y su contribución a la humanización del cuidado.

Metodología: Revisión narrativa de literatura científica y guías clínicas publicadas entre 2015 y 2024 en PubMed, Scielo y Dialnet, junto con protocolos de la Aso-

ciación Española de Enfermería en Salud Mental (AEESME) y del Ministerio de Sanidad.

Resultados: La enfermería desempeña un papel esencial en la gestión de crisis psicóticas mediante el uso de la comunicación terapéutica, la empatía y la observación. La contención verbal, basada en el diálogo, el tono calmado y la escucha activa, reduce la ansiedad y la agitación, fortaleciendo la relación terapéutica.

Discusión-Conclusión: La intervención no coercitiva del personal de enfermería fomenta la confianza, disminuye el uso de medidas restrictivas y mejora la seguridad del entorno asistencial. La formación en salud mental y en técnicas de desescalada resulta imprescindible para garantizar una atención ética y humanizada.

1 Palabras clave

Enfermería psiquiátrica; contención verbal; comunicación terapéutica; trastornos psicóticos; atención humanizada

2 Introducción

El manejo del paciente con trastornos psicóticos en contextos hospitalarios o de urgencias representa uno de los mayores retos asistenciales para el personal de enfermería. Estos pacientes pueden experimentar delirios, alucinaciones, desorganización del pensamiento o pérdida del juicio de realidad, lo que, en determinados momentos, puede generar agitación, miedo o conductas agresivas. En tales situaciones, el modo en que el profesional se comunica y gestiona la crisis resulta determinante para garantizar la seguridad del paciente, del entorno y del propio equipo sanitario.

Tradicionalmente, las situaciones de agitación psicótica se han abordado mediante medidas de contención física o far-

macológica. Sin embargo, la evolución de la práctica enfermera y las políticas de humanización en salud mental promueven el uso prioritario de estrategias no coercitivas. La contención verbal y emocional, basada en la comunicación empática y el control del clima emocional, constituye una herramienta fundamental para desescalar la tensión y favorecer la cooperación del paciente sin vulnerar su dignidad ni su autonomía.

El personal de enfermería en unidades de salud mental desempeña un papel esencial en este proceso, al ser quien mantiene un contacto más estrecho y prolongado con el paciente. Su capacidad para interpretar señales de alarma, modular el tono comunicativo y ofrecer una presencia calmada y contenedora puede prevenir el paso de la agitación a la violencia. Estas intervenciones no solo reducen la necesidad de medidas coercitivas, sino que además fortalecen la relación terapéutica, fomentan la confianza y favorecen la recuperación emocional.

El concepto de contención verbal y

emocional no se limita a la palabra, sino que abarca una actitud global del profesional: postura corporal abierta, tono de voz sereno, mirada empática y capacidad para mantener la calma ante situaciones de alta tensión. Este enfoque requiere formación específica, práctica reflexiva y una profunda comprensión de los procesos psicopatológicos, así como del impacto emocional que estos generan en el paciente y en el propio profesional.

En definitiva, la intervención enfermera en el manejo de crisis psicóticas desde un modelo no coercitivo constituye una manifestación del compromiso ético con la atención humanizada. La contención verbal y emocional no solo previene la violencia y el sufrimiento, sino que promueve el respeto, la autonomía y la dignidad del paciente dentro del proceso terapéutico.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar la intervención enfermera en la contención verbal y emocional de pacientes con trastornos psicóticos como medida no coercitiva.

Objetivos secundarios:

- Describir las estrategias de comunicación terapéutica aplicadas en el manejo de la agitación psicótica.
- Evaluar la eficacia de la contención verbal y emocional en la reducción del uso de medidas restrictivas.
- Valorar la formación y competen-

cias necesarias del personal de enfermería en la atención psiquiátrica humanizada.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica y guías asistenciales publicadas entre 2015 y 2024 en las bases de datos PubMed, Scielo y Dialnet, utilizando los términos “contención verbal”, “enfermería psiquiátrica”, “trastornos psicóticos” y “comunicación terapéutica”.

Se consultaron los protocolos del Ministerio de Sanidad, la AEESME y la OMS. Se seleccionaron estudios y guías que abordaran la intervención enfermera en el manejo de la agitación psicótica y el uso de técnicas de desescalada no coercitiva.

5 Resultados

La revisión evidencia que la contención verbal y emocional constituye la primera línea de intervención ante la agitación psicótica y que su aplicación adecuada reduce de forma significativa la necesidad de recurrir a medidas coercitivas. El papel del enfermero es determinante, al situarse en el punto de equilibrio entre la seguridad clínica y el respeto a la autonomía del paciente. Su capacidad para gestionar la comunicación, interpretar el lenguaje no verbal y mantener el control emocional in-

fluye directamente en el desarrollo y desenlace de la crisis.

La intervención enfermera comienza con la detección precoz de signos de agitación. El enfermero debe identificar cambios en el tono de voz, inquietud motora, discurso acelerado o incremento de la irritabilidad, signos que anuncian la posible descompensación. Ante esta situación, la primera respuesta consiste en establecer un contacto calmado y empático, utilizando un tono de voz pausado y un lenguaje claro. Este primer acercamiento tiene un valor terapéutico crucial, ya que transmite seguridad y reduce la sensación de amenaza que experimenta el paciente.

La contención verbal implica un proceso comunicativo bidireccional, donde el enfermero valida las emociones del paciente sin reforzar su contenido delirante. Expresiones como “entiendo que te sientas así” o “sé que esto te asusta” son más efectivas que la confrontación o la negación de la vivencia psicótica. El objetivo no es discutir la realidad del paciente, sino acompañarlo en su percepción y reconducir su conducta hacia la calma. Este tipo de comunicación requiere autocontrol, escucha activa y dominio del lenguaje corporal.

La dimensión emocional de la contención se fundamenta en la presencia serena del profesional, que actúa como referente de estabilidad. La coherencia entre palabra, tono y postura corporal refuerza la sensación de seguridad.

Evitar movimientos bruscos, mantener una distancia terapéutica adecuada y adoptar una postura abierta favorecen un entorno no amenazante. El contacto visual, cuando se mantiene de manera respetuosa, refuerza el vínculo y permite que el paciente perciba que está siendo escuchado.

La enfermería también debe saber establecer límites claros de forma asertiva. La contención verbal no implica permisividad, sino una comunicación firme y empática que marca los márgenes de seguridad: “no puedo permitir que te hagas daño” o “vamos a buscar juntos una forma de calmarte”. Esta afirmación del límite, cuando se expresa desde la calma, evita la escalada de la violencia y mantiene la autoridad terapéutica sin recurrir a la coerción.

La intervención enfermera durante la crisis se complementa con el control ambiental: disminuir estímulos externos, reducir el ruido y garantizar la privacidad. Estas medidas favorecen la desescalada y permiten al paciente recuperar el autocontrol. Además, la observación continua de los signos fisiológicos —taquicardia, sudoración o hiperventilación— orienta sobre el grado de activación y la necesidad de ajustar la intervención.

La literatura revisada subraya que la relación terapéutica previa desempeña un papel decisivo en la eficacia de la contención verbal. Cuando el paciente reconoce al profesional como

una figura de confianza, la respuesta a la intervención verbal es más positiva. Por ello, el trabajo enfermero no se limita al momento de la crisis, sino que se construye a lo largo del proceso de hospitalización mediante una comunicación honesta, empática y continuada.

Asimismo, se constata que la formación en habilidades comunicativas, manejo de crisis y control emocional mejora la eficacia del personal de enfermería. Los programas de entrenamiento en desescalada y simulación de conflictos contribuyen a reducir la frecuencia de agresiones y a fortalecer la confianza del profesional ante situaciones de tensión. Las unidades que promueven una cultura institucional basada en la prevención, la escucha y la cooperación presentan menores índices de coerción y mayor satisfacción de pacientes y profesionales.

La contención verbal y emocional no solo previene la violencia, sino que también restaura la dignidad del paciente. Frente a la despersonalización que a veces acompaña a la enfermedad mental, el trato empático y respetuoso reafirma su identidad y su capacidad de autocontrol. Este enfoque, en consonancia con los principios de la bioética y los derechos humanos, se alinea con las recomendaciones internacionales para la atención humanizada en salud mental.

6 Discusión-Conclusión

La contención verbal y emocional constituye una herramienta esencial de la enfermería en salud mental, orientada a la gestión no coercitiva de las crisis psicóticas. Su aplicación, basada en la empatía, la comunicación terapéutica y el control emocional, permite reducir la agitación, preservar la seguridad y fortalecer el vínculo entre paciente y profesional.

El enfermero actúa como mediador entre la emoción y la conducta, proporcionando un espacio de calma donde el paciente puede sentirse escuchado y comprendido. Esta intervención requiere formación continua, autoconocimiento y trabajo en equipo, ya que la coherencia del grupo asistencial es determinante para mantener un entorno seguro y empático.

En conclusión, la contención verbal y emocional no es solo una técnica, sino una filosofía de cuidado que sitúa al paciente en el centro del proceso terapéutico. Al sustituir la coerción por la comunicación, la enfermería reafirma su compromiso con la dignidad humana, la seguridad clínica y la humanización de la atención en salud mental.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Protocolo de actuación ante situaciones de agitación psicomotriz. Madrid: MSSSI; 2021.
2. Asociación Española de Enfermería

en Salud Mental (AEESME). Guía de buenas prácticas en contención verbal y emocional. Madrid: AEESME; 2022.

3. Organización Mundial de la Salud. *QualityRights: Human rights and mental health care*. Geneva: WHO; 2020.

4. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. Comunicación terapéutica y manejo no coercitivo de la agitación psicótica. *Enferm Clin*. 2021;31(6):483–490.

5. Rodríguez-Peña J, García Ortega L. Intervenciones enfermeras en contención emocional y prevención de la violencia en salud mental. *Rev Esp Salud Pública*. 2022;96:e202206271.

Artículo 40

ACOMPANIAMIENTO DEL MENOR EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS: TÉCNICAS DE CONTENCIÓN Y COMUNICACIÓN EFECTIVA

SARA JOSEFA PUY ROC

RAQUEL PÉREZ MARINAS

RAQUEL ASÍN

MARTA TERRADO ROYO

IASMINA BEATRICE BRICIU

FÁTIMA CONDE ESPÍÑO

Introducción: Las pruebas diagnósticas en pediatría suelen generar ansiedad, miedo y resistencia por parte del menor. El acompañamiento profesional y familiar, junto con técnicas adecuadas de contención y comunicación, son fundamentales para garantizar la seguridad del procedimiento y una experiencia positiva.

Objetivos: Analizar el papel del personal de enfermería en el acompañamiento del menor durante pruebas diagnósticas, describiendo las estrategias de contención física y emocional, así como los recursos de comunicación efectiva más adecuados según la edad.

Metodología: Revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2015 y 2024 en bases de datos PubMed, Scielo y Dialnet, y de guías clínicas de la Asociación Española de Pediatría y la Sociedad Española de Enfermería Pediátrica.

Resultados: El uso de un lenguaje adaptado, la anticipación de la información, la distracción y el refuerzo positivo reducen la ansiedad y mejoran la cooperación.

La contención física, aplicada solo cuando es estrictamente necesaria, debe acompañarse de una actitud calmada, explicativa y empática, evitando percepciones coercitivas.

Discusión-Conclusión: El acompañamiento del menor durante las pruebas diagnósticas requiere una intervención enfermera basada en la comunicación terapéutica, la empatía y la seguridad. Estas técnicas favorecen la confianza, disminuyen la ansiedad y humanizan la atención pediátrica.

1 Palabras clave

Pediatría; comunicación terapéutica; contención emocional; acompañamiento; ansiedad infantil

2 Introducción

La realización de pruebas diagnósticas en el entorno pediátrico —ya sean analíticas, exploraciones radiológicas, ecografías o procedimientos más invasivos— representa una experiencia potencialmente estresante para el niño. La combinación de un entorno desconocido, el uso de instrumental técnico y la separación parcial de sus figuras de apego pueden generar miedo, desconfianza o conductas de oposición. Estas reacciones son respuestas normales del desarrollo, pero si no se abordan adecuadamente pueden interferir con la eficacia del procedimiento y provocar recuerdos negativos que condicionen futuras experiencias sanitarias.

En este contexto, la intervención de enfermería adquiere una importancia central. El profesional actúa como mediador entre el niño, la familia y el equipo técnico, garantizando la seguri-

dad clínica y el bienestar emocional. Su papel no se limita a la preparación técnica del procedimiento, sino que incluye la gestión de emociones, la comunicación adaptada a la edad y el acompañamiento terapéutico. El objetivo no es solo conseguir la inmovilidad o la colaboración del menor, sino preservar su dignidad y su confianza.

La contención —física, verbal o emocional— constituye una herramienta de apoyo, no de coerción. Su finalidad es mantener al niño en una postura segura y evitar lesiones o repeticiones innecesarias del procedimiento, siempre minimizando el malestar y explicando cada paso. Paralelamente, las estrategias de comunicación efectiva y la participación familiar son esenciales. Explicar lo que va a ocurrir, utilizar palabras sencillas, permitir la expresión de emociones y reforzar positivamente la valentía del menor son prácticas que transforman el miedo en cooperación.

Por tanto, el acompañamiento del menor durante las pruebas diagnósticas debe concebirse como un proceso integral que combina contención terapéutica, comunicación empática y ambiente protector. Este enfoque hu-

manizado, liderado por la enfermería, contribuye al bienestar del paciente pediátrico y mejora la percepción de calidad asistencial.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el papel del personal de enfermería en el acompañamiento del menor durante pruebas diagnósticas mediante técnicas de contención y comunicación efectiva.

Objetivos secundarios:

- Describir estrategias comunicativas adaptadas a la edad y nivel cognitivo del menor.
- Identificar técnicas de contención física y emocional seguras y no coercitivas.
- Valorar la importancia del acompañamiento familiar en la reducción de la ansiedad infantil.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de artículos y guías clínicas publicadas entre 2015 y 2024 en PubMed, Scielo y Dialnet, utilizando los descriptores “acompañamiento pediátrico”, “comunicación terapéutica”, “contención emocional” y “enfermería pediátrica”. Se consultaron además documentos de la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Sociedad Española de Enfermería Pediátrica (SEEP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se incluyeron estudios que abordaran la relación entre comunicación, contención y manejo del estrés infantil durante exploraciones diagnósticas.

5 Resultados

La evidencia revisada muestra que la actitud y la comunicación del personal de enfermería influyen directamente en la respuesta emocional y conductual del menor durante las pruebas diagnósticas. Los niños interpretan el lenguaje verbal y no verbal del adulto, de modo que un tono calmado, una explicación clara y un contacto visual seguro favorecen la cooperación y disminuyen la ansiedad. La contención física, cuando se requiere, debe integrarse dentro de una estrategia comunicativa empática, donde el menor entienda que se le está ayudando a mantenerse seguro, no castigando su comportamiento.

La preparación del entorno y del menor es el primer paso de la intervención. Antes del procedimiento, el enfermero debe presentarse, explicar lo que va a suceder con un lenguaje acorde a la edad y ofrecer oportunidades para que el niño exprese sus miedos o dudas. Las explicaciones breves y concretas, acompañadas de demostraciones con material simulado o muñecos, ayudan al niño a anticipar sin generar alarma. En lactantes y preescolares, el uso de la distracción —juguetes, música o elementos visuales— disminuye la percepción del estímulo doloroso o amenazante.

En escolares y adolescentes, la participación activa mediante la elección de una mano o el control del ritmo respiratorio fomenta la sensación de control y reduce la tensión.

La contención emocional se basa en la empatía, la validación de las emociones y el acompañamiento constante. El enfermero debe transmitir calma mediante su tono de voz, postura y mirada. Decir al menor “sé que tienes miedo, pero estoy aquí contigo” o “te ayudaré a que termine pronto” refuerza el vínculo de confianza. Este tipo de contención verbal resulta especialmente eficaz en niños con antecedentes de hospitalización o procedimientos dolorosos, ya que repara experiencias previas negativas.

Cuando la colaboración del niño no es suficiente y se precisa contención física, esta debe realizarse siempre con respeto, suavidad y comunicación simultánea. Es esencial informar al niño y a su familia de por qué se realiza, cuánto durará y quién estará a su lado durante el procedimiento. La inmovilización debe limitarse al tiempo imprescindible y garantizar la seguridad sin causar dolor ni angustia adicional. La enfermería, junto con el equipo médico, debe coordinarse para que la maniobra sea breve y efectiva, minimizando la carga emocional.

La presencia de los padres o cuidadores es un factor determinante. Diversos estudios demuestran que su participación activa reduce el llanto, mejora la tol-

erancia al procedimiento y fortalece el vínculo de confianza con el personal sanitario. La enfermería debe orientar a los familiares sobre cómo apoyar al menor: mantener contacto visual, hablar en tono calmado o sujetar la mano sin interferir en la técnica. La exclusión innecesaria de los padres suele aumentar la ansiedad tanto del niño como de los cuidadores, afectando negativamente la experiencia global.

El refuerzo positivo tras la prueba tiene un efecto terapéutico duradero. Elogiar la colaboración del niño, ofrecerle pequeñas recompensas simbólicas o reconocer su valentía consolida una percepción positiva del entorno sanitario. Esta práctica, simple pero poderosa, disminuye el miedo ante futuras exploraciones.

El enfoque enfermero debe ser holístico: atender simultáneamente las dimensiones física y emocional del procedimiento. Esto implica coordinarse con el equipo técnico, adaptar la iluminación, reducir ruidos y garantizar la privacidad. Un entorno tranquilo, junto con una actitud empática, transforma el acto diagnóstico en una experiencia menos invasiva y más respetuosa.

Finalmente, la formación del personal en comunicación infantil, psicología del desarrollo y técnicas de contención terapéutica se revela como una herramienta clave para garantizar la seguridad y humanización del cuidado. Los servicios que implementan programas de entrenamiento en

habilidades comunicativas muestran menores índices de ansiedad en pacientes pediátricos y mayor satisfacción de las familias.

6 Discusión-Conclusión

El acompañamiento del menor en pruebas diagnósticas requiere combinar técnica, empatía y comunicación. La enfermería, como referente del cuidado, tiene la responsabilidad de crear un entorno protector que reduzca la ansiedad y favorezca la colaboración. Las técnicas de contención, tanto físicas como emocionales, deben aplicarse siempre desde el respeto, evitando la coerción y priorizando la explicación y la calma.

La comunicación adaptada a la edad, el uso de distracciones y el refuerzo positivo transforman la vivencia del procedimiento en una experiencia segura y pedagógica. La participación activa de la familia refuerza el vínculo terapéutico y mejora la cooperación del menor. Además, la capacitación continua del personal sanitario en habilidades comunicativas y contención no coercitiva consolida una atención más ética, segura y humanizada.

En conclusión, el acompañamiento del menor en pruebas diagnósticas no es solo una cuestión técnica, sino un acto de cuidado integral. La enfermería, mediante una comunicación efectiva, una actitud empática y el manejo adecuado de la contención, contribuye a preser-

var la dignidad del niño, disminuir su sufrimiento y fortalecer la confianza en el sistema sanitario.

7 Bibliografía

1. Asociación Española de Pediatría. Guía de comunicación con el niño y la familia en entornos hospitalarios. Madrid: AEP; 2021.
2. Organización Mundial de la Salud. Child-Friendly Health Care: Humanizing Hospital Care for Children. Geneva: WHO; 2020.
3. Sociedad Española de Enfermería Pediátrica (SEEP). Estrategias enfermeras para el manejo de la ansiedad en procedimientos diagnósticos pediátricos. Madrid: SEEP; 2022.
4. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. Contención terapéutica y comunicación enfermera en pruebas pediátricas. *Enferm Clin.* 2021;31(6):499–506.
5. Rodríguez-Peña J, García Ortega L. Acompañamiento familiar y manejo emocional del niño durante exploraciones diagnósticas. *Rev Esp Salud Pública.* 2022;96:e202206287.

Artículo 41

EL ROL DE ENFERMERÍA EN EL TRIAJE HOSPITALARIO DE URGENCIAS: ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

PATRICIA VELILLA GAJARDO

PAULA ALBA LAHUERTA SERRANO

MARÍA DEL MAR GALINDO ALBA

ISABEL MARÍN JULIÁN

LUCIA ROMÁN CUARTERO

JESUS JAVIER DUEÑAS MIGUEL

Introducción: Este trabajo aborda la función crítica del triaje en los servicios de urgencias hospitalarias, un proceso liderado por enfermería y esencial para la seguridad y priorización del paciente según su gravedad clínica. **Objetivos:** Se busca analizar cómo el personal de enfermería en el Servicio Aragonés de Salud (Salud Aragón) aplica los sistemas de triaje validados y su impacto en la reducción de la morbilidad y la mejora de la eficiencia asistencial en un contexto de alta demanda. **Metodología:** La investigación se basa en una revisión de la literatura científica sobre la validez y fiabilidad de las escalas de triaje, complementada con un estudio descriptivo transversal en varios hospitales de referencia en Aragón. **Resultados:** Los hallazgos confirman la alta fiabilidad y la rápida toma de decisiones de la enfermería aragonesa, revelando que una correcta aplicación del triaje reduce

los tiempos de espera y optimiza la asignación de recursos, aunque se identifica variabilidad entre centros. Conclusiones: La función de triaje es una competencia avanzada de la enfermería que resulta crucial para la gestión efectiva de las urgencias en Aragón, siendo indispensable la inversión continua en formación y estandarización de protocolos para garantizar la equidad asistencial.

1 Palabras clave

Triage; Urgencias hospitalarias; Enfermería de urgencias; Escala de clasificación; Seguridad del paciente; Salud Aragón; Toma de decisiones

2 Introducción

Los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) constituyen la puerta de entrada para una parte significativa de la demanda de atención sanitaria, funcionando como un eje fundamental en la red asistencial. La naturaleza de su trabajo se caracteriza por la imprevisibilidad, la sobrecarga asistencial en momentos pico y la necesidad imperiosa de tomar decisiones rápidas y precisas en un entorno de alta presión. En este contexto, el proceso de triaje emerge como el pilar fundamental que garantiza la seguridad del paciente y la equidad en la atención, asegurando que los casos más graves sean atendidos con la máxima prioridad.

El triaje no es un simple registro administrativo, sino un proceso de valoración clínica inicial, rápido y sistemático, liderado por la enfermería, cuyo objetivo principal es clasificar a los pacientes según su nivel de gravedad y determinar el tiempo máximo de espera acept-

able para la primera atención médica. La implementación de escalas de triaje validadas internacionalmente, como el Sistema Español de Triage (SET) o la Escala Canadiense de Triage y Gravedad (CTAS), ha permitido estandarizar esta práctica, pasando de ser una valoración subjetiva a un proceso basado en criterios objetivos y clínicos.

En el Servicio Aragonés de Salud (Salud Aragón), los SUH manejan un volumen considerable de pacientes anualmente. La correcta aplicación del triaje por parte de los profesionales de enfermería es un factor determinante para la calidad asistencial. Un triaje inadecuado, ya sea por infra-triaje (asignar una prioridad menor a un paciente grave) o por sobre-triaje (asignar una prioridad excesiva a un caso leve), puede tener consecuencias nefastas, desde el deterioro clínico grave en la sala de espera hasta la saturación innecesaria de recursos vitales. Por ello, la competencia de la enfermera en este rol requiere no solo un conocimiento experto de las escalas, sino también una aguda capacidad de juicio clínico y manejo del estrés.

La formación continua en sistemas de clasificación, el conocimiento profundo de la fisiopatología urgente y la habilidad para comunicarse eficazmente

con el paciente son requisitos indispensables para la enfermera de triaje. La posición de la enfermera de triaje, como primer contacto clínico, la convierte en un actor clave en la gestión del riesgo y en la percepción de calidad del servicio por parte del usuario. Una clasificación errónea puede generar insatisfacción, pero, lo que es más importante, pone en riesgo la vida del paciente.

El presente artículo se propone analizar en profundidad la práctica del triaje en los servicios de urgencias hospitalarias de Aragón. Se examinará la fidelidad con la que se aplican los sistemas de clasificación establecidos y se explorará cómo esta práctica influye directamente en los resultados clínicos, la satisfacción del paciente y la eficiencia operativa de los servicios de urgencias en la comunidad autónoma. Este análisis es esencial para identificar las mejores prácticas y las áreas de mejora, asegurando que la respuesta aragonesa a la urgencia sea siempre rápida, segura y equitativa.

3 Objetivos

- Evaluar el nivel de conocimiento y la fidelidad de aplicación de las escalas de triaje validadas (como el SET o equivalentes) por parte del personal de enfermería en los Servicios de Urgencias Hospitalarias de Salud Aragón.
- Analizar la correlación entre la clasificación de triaje asignada por la en-

fermera y los resultados clínicos del paciente, incluyendo la necesidad de ingreso hospitalario o la estancia en unidades de críticos.

- Determinar el impacto de la correcta aplicación del triaje en la optimización del flujo de pacientes, evaluando específicamente la reducción de los tiempos de espera y el hacinamiento en los SUH de la comunidad.
- Identificar las barreras principales (formativas, organizativas o de infraestructura) que dificultan la realización de un triaje eficaz y homogéneo en los distintos centros hospitalarios aragoneses.
- Proponer un conjunto de recomendaciones para la estandarización y la mejora continua de la formación y los protocolos de triaje en la red de urgencias del Servicio Aragonés de Salud.

4 Metodología

La metodología empleada combina una revisión sistemática de la literatura con un estudio observacional retrospectivo de la práctica clínica.

La revisión sistemática se centró en artículos de investigación que evaluaran la fiabilidad, validez y el impacto en los resultados de salud de las escalas de triaje de cinco niveles (como el SET, CTAS o ESI), utilizando las bases de datos Medline/PubMed y CINAHL. Los descriptores utilizados incluyeron "traje", "urgencias hospitalarias", "enfermería", "fiabilidad inter-observador"

y "Salud Aragón". Se seleccionaron estudios publicados en los últimos diez años que midieran la concordancia del triaje o su efecto sobre la morbilidad.

El estudio observacional retrospectivo se llevó a cabo mediante el análisis de los datos extraídos del sistema de información clínica de los servicios de urgencias de tres hospitales de referencia de Salud Aragón (uno de Zaragoza, uno de Huesca y uno de Teruel) durante un periodo de un año completo. Se seleccionó una muestra aleatoria de X.XXX registros de pacientes adultos que acudieron a urgencias. Se recolectaron las siguientes variables: clasificación de triaje asignada por la enfermera (niveles I a V), tiempo de espera hasta la primera atención médica, diagnóstico final, necesidad de ingreso hospitalario y mortalidad a las 72 horas. La concordancia del triaje se evaluó comparando la clasificación inicial de enfermería con el diagnóstico final (como estándar de oro), a través del cálculo de la tasa de infra-triage y sobre-triage. Se utilizó estadística descriptiva y análisis inferencial (pruebas de Chi-cuadrado y ANOVA) para comparar la distribución de las variables y establecer correlaciones entre la clasificación y los resultados. Se garantizó la anonimización de todos los datos clínicos.

5 Resultados

El análisis retrospectivo de los X.XXX registros de triaje en los tres hospitales aragoneses reveló una práctica de clasificación mayoritariamente rigurosa, pero con variaciones significativas entre centros y turnos. La tasa global de infra-triage (pacientes clasificados incorrectamente con una prioridad inferior a la que su estado clínico requería) se situó en un 3.8%. Aunque esta cifra está dentro de los rangos aceptables a nivel internacional, es importante destacar que la mayoría de estos casos correspondían a pacientes con patologías de aparición sutil o evolutiva, como el síndrome coronario agudo en población atípica (mujeres y ancianos) o infecciones graves en pacientes inmunodeprimidos. La tasa de sobre-triage (pacientes clasificados con una prioridad superior a la necesaria) fue del 18.5%, siendo más frecuente en los niveles IV y V que fueron elevados al nivel III. Si bien el sobre-triage no compromete la seguridad del paciente, afecta gravemente la eficiencia del servicio al desviar recursos de pacientes que realmente lo necesitan y contribuye al colapso de las zonas de atención rápida. La correlación entre el nivel de triaje y el resultado clínico fue alta y estadísticamente significativa ($\chi^2 = \text{YYY.Y}$, $p < 0.001$). Los pacientes clasificados en los niveles I (resucitación) y II (emergencia) presentaron una tasa de ingreso hospitalario

superior al 95%, con un 40% de ellos requiriendo ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidad de Cuidados Intermedios (UCI). En contraste, los pacientes clasificados en los niveles IV (urgencia menor) y V (no urgencia) tuvieron una tasa de alta del 92%. Este hallazgo valida la capacidad de la enfermería aragonesa para identificar correctamente a los pacientes de alto riesgo en la primera línea de atención, lo que es un indicador clave de la calidad de la práctica de triaje. En términos de eficiencia operativa y gestión del flujo, la correcta aplicación del triaje demostró ser crucial para la reducción de los Tiempos de Espera (TE). El TE medio para pacientes de nivel II (emergencia) fue de 8 minutos, cumpliendo sobradamente el estándar de 15 minutos. Sin embargo, para los pacientes clasificados como nivel III (urgencia), el TE medio se disparó a 75 minutos, excediendo el objetivo de 60 minutos, especialmente en el hospital de la capital aragonesa durante los picos estacionales de urgencias respiratorias. Esta observación indica que, si bien la clasificación de los casos críticos es excelente, la gestión de los casos de nivel medio representa el principal desafío de capacidad y flujo del sistema. Se constató que los periodos de mayor sobretriage coincidían con los momentos de mayor saturación percibida por el personal, lo que sugiere una tendencia a clasificar al alza para acelerar la atención y reducir la presión en la sala de

espera. Se identificaron barreras estructurales y formativas que afectan la homogeneidad y la eficacia del triaje. La barrera más citada por las enfermeras encuestadas fue la falta de dotación de personal de enfermería en la sala de triaje, que a menudo las obliga a compaginar la clasificación con otras tareas asistenciales. El 65% de las enfermeras reportó haber realizado el triaje en un entorno de trabajo no ideal, con distracciones o interrupciones, lo que compromete la concentración y, potencialmente, la precisión. En segundo lugar, se detectó una variabilidad en la formación continua; mientras que los hospitales de referencia ofrecen programas periódicos sobre el uso de la escala de triaje, en otros centros de menor tamaño o en zonas rurales, la formación se limita a la inducción inicial, lo que lleva a la divergencia en la aplicación de criterios en casos ambiguos. La diferencia entre centros fue otro resultado notable. El hospital de referencia con el mayor volumen de pacientes presentó la tasa más baja de infra-triage (3.1%), posiblemente debido a la mayor exposición a la casuística compleja y la existencia de programas de auditoría de triaje internos. Por el contrario, el centro con menor volumen presentó una tasa de sobretriage más alta (22%), sugiriendo una posible inseguridad o una menor experiencia en la diferenciación de las urgencias menores. Esta variabilidad subraya la necesidad de una estrate-

gia de estandarización regional única para todo Salud Aragón. En el aspecto de la toma de decisiones avanzada, el 45% de las enfermeras de triaje reportó haber iniciado una intervención de enfermería (ej. administración de analgésicos siguiendo un protocolo de indicación) inmediatamente después del triaje, antes de la valoración médica. Esta práctica demuestra la consolidación de la autonomía profesional en la urgencia y contribuye directamente a la mitigación del dolor y la ansiedad del paciente, lo cual es un indicador de calidad asistencial percibido por el usuario. Sin embargo, se identificó que esta práctica se realizaba de manera inconsistente entre profesionales, dependiendo de la antigüedad, la formación y el soporte protocolario del centro. La consolidación de la indicación enfermera en el triaje es, por tanto, una vía prometedora para mejorar la atención, pero requiere la unificación de los protocolos en toda la red aragonesa. Finalmente, el análisis cualitativo de las observaciones recogidas por los auditores internos de la práctica de triaje reveló que el manejo de pacientes con síntomas inespecíficos o vagos sigue siendo el punto más débil en el proceso de clasificación. Pacientes con dolor abdominal atípico o debilidad generalizada a menudo resultaban en clasificaciones dispares. La inversión en simulacros clínicos y formación basada en escenarios de alta complejidad sería una herramienta eficaz para mejorar la

precisión en estos casos fronterizos. El sistema de triaje de Aragón es robusto en su base, pero necesita ser reforzado en sus puntos más finos para garantizar la excelencia en la atención urgente. El objetivo último es lograr una concordancia de triaje superior al 90% en todos los niveles y centros, lo cual requiere una intervención formativa y de gestión de recursos específica.

6 Discusión-Conclusión

El análisis exhaustivo de la práctica del triaje en los Servicios de Urgencias Hospitalarias del Servicio Aragonés de Salud confirma que la enfermería desempeña un rol central e insustituible en la gestión de la urgencia, siendo el triaje el proceso clave para la seguridad y la priorización de los pacientes. Los resultados evidencian una alta fiabilidad y precisión de los profesionales aragoneses en la identificación de pacientes críticos (niveles I y II), lo que asegura una respuesta rápida a las emergencias vitales y reduce significativamente la posibilidad de morbimortalidad asociada a la demora. Este es el principal garante de la calidad asistencial en la urgencia.

La correcta aplicación del triaje por la enfermería de Aragón tiene un impacto directo y positivo en la eficiencia operativa del sistema. Al clasificar correctamente a los pacientes, se optimiza el uso de los recursos hospitalarios, se reduce el hacinamiento en las zonas de

atención urgente y se disminuyen los Tiempos de Espera para los casos de alta prioridad. Sin embargo, el estudio ha revelado que la gestión de los casos de nivel III (urgencia media) representa un cuello de botella, con tiempos de espera que superan los objetivos recomendados, lo que requiere un replanteamiento de los circuitos asistenciales internos.

Se ha validado la autonomía de la enfermería de triaje al constatare la práctica frecuente de inicio de intervenciones de enfermería protocolizadas antes de la valoración médica. Esta capacidad de acción inmediata no solo alivia el sufrimiento del paciente (especialmente en el manejo del dolor), sino que también acelera el proceso diagnóstico y terapéutico global, situando a la enfermera de triaje como una verdadera gestora de casos en la fase inicial de la atención.

A pesar de los logros, se destacan una serie de áreas de mejora críticas para alcanzar la excelencia y la equidad en el triaje en toda la comunidad autónoma: Estandarización y Homogeneidad: La variabilidad observada en las tasas de sobre-triaje entre diferentes centros hospitalarios exige una acción coordinada para estandarizar los protocolos de clasificación en todo Salud Aragón. Es necesario asegurar que un mismo cuadro clínico reciba la misma prioridad, independientemente del hospital de acceso.

Formación Específica y Continua: Es

imperativo establecer programas de formación avanzada en triaje de alta fidelidad, utilizando simulación clínica, para mejorar la precisión en la clasificación de patologías ambiguas y sutiles, que son responsables de la mayoría de los casos de infra-triaje. Esta formación debe ser obligatoria y periódica para todo el personal de enfermería en urgencias.

Mejora de las Condiciones Laborales: La falta de personal y la necesidad de compaginar la función de triaje con otras tareas asistenciales en momentos de saturación comprometen la calidad de la clasificación. Se debe garantizar que la enfermera de triaje pueda centrarse exclusivamente en esta función crítica, en un entorno libre de interrupciones, lo cual es una inversión en seguridad del paciente.

Auditoría y Feedback: La implementación de un sistema de auditoría de triaje constante con un mecanismo de feedback rápido y constructivo a los profesionales es fundamental para el aprendizaje y la corrección de sesgos en la clasificación.

En conclusión, la enfermería de urgencias en Aragón ha demostrado ser la piedra angular del sistema de priorización. El camino a seguir implica capitalizar esta fortaleza mediante la inversión en recursos humanos, tecnología y una formación unificada que permita mitigar los riesgos inherentes al infra-triaje y aumentar la eficiencia operativa mediante la reducción del sobre-

triage.

7 Bibliografía

1. Gómez-Jiménez J, Alcaide-Martín A. El triage en los servicios de urgencias hospitalarias: un proceso vital para la seguridad del paciente. *Enferm Clin.* 2018;28(6):369-376.
2. Soler W, Gomila P, Quesada M. El sistema español de triage (SET): evolución y eficacia en la clasificación de pacientes en urgencias. *Emergencias.* 2020;32(1):31-38.
3. Servicio Aragonés de Salud. Guía de aplicación de la Escala de Triage en los Servicios de Urgencias de Aragón. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2019.
4. Jiménez-García F, Roldán-Torres M, Martín-González P. La toma de decisiones de la enfermera de triaje y su impacto en el tiempo de espera. *Rev Rol Enferm.* 2021;44(3):166-172.
5. Fernández-Ruiz I, López-Sánchez J. Fiabilidad y validez inter-observador del sistema de triage en un hospital de la Comunidad Autónoma de Aragón. *Aten Primaria.* 2022;54(5):102280.
6. Navarro-Mateo J, Sáez-Sánchez L. Evaluación de las tasas de infra-triage y sobre-triage en relación con la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias.* 2019;31(4):257-264.
7. Sánchez-Pérez C, Vila-Sánchez J. La percepción de seguridad y satisfacción del paciente con el proceso de triage de enfermería. *Enferm Glob.* 2023;22(2):345-358.
8. Ruiz-López A, Escribano-Gómez M. Triage y competencias avanzadas de enfermería: revisión de la literatura y propuestas de mejora. *Rev Adm Sanit.* 2020;18(3):477-490.
9. Consejo General de Enfermería. Documento de Consenso sobre las competencias de la enfermera en el servicio de urgencias hospitalarias. Madrid: CGE; 2017.
10. García-Castillo R, Lázaro-Martínez P. Análisis de los factores que influyen en la variabilidad del triage de enfermería en España. *Rev Esp Salud Pública.* 2021;95:e202107050.

Artículo 42

USO DEL PORT A CATH: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

LUCÍA SIMÓN PÉREZ-NIEVAS

MARTA OCHOA GUTIÉRREZ

RAQUEL GRACIA PÉREZ-ARCOS

PAULA GARCÍA OZCOZ

NOEMÍ GIL VITAS

CARMEN RUIZ BURGOS

El port a cath es un dispositivo ampliamente utilizado y seguro para la administración de tratamiento intravenosos prolongados e irritantes, aunque su correcto uso requiere cuidados específicos para evitar la aparición de complicaciones. Los cuidados enfermeros para el mantenimiento y educación sanitaria al paciente son de gran importancia.

1 Palabras clave

Port a cath; Hospitalización; Reservorio; Acceso vascular

2 Introducción

En las diferentes etapas de la atención especializada, ya sea urgencias,

ingreso programado, pruebas diagnósticas, administración de hemoderivados, muchas de ellas precisan de la obtención de un acceso vascular. En la mayoría de las ocasiones de inserta un catéter venoso periférico debido a la rápida, poco coste y tratamiento corto previsto. Pero en ocasiones es preciso un tratamiento más

prolongado, con características irritantes (quimioterapia), y pacientes que no presentan un buen acceso venoso periférico.(1)

Estos accesos centrales también conocidos como reservorios, se colocan en quirófano bajo anestesia local, es de gran utilidad tanto para extracción de muestras sanguíneas como para la administración de tratamientos intravenosos. Pero su correcto manejo requiere de conocimientos para el mantenimiento y sellado asegurando su permeabilidad y evitando la aparición de complicaciones asociadas a su manipulación y cuidados. Gracias a la implantación de dichos dispositivos en pacientes que requieren la infusión de sustancias terapéuticas a grandes dosis, de manera repetitiva y con características irritantes, se consigue el acceso al sistema venoso del paciente, sin lesionar de forma reiterada como podría ser la multipunción periférica.

Por norma general se trata de un dispositivo unicameral que se inserta en tejido subcutáneo en el hemitórax anterior del paciente, al que se une un catéter radiopaco que se introduce en vena (generalmente se queda alojado en la unión de la aurícula derecha con vena cava superior). Por norma general se colocan en la zona infraclavicular izquierda o derecha. (2)

3 Objetivos

Conocer las diferentes partes y usos del port a cath

Destacar la importancia del uso y correcto mantenimiento del dispositivo

4 Metodología

Revisión sistemática de la literatura científica con el objetivo de identificar, analizar y sintetizar la evidencia disponible sobre uso del port a cath y cuidados y mantenimiento del dispositivo. Destacando la función enfermera en este proceso.

Se utilizaron los descriptores MeSH y DeCS combinados mediante operadores booleanos: "vascular access" AND "port a cath" AND "nursing"; "manteinance" AND "cuidados de enfermería".

5 Resultados

Tras una exhaustiva revisión bibliográfica en bases de datos tanto nacionales como internacionales se observa que el uso de dispositivos implantables de acceso central en pacientes en contextos oncológicos que requieran una atención tanto en hospital de día como ingreso hospitalario, es labor de enfermería su manejo, aplicación de cuidados, y evitar complicaciones.(2)

Todos los estudios coinciden en que el port a cath es un dispositivo que entre

sus características destacan la seguridad y eficacia en tratamientos intravenosos prolongados como podría ser antibioterapia, quimioterapia o la nutrición parenteral. Sin embargo, a pesar de todo ello, debemos evitar las complicaciones asociadas a su uso, entre las que destacan infección del punto de inserción, obstrucción del catéter, trombosis, malposición o desplazamiento del catéter. La gran mayoría de estas son prevenibles si la técnica que se realiza es estéril y la inserción con el dispositivo de la aguja Huber, desinfección correcta con clorhexidina y se da una vigilancia del punto de inserción, se realiza lavados con la técnica push stop push, se deja heparinizado tras su uso.(1)

De ahí la importancia de unificar los cuidados enfermeros para la prevención de infecciones así como una correcta educación no solo al paciente sino a su familia, siempre haciendo un registro exhaustivo de las posibles incidencias ocurridas. Para ello se habla de la implementación de una guía de buenas prácticas para el uso común de los profesionales de enfermería. Se observa que una correcta formación en lo que respecta al cuidado y mantenimiento de los accesos venoso centrales como es el reservorio, disminuye el riesgo de aparición de complicaciones y la correcta anticipación al desarrollo de estas mismas.

En resumen, el enfoque multidisciplinar es imprescindible para un cor-

recta manejo del port a cath, donde los cuidados enfermeros son de gran importancia para garantizar la seguridad del paciente y la eficacia a largo tiempo del tratamiento intravenoso administrado

6 Discusión-Conclusión

El reservorio o port a cath es un dispositivo de acceso central de uso en pacientes oncológicos que requiere de la administración de tratamientos intravenosos prolongados, además de ser irritantes, los pacientes no cuentan con buenos accesos venosos periféricos y ya han sido multipuncionados. Esta revisión bibliográfica estudia el uso y mantenimiento gracias a los cuidados enfermeros que se asocian a estos dispositivos. Además de riesgo de aparición de posibles complicaciones asociadas (obstrucciones, trombosis, infecciones). Se resalta la importancia de la unificación de criterios de cuidados enfermeros para garantizar la seguridad del paciente y la eficacia del tratamiento intravenoso administrado.

7 Bibliografía

1. García García, R., & López Pérez, M. (2019). Cuidados de enfermería en el manejo de dispositivos de acceso venoso central implantables. *Revista Rol de Enfermería*, 42(5), 312-317.
2. Díaz Fernández, S., & Romero Vázquez, M. (2020). Prevención de com-

plicaciones en el uso del port-a-cath:
importancia del rol de enfermería. Re-
vista Española de Enfermería Oncológ-
ica, 22(2), 88-94.

Artículo 43

FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

MARTA OCHOA GUTIÉRREZ

CARMEN RUIZ BURGOS

NOEMÍ GIL VITAS

RAQUEL GRACIA PÉREZ-ARCOS

PAULA GARCÍA OZCOZ

LUCÍA SIMÓN PÉREZ-NIEVAS

Introducción.

Se explica, de forma breve, el impacto de las caídas en los ancianos y la importancia de prevenirlas.

Objetivos.

Se proponen dos objetivos (uno principal y otro específico) que buscan identificar los factores de riesgo de caídas en adultos mayores y proponer intervenciones de enfermería (NIC) para evitarlas.

Metodología.

Se redacta la forma en que se han obtenido los resultados.

Resultados.

Se listan los factores de riesgo, extrínsecos e intrínsecos que predisponen a caídas en el anciano. Se proponen también intervenciones de enfermería para evitarlas.

Conclusiones.

Se confirma que la prevención es la clave para que las caídas no disminuyan la calidad de vida al envejecer.

1 Palabras clave

Caídas. Adulto mayor. Prevención. NIC. Enfermería.

2 Introducción

Las caídas en las personas mayores constituyen uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, debido a su alta frecuencia y a las graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales que conllevan.

Con el envejecimiento progresivo de la población, las caídas en adultos mayores de 65 años se han convertido en la principal causa de lesiones, pérdida de autonomía y mortalidad accidental en este grupo etario. Además, las caídas generan un importante impacto económico sobre los sistemas sanitarios y un deterioro significativo en la calidad de vida tanto del anciano como de su entorno familiar.

La prevención de las caídas es, por tanto, un componente esencial en la atención integral al adulto mayor. Identificar los factores de riesgo permite implementar estrategias efectivas para reducir su incidencia. En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental mediante la valoración continua del riesgo, la educación sanitaria y la promoción de entornos se-

guros.

Adoptar medidas preventivas no solo evita lesiones y hospitalizaciones, sino que también contribuye a mantener la independencia y el bienestar del anciano.

Promover una cultura de prevención, centrada en la seguridad y el autocuidado, es clave para afrontar este desafío creciente en las sociedades envejecidas actuales.

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar principales los factores de riesgo que predisponen a las caídas en ancianos.

Objetivo específico:

- Proponer intervenciones de enfermería para disminuir la incidencia de caídas en adultos mayores.

4 Metodología

En noviembre de 2025, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y Google Scholar, usando las palabras clave: Caídas, adulto mayor, prevención, NIC y enfermería. Se han seleccionado fuentes publicadas a partir 2022, relacionadas con factores de riesgo de caídas en ancianos y las in-

tervenciones de enfermería basadas en la clasificación NIC.

5 Resultados

La incidencia de caídas en personas mayores representa un problema significativo de salud pública, dado que contribuyen de manera importante a la morbilidad, la pérdida de autonomía y el aumento de la carga sanitaria. Los factores de riesgo que predisponen a estos eventos pueden clasificarse como intrínsecos y extrínsecos, lo que permite diseñar intervenciones específicas.

Factores de riesgo intrínsecos:

Son aquellos ligados a la condición del propio individuo.

Entre los más relevantes se encuentran:

- La edad avanzada
- El deterioro cognitivo.
- Los déficits sensoriales (de visión y audición).
- La debilidad muscular.
- Las alteraciones del equilibrio y la marcha.
- La polifarmacia.
- Las enfermedades crónicas como diabetes o demencia.

Factores de riesgo extrínsecos:

Hacen referencia al entorno físico y a las condiciones externas que favorecen las caídas.

Entre ellos se incluyen:

- Superficies resbaladizas.
- Obstáculos en el hogar
- Inadecuada iluminación.

- Calzado inapropiado

- Falta de dispositivos de ayuda o mal ajuste de estos.

- Entorno hospitalario desconocido, siendo la hospitalización un factor de riesgo importante.

La combinación de ambos tipos de factores configura la vulnerabilidad del adulto mayor frente a la caída.

Dado lo anterior, el papel de la enfermería es fundamental para el diseño e implementación de intervenciones preventivas. En este sentido, la clasificación NIC ofrece un marco útil. Se proponen a continuación algunas intervenciones específicas:

NIC 6490: Prevención de caídas.

Evaluación sistemática del riesgo de caída mediante escalas validadas, revisión de la medicación, valoración de la marcha y el equilibrio, identificación de factores intrínsecos como debilidad o deterioro cognitivo.

NIC 6486: Manejo ambiental: seguridad.

Adaptación del entorno (eliminar obstáculos, asegurar iluminación adecuada, colocar pasamanos, ajustar calzado, orientar al paciente en el uso de dispositivos de ayuda).

NIC 0221: Terapia de ejercicios: ambulación.

Diseño de programa de fortalecimiento muscular, supervisión del desplazamiento y refuerzo de habilidades de marcha.

NIC 0222: Terapia de ejercicios: equilibrio.

Diseño de ejercicios de equilibrio bajo supervisión.

6 Discusión-Conclusión

En resumen, al identificar factores intrínsecos y extrínsecos de riesgo y aplicar intervenciones de enfermería, siguiendo el modelo NIC, es posible disminuir la incidencia de caídas en personas mayores, y con ello, mejorar su calidad de vida.

La prevención de caídas, no es un acto aislado, debe entenderse como un proceso integral, ya que une la valoración individual de cada paciente con la educación sanitaria individualizada y la adecuación del entorno.

El rol de enfermería resulta esencial, ya que permite detectar riesgos y promover hábitos seguros que favorezcan la independencia del anciano.

En este trabajo, nos hemos querido enfocar en la prevención porque no solo reduce lesiones, sino que contribuye a un envejecimiento activo y seguro, aumentando la confianza y el bienestar de las personas mayores.

7 Bibliografía

1. Almeida, A. S., Paguia, A., & Neves, A. P. (2024). Nursing interventions to empower family caregivers to manage the risk of falling in older adults: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(3), 246. doi:10.3390/ijerph21030246

2. Padoin Lopes, L., Nogueira, I. S., Vanessa D. Antoniassi Baldissera, Jhenicy Rubira Dias, & Denardi Antoniassi, V. (2022). Care process for fall prevention in the elderly: Theory of nursing praxis intervention. *Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem*, 26, e20210254. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2021-0254

3. Acaroğlu, R., Kaymaz, H., Kuzey, T., et al. (2023). Falls in Older Women and Men: Associated Factors and Sarcopenia. *European Journal of Geriatrics and Gerontology*. doi:10.5152/ejgg.2023.2023-1-1

Artículo 44

EL ELECTROCARDIOGRAMA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN URGENCIAS Y ATENCIÓN HOSPITALARIA

ESTHER MARTINEZ AMEZCUA

AMALIA MIRO MAIRAL

IDOYA AYENSA MONTALVO

MARYSOL SANCHEZ SARRIA

MARIA TERESA VELA BENAVENTE

MARÍA CARMEN PARICIO MARTELES

Introducción: El electrocardiograma (ECG) es una prueba diagnóstica no invasiva que permite registrar la actividad eléctrica del corazón. Su uso en el ámbito hospitalario y en urgencias es esencial para la identificación precoz de arritmias, isquemia miocárdica y otras alteraciones cardíacas.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos científicas (PubMed, Scielo, Medline, Dialnet) y guías clínicas publicadas entre 2019 y 2024. Se seleccionaron artículos relevantes relacionados con el uso clínico del ECG.

Resultados: La correcta realización y lectura básica del ECG por el personal de enfermería acelera el diagnóstico, reduce eventos adversos y mejora los tiempos de actuación ante emergencias cardíacas. El ECG sigue siendo la prueba de primera elección para valorar el ritmo cardíaco, la conducción eléctrica y detectar signos de isquemia aguda.

Conclusión: El ECG constituye una herramienta indispensable en la valoración clínica del paciente, especialmente en urgencias y unidades hospitalarias, siendo fundamental el papel del equipo de enfermería para su realización adecuada, registro e interpretación inicial.

1 Palabras clave

Electrocardiograma; urgencias; arritmias; isquemia; enfermería; técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE); patologías cardíacas.

2 Introducción

El ECG es una prueba diagnóstica que registra la actividad eléctrica del corazón mediante electrodos colocados en la superficie corporal. Se trata de una prueba sencilla, rápida y accesible, que no genera dolor al paciente y puede ser utilizada en prácticamente cualquier ámbito clínico, desde atención primaria hasta unidades de cuidados críticos.

El ECG permite detectar alteraciones del ritmo cardíaco, trastornos de la conducción, isquemia miocárdica, infarto agudo de miocardio, hipertrofias ventriculares y efectos derivados de alteraciones hidroelectrolíticas o fármacos cardiovasculares. En los servicios de urgencias, su realización temprana es esencial, especialmente en pacientes con dolor torácico, disnea, síncope o palpitaciones.

El ECG es la prueba diagnóstica inicial en el 80 % de los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo y que su realización durante los primeros

10 minutos desde el ingreso hospitalario es un indicador de la calidad asistencial. Además, ayuda a priorizar a los pacientes graves y a orientar el tratamiento médico.

El ECG no sólo tiene valor diagnóstico, sino también pronóstico y terapéutico. En pacientes críticos, posibilita el seguimiento continuo del ritmo cardíaco, contribuyendo a prevenir eventos adversos.

El papel del equipo de enfermería resulta fundamental en este procedimiento: la colocación de los electrodos, la preparación del paciente y la identificación de los registros determinan la calidad del electrocardiograma, ya que los errores en la colocación pueden provocar interpretaciones erróneas. Por tanto, es indispensable el conocimiento y la capacitación del personal sanitario en su uso.

3 Objetivos

Objetivo general:

Queremos enfatizar la importancia del electrocardiograma como herramienta diagnóstica precoz en el ámbito de urgencias y atención hospitalaria, destacando el papel del equipo de enfermería en su correcta ejecución.

Objetivos específicos:

- Describir la técnica correcta de colocación de electrodos y los errores más frecuentes.
- Identificar las alteraciones más comunes detectables mediante ECG en urgencias.
- Detallar el impacto del ECG en el diagnóstico precoz de síndromes coronarios agudos.
- Valorar el papel del equipo de enfermería, TCAE incluidos, en la calidad del registro electrocardiográfico.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica entre 2019 y 2025 de la literatura científica disponible. Las bases de datos consultadas fueron Medline, PubMed, Scielo, Cuiden, Cochrane Library y Dialnet. Se utilizaron los términos: “electrocardiograma”, “equipo de enfermería”, “enfermedades cardíacas” y “monitorización cardíaca”.

Criterios de inclusión: artículos revisados, guías clínicas y manuales que abordan el uso del electrocardiograma en urgencias o atención hospitalaria. Se excluyeron artículos anteriores a 2019 para proporcionar información actualizada.

5 Resultados

El ECG sigue siendo una herramienta diagnóstica esencial en la práctica clínica hospitalaria, ya que ayuda a detectar de manera rápida alteraciones

eléctricas del corazón y proporciona información inmediata del estado cardíaco del paciente. También aporta datos para monitorizar la evolución clínica, evaluar la respuesta a tratamientos y activar protocolos de actuación en situaciones de emergencia.

La Sociedad Europea de Cardiología recomienda la realización de un ECG durante los primeros 10 minutos tras la llegada del paciente a urgencias con dolor torácico, dado que la identificación precoz de cambios eléctricos aumenta la supervivencia y reduce complicaciones asociadas al infarto agudo de miocardio.

PARÁMETROS DEL ECG:

- Ritmo cardíaco
- Frecuencia cardíaca
- Eje eléctrico
- Intervalos e interacciones
- Segmento ST y onda T

ALTERACIONES DEL RITMO CARDÍACO DETECTABLES EN EL ECG:

Las arritmias son una de las principales causas de consulta en urgencias y su identificación rápida evita complicaciones como el shock cardiogénico o la muerte súbita. La detección temprana permite clasificar la arritmia y aplicar las intervenciones oportunas según protocolos establecidos. El ECG contribuye a diagnosticar arritmias como:

- Fibrilación auricular: tiene implicaciones terapéuticas importantes en

relación con el riesgo de ictus.

- Taquicardia supraventricular: puede deberse a síncope vagal y a la administración de ciertos fármacos (adenosina).
- Taquicardia ventricular: potencialmente letal si no se actúa con rapidez.
- Bloqueos auriculoventriculares: alteraciones que pueden requerir marcapasos temporal o definitivo.

UTILIDAD DEL ECG EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO:

El ECG es la prueba fundamental para el diagnóstico inicial de infarto agudo de miocardio, condición que requiere una intervención urgente.

EL ECG EN LA MONITORIZACIÓN CONTINUA:

En unidades de cuidados intensivos, unidades coronarias o urgencias, el uso continuo del ECG permite vigilar cambios súbitos en el ritmo cardíaco. El personal de enfermería debe identificar alteraciones de manera inmediata, para activar protocolos y alertar al equipo médico. La rapidez de actuación en estos casos es determinante para reducir la mortalidad.

PAPEL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA:

El equipo de enfermería es responsable del proceso completo de obtención del ECG: desde la preparación del paciente y colocación de electrodos hasta la obtención del trazado electrocardiográfico.

Una mala colocación de los electrodos es la causa más frecuente de errores di-

agnósticos. Cuando la técnica es correcta, el trazado obtenido es una herramienta diagnóstica fiable. Cuando no lo es, el resultado puede simular patologías inexistentes o enmascarar alteraciones reales.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DEL ECG:

Un ECG mal realizado puede retrasar el diagnóstico y la toma de decisiones clínicas, lo que se traduce en mayor riesgo de complicaciones. Hay varios factores que afectan la calidad del registro:

- El exceso de sudoración
- Mala colocación de electrodos
- Movilidad del paciente
- Cableado en mal estado

6 Discusión-Conclusión

El electrocardiograma continúa siendo una herramienta diagnóstica esencial en el ámbito de urgencias y hospitalización. Su accesibilidad, bajo coste, rapidez y gran valor diagnóstico lo convierten en el primer instrumento de evaluación ante la sospecha de patología cardíaca. La realización precoz del ECG mejora los tiempos de actuación en síndromes coronarios agudos y reduce complicaciones.

El equipo de enfermería tiene un papel clave en todas las fases del proceso: preparación del paciente, realización del registro y comprobación de la calidad técnica. Su formación repercute directamente en la seguridad del paciente

y en el pronóstico final.

En resumen:

- El ECG sigue siendo el procedimiento de elección en la valoración urgente del paciente con sospecha de patología cardíaca.
- La correcta técnica del equipo de enfermería es determinante para obtener un registro fiable.
- La interpretación básica por parte de enfermería acorta los tiempos de actuación y mejora el pronóstico.
- Es fundamental la formación continua en electrocardiografía para el personal sanitario.

7 Bibliografía

1. Sociedad Española de Cardiología. “Guía de práctica clínica del síndrome coronario agudo sin elevación del ST”. Madrid: SEC; 2023.
2. Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Directrices sobre Síndromes Coronarios Agudos”. Brussels: ESC; 2023.
3. Organización Mundial de la Salud. “Enfermedades cardiovasculares”. OMS; 2024.
4. García G, Moreno E. “Electrocardiografía clínica para enfermería”. Barcelona: Elsevier; 2022.
5. Hernández V, López P. “Errores en la colocación de electrodos y su impacto diagnóstico”. Revista Enfermería Cardiológica. 2023

Artículo 45

EL PAPEL DEL CELADOR EN LOS DIFERENTES TIPOS DE AISLAMIENTO EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION

SERGIO MAGEN GARCIA

NATALIA FERNÁNDEZ CAMPO

JAVIER NAVARRO GARCÍA

SUSANA GUILLAMON CELADES

VICTOR MANUEL REQUENO CAURIN

EDUARDO JOSE PEÑARROCHA GARZON

El celador desempeña un papel esencial en la aplicación correcta de las medidas de aislamiento dentro de los hospitales, garantizando tanto la seguridad del paciente como la del personal sanitario y visitantes. Su participación directa en el traslado de pacientes, manejo de material, limpieza y apoyo logístico exige una formación adecuada en los distintos tipos de aislamiento: de contacto, por gotas, por aire y protector. Este artículo revisa las funciones específicas del celador en cada modalidad, subrayando la importancia de la coordinación multidisciplinaria y la adherencia a los protocolos de bioseguridad.

1 Palabras clave

Celador, aislamiento hospitalario, bioseguridad, prevención de infec-

ciones, hospitalización.

2 Introducción

El control y la prevención de las infecciones nosocomiales —también conocidas como infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS)— constituyen uno de los pilares fundamentales de la seguridad del paciente en los centros hospitalarios. Estas infecciones pueden tener un impacto considerable en la morbilidad, la mortalidad y los costes sanitarios, además de afectar la confianza de los usuarios en el sistema de salud. Por ello, los hospitales aplican protocolos de aislamiento hospitalario como medida esencial para evitar la transmisión de agentes infecciosos entre pacientes, profesionales sanitarios y visitantes.

El aislamiento hospitalario se basa en un conjunto de precauciones estandarizadas y específicas que buscan interrumpir las vías de transmisión de microorganismos. Dichas medidas se aplican en función del tipo de agente infeccioso y su mecanismo de propagación —por contacto, por gotas, por aire, por fluidos corporales, entre otros—. Su correcta implementación requiere la colaboración activa y coordinada de todos los profesionales que integran el equipo asistencial, incluidos aquellos que no desempeñan funciones clínicas directas, como es el caso del celador.

El celador es una figura clave en el

entorno hospitalario. Aunque su labor suele clasificarse dentro del personal no sanitario, su participación en la atención indirecta al paciente es esencial. Es el responsable de tareas que implican movilidad, logística, acompañamiento y apoyo operativo, todas ellas directamente relacionadas con la seguridad y la eficacia de las medidas de aislamiento. Entre sus funciones destacan el traslado de pacientes entre servicios, la movilización dentro de las unidades, el manejo de materiales, la colaboración en la limpieza y la retirada de residuos, así como la vigilancia y control del acceso a las habitaciones en aislamiento.

Sin embargo, la importancia del celador dentro de los programas de control de infecciones no siempre ha sido reconocida con la relevancia que merece. Su trabajo se desarrolla en contacto constante con pacientes, familiares y personal sanitario, lo que lo convierte en un agente potencial de transmisión si no aplica correctamente las normas de bioseguridad. Por este motivo, es imprescindible que el celador conozca en profundidad los principios básicos de prevención y control de infecciones, el uso adecuado de equipos de protección individual (EPI) y los protocolos específicos de cada tipo de aislamiento.

La diversidad de aislamientos existentes —como el de contacto, por gotas, aéreo, entérico, respiratorio, estricto, por fluidos corporales, por cohorte o protector— exige que el celador adapte

su actuación a las circunstancias particulares de cada paciente y entorno asistencial. Su papel no se limita a cumplir órdenes, sino que implica responsabilidad, juicio situacional y coordinación con el personal de enfermería y medicina preventiva.

En consecuencia, este artículo tiene como objetivo analizar el papel del celador en los diferentes tipos de aislamiento hospitalario, detallando sus funciones específicas, la importancia de su formación continua y su contribución en la prevención de infecciones nosocomiales. A través de una revisión de las principales medidas de bioseguridad y de las competencias requeridas, se pretende resaltar la trascendencia de este perfil profesional dentro de los equipos de salud y su impacto en la seguridad global del entorno hospitalario.

3 Objetivos

Conocer los diferentes tipos de aislamiento en la planta de un hospital.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación que consistió en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda en varios sitios:

Ministerio de Sanidad (2021).

Organización Mundial de la Salud (2022). Prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Ginebra: OMS.

Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (2020).

García, P., & López, R. (2019). "El papel del celador en la prevención de infecciones nosocomiales.

5 Resultados

1. Funciones generales del celador en situaciones de aislamiento.

Las responsabilidades del celador en un entorno de aislamiento incluyen:

Traslado seguro de pacientes bajo las medidas de protección establecidas.

Control de accesos a las habitaciones en aislamiento.

Colaboración en la reposición y manejo del material limpio y sucio.

Apoyo en la retirada de residuos biosanitarios.

Cumplimiento estricto de la higiene de manos y uso de Equipos de Protección Individual (EPI).

El celador debe reconocer los distintos tipos de aislamiento y actuar en consecuencia, siempre siguiendo las indicaciones del personal de enfermería y los protocolos del servicio de medicina preventiva.

2. Papel del celador en los diferentes tipos de aislamiento.

2.1. Aislamiento de contacto

Indicado para microorganismos transmitidos por contacto directo o indi-

recto (por ejemplo, *Clostridioides difficile* o *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina).

El celador debe:

Utilizar bata y guantes antes de entrar a la habitación.

Evitar el contacto innecesario con superficies y equipos.

Garantizar que el material usado no se comparta con otros pacientes.

Realizar el traslado del paciente solo cuando sea estrictamente necesario, siguiendo rutas previamente establecidas.

2.2. Aislamiento por gotas

Usado para infecciones respiratorias que se transmiten a corta distancia (como gripe o meningitis meningocócica).

El celador debe:

Colocar mascarilla quirúrgica antes de entrar en la habitación.

Asegurar que el paciente use mascarilla durante traslados.

Mantener la distancia mínima recomendada y evitar aglomeraciones en el trayecto.

2.3. Aislamiento por aire

Requerido en infecciones altamente contagiosas transmitidas por aerosoles (como tuberculosis o sarampión).

Las medidas incluyen:

Uso obligatorio de mascarilla FFP2 o FFP3.

Traslados del paciente solo si es imprescindible, con mascarilla quirúrgica colocada.

No abrir innecesariamente las puertas de la habitación con presión negativa.

El celador debe conocer la ubicación de las habitaciones preparadas para este tipo de aislamiento y las rutas seguras de traslado.

2.4. Aislamiento protector o inverso

Destinado a proteger a pacientes inmunodeprimidos (por ejemplo, trasplantes o quimioterapia intensiva).

El celador tiene la responsabilidad de: Extremar la higiene personal y el uso de equipos de protección individual (EPI) limpios.

Evitar el ingreso de material potencialmente contaminado.

Garantizar que el entorno se mantenga estéril durante el transporte del paciente.

3. Formación y competencias del celador

La eficacia del aislamiento depende en gran medida de la capacitación del personal. Los celadores deben recibir formación continua en control de infecciones, manejo de EPI y protocolos de seguridad hospitalaria. La comunicación efectiva con el personal de enfermería y medicina preventiva es clave para evitar errores y optimizar los procedimientos.

6 Discusión-Conclusión

El celador, a menudo considerado un profesional de apoyo dentro del sistema sanitario, desempeña un papel mucho más relevante del que tradi-

cionalmente se le ha atribuido, especialmente en el contexto del aislamiento hospitalario. Su intervención directa en el traslado de pacientes, el manejo de materiales, la limpieza del entorno y la gestión de residuos convierte su labor en un eslabón crítico dentro de la cadena de prevención de infecciones nosocomiales.

El correcto cumplimiento de las medidas de aislamiento —ya sean de contacto, por gotas, aéreo, estricto, entérico, respiratorio, por fluidos corporales, por cohorte o protector— depende en gran medida del compromiso y la formación del celador. Cada tipo de aislamiento requiere una actuación específica, que va desde la selección y uso apropiado del EPI, hasta la comprensión de los circuitos de circulación dentro del hospital, la gestión de residuos biológicos y la colaboración estrecha con el personal de enfermería y medicina preventiva. La omisión o desconocimiento de un solo paso puede quebrar la cadena de bioseguridad y poner en riesgo a pacientes, profesionales y visitantes.

Por ello, es imprescindible que los celadores reciban formación continua, estructurada y actualizada en materia de prevención y control de infecciones, que les permita comprender no solo el “qué” deben hacer, sino el “por qué” de cada medida. Esta comprensión fortalece su implicación y fomenta una cultura de seguridad institucional. Además, la implementación de proto-

los claros, señalización visible, y comunicación eficaz entre equipos mejora la coordinación y reduce la posibilidad de errores humanos.

El aislamiento hospitalario no debe considerarse una responsabilidad exclusiva del personal sanitario, sino un esfuerzo colectivo en el que todos los trabajadores del hospital —desde médicos hasta celadores— comparten un objetivo común: proteger la salud y garantizar un entorno asistencial seguro. El reconocimiento institucional del papel del celador en este proceso es, por tanto, fundamental para reforzar su motivación y su sentido de pertenencia dentro del equipo multidisciplinar.

En definitiva, el celador es un agente activo en la prevención de infecciones hospitalarias, cuya actuación profesional, responsable y coordinada con el resto del personal sanitario contribuye significativamente al control de la transmisión de enfermedades, al mantenimiento de la calidad asistencial y a la seguridad del paciente. Fortalecer su formación, visibilizar su labor y promover su integración en las estrategias de bioseguridad son pasos esenciales hacia un hospital más seguro, eficiente y humano.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad (2021). Protocolos de aislamiento hospitalario y precauciones estándar. Madrid: Gobierno de España.

2. Organización Mundial de la Salud (2022). Prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Ginebra: OMS.
3. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (2020). Guía práctica para la gestión del aislamiento hospitalario. Madrid: SEMP-SPH.
4. García, P., & López, R. (2019). “El papel del celador en la prevención de infecciones nosocomiales.” *Revista Española de Gestión Sanitaria*, 12(3), 45–52.

Artículo 46

LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES MÁS FRECUENTES Y LOS FACTORES DE RIESGO

IDOYA AYENSA MONTALVO

MARYSOL SANCHEZ SARRIA

MARIA TERESA VELA BENAVENTE

MARÍA CARMEN PARICIO MARTELES

ESTHER MARTINEZ AMEZCUA

AMALIA MIRO MAIRAL

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad en el mundo. Se relacionan con factores como tabaquismo, hipertensión, sedentarismo, diabetes y obesidad, muchos de ellos modificables. Reconocer estos factores es esencial para prevenir la aparición de eventos cardíacos.

Metodología: Revisión bibliográfica realizada en fuentes científicas en español y bases de datos de salud, con selección de artículos entre 2018 y 2024 orientados a factores de riesgo cardiovasculares, prevención primaria y promoción de hábitos saludables.

Resultados: Los factores de riesgo se clasifican en modificables y no modificables. Los modificables son aquellos susceptibles de intervención: tabaquismo, dieta poco saludable, alcohol, sedentarismo, obesidad, hipertensión y diabetes. Los no modificables incluyen edad, sexo y antecedentes familiares. Reducir los factores mod-

ificables mediante programas educativos mejora la salud y reduce la incidencia cardiovascular.

Conclusiones: La detección temprana y educación sanitaria son herramientas clave dentro de la atención primaria. Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en el acompañamiento del paciente, identificando riesgos e impulsando cambios hacia hábitos de vida saludable.

1 Palabras clave

Enfermedad cardiovascular; factores de riesgo; prevención; salud pública; estilos de vida; patologías cardíacas.

2 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares incluyen patologías como cardiopatía isquémica, enfermedad coronaria, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y enfermedad cerebrovascular. Son la primera causa de muerte a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su evolución suele ser lenta y progresiva, por lo que se consideran enfermedades silenciosas hasta que se manifiestan con un evento agudo, como un infarto agudo de miocardio o un ictus.

El sistema cardiovascular es el encargado de transportar la sangre y los nutrientes a los tejidos, por lo que cualquier alteración impacta en múltiples órganos. Las patologías cardíacas no surgen de manera repentina, sino que se desarrollan a lo largo de los años. Están vinculadas a factores de riesgo, algunos de ellos modificables mediante cambios en el estilo de vida.

La aterosclerosis es una de las causas más frecuentes de enfermedad cardiovascular. Consiste en la acumulación de grasas y colesterol en las paredes arteriales, formando placas que estrechan los vasos sanguíneos e impiden el paso normal de sangre. Este estrechamiento puede ocasionar dolor torácico, falta de oxígeno o eventos súbitos como infarto o accidente cerebrovascular.

Entre los factores de riesgo destacan el tabaquismo, la hipertensión arterial, el sedentarismo, la obesidad, la diabetes y el estrés. La alimentación rica en grasas saturadas y alimentos ultraprocesados también incrementa el riesgo cardiovascular. La acumulación de estos factores produce un deterioro gradual de la función cardiocirculatoria.

Existen también factores no modificables, como la edad, los antecedentes familiares y el sexo. Aunque no pueden cambiarse, es posible actuar sobre los factores modificables para reducir el riesgo global.

El equipo de atención primaria ocupa un papel central en la detección precoz, educación sanitaria y acompañamiento al paciente. La labor de este equipo es fundamental en el control del riesgo cardiovascular, puesto que participa en la toma de constantes vitales, realiza ed-

ucación para la salud y enseña estrategias que favorecen la adherencia terapéutica.

consultaron páginas web de organizaciones como la Fundación Española del Corazón.

3 Objetivos

Objetivo general:

Conocer los factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares y destacar la importancia de la prevención y la educación sanitaria en la población adulta.

Objetivos específicos:

- Destacar los factores de riesgo modificables y no modificables relacionados con las enfermedades cardiovasculares.
- Describir el papel del equipo de atención primaria en el control de los factores de riesgo cardiovascular en la atención primaria.
- Contribuir a fomentar hábitos de vida saludables en personas con riesgo cardiovascular.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como SciELO, PubMed, Dialnet, Medline y Google Académico. Se emplearon palabras clave como: “enfermedades cardiovasculares”, “factores de riesgo”, “prevención” y “educación sanitaria”.

Se seleccionaron artículos científicos publicados entre 2018 y 2024 y se consultaron libros de salud y guías clínicas del Ministerio de Sanidad. También se

5 Resultados

Las enfermedades cardiovasculares son un problema de salud pública ya que son responsables de un elevado número de fallecimientos y discapacidades. Su aparición no depende solo de la genética, sino que está estrechamente relacionada con los estilos de vida, los hábitos alimentarios, el nivel de actividad física, el estrés y la exposición al tabaco.

El tabaquismo es considerado como el detonante del daño vascular progresivo. La nicotina y otros componentes tóxicos del tabaco generan vasoconstricción, aumenta la presión arterial y facilitan la formación de placas de ateroma en las arterias. El tabaquismo pasivo también contribuye al deterioro vascular, especialmente en convivientes y en trabajadores expuestos en espacios cerrados.

En cuanto a la alimentación, las dietas ricas en grasas saturadas, alimentos ultraprocesados, azúcares simples y sodio se relacionan con dislipemia, aumento de peso y elevación de la presión arterial, mientras que una dieta mediterránea o balanceada en verduras, frutas, legumbres y pescado se vincula con mejor salud cardiovascular. La presencia de colesterol LDL elevado contribuye al estrechamiento arterial y

aumentando el riesgo de eventos agudos como angina, infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular.

La obesidad y el sobrepeso actúan como desencadenantes silenciosos de alteraciones metabólicas como la resistencia a la insulina. Las personas con obesidad abdominal presentan casi el doble de riesgo de enfermedad cardiovascular respecto a personas con peso adecuado. Esto demuestra que la grasa visceral es más peligrosa que el peso total, ya que libera sustancias que afectan al aparato circulatorio.

En relación con el sedentarismo, la falta de actividad física reduce la capacidad funcional del corazón y favorece la aparición de hipertensión arterial. La inactividad prolongada se asocia con un riesgo incrementado de infarto de miocardio y eventos cerebrovasculares. Incluso pequeñas incorporaciones de movimiento en personas sedentarias generan mejoras, lo que indica que no se requiere ejercicio intenso para obtener beneficios cardiovasculares.

El estrés crónico también aparece como factor de riesgo relevante. La tensión emocional prolongada eleva los niveles de cortisol y adrenalina, lo que produce hipertensión, incremento de frecuencia cardíaca y alteraciones en la glucosa sanguínea. En entornos laborales de alta carga emocional, la prevalencia de hipertensión y arritmias es mayor. Además, el estrés contribuye a fomentar hábitos poco saludables, como el tabaquismo o el alcohol. El consumo

elevado de alcohol se convierte en un factor de riesgo cardiovascular, ya que se vincula con hipertensión, arritmias y accidentes cerebrovasculares.

La hipertensión arterial es otro de los factores de riesgo y es conocida como el “asesino silencioso”, porque no presenta síntomas en muchos casos. Cuando no se detecta a tiempo, produce daño progresivo en órganos vitales como corazón, cerebro y riñones. En cuanto a la diabetes, la hiperglucemia constante afecta directamente a las arterias y acelera los procesos ateroscleróticos. La diabetes tipo 2, estrechamente relacionada con hábitos alimentarios y sedentarismo, duplica el riesgo de enfermedad coronaria.

Los factores no modificables como la edad y el sexo presentan patrones claros: el riesgo cardiovascular aumenta con el envejecimiento y es más alto en hombres hasta la entrada de la menopausia, cuando el riesgo se iguala en mujeres. Los antecedentes familiares de infarto también incrementan el riesgo.

En conjunto, la enfermedad cardiovascular se desarrolla a partir de la interacción entre factores biológicos y hábitos de vida. La modificación de estos factores mediante educación y acompañamiento profesional puede reducir la incidencia de infarto y otras complicaciones graves.

6 Discusión-Conclusión

Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en el mundo y su aparición es consecuencia directa de la interacción entre hábitos de vida, salud emocional y predisposición genética. Comprender esta relación ayuda a iniciar intervenciones tempranas orientadas a reducir el riesgo y mejorar la calidad de vida de la población.

Los factores modificables: tabaquismo, alimentación poco saludable, sedentarismo, consumo de alcohol, obesidad, estrés y patologías como diabetes o hipertensión, son responsables de la mayoría de los casos de enfermedad cardiovascular. Actuar sobre ellos requiere medidas de prevención sostenidas, accesibles y centradas en la persona.

Es fundamental el control rutinario de la presión arterial, el seguimiento del colesterol y la educación sanitaria por parte del equipo de atención primaria, orientando al paciente en la toma de decisiones sobre su propia salud.

En definitiva, prevenir es más efectivo y menos costoso que tratar una complicación cardiovascular. Una intervención oportuna desde los servicios sanitarios y la participación activa de la población pueden disminuir en gran medida el impacto de estas enfermedades en la sociedad..

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. “Enfermedades cardiovasculares”. OMS; 2024.
2. Ministerio de Sanidad. “Guía de prevención cardiovascular en adulto”*. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
3. Pérez E. “Técnicas básicas de enfermería”. Madrid: McGraw-Hill; 2022.
4. Sociedad Española de Cardiología. “Prevención cardiovascular en atención primaria”. Revista Española de Cardiología; 2023.
5. World Heart Federation. ‘World Heart Report 2023: Confronting the World’s Number One Killer’. Ginebra: WHF; 2023.
6. World Heart Federation. “Enfermedades Cardiovasculares”. 2025.
7. World Heart Federation. “Lo que hacemos. Prevención de la enfermedad cardiovascular”. Ginebra: WHF; 2024.
8. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). “Obesidad, sedentarismo y riesgo cardiovascular: documento técnico”. Madrid: INSST; 2022.

Artículo 47

FASES Y ABORDAJE INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD TERMINAL

MARÍA CARMEN PARICIO MARTELES

ESTHER MARTINEZ AMEZCUA

AMALIA MIRO MAIRAL

IDOYA AYENSA MONTALVO

MARYSOL SANCHEZ SARRIA

MARIA TERESA VELA BENAVENTE

Introducción: La enfermedad terminal se define como una situación clínica irreversible en la que no existe tratamiento curativo y la esperanza de vida es limitada. Este proceso genera cambios físicos, emocionales y sociales tanto en el paciente como en su entorno cercano.

Metodología: Se revisaron artículos científicos, libros especializados y guías clínicas entre 2020 y 2024, consultando bases de datos como SciELO, PubMed y Dialnet.

Resultados: Se describen las fases que atraviesa una persona con enfermedad terminal, los síntomas frecuentes en cada etapa y los tratamientos disponibles para aliviar el sufrimiento, priorizando la calidad de vida y el respeto a la autonomía.

Conclusiones: Comprender la progresión de la enfermedad terminal favorece una planificación adecuada del final de vida, facilita la toma de decisiones y permite que el paciente mantenga dignidad y control sobre su proceso.

1 Palabras clave

Enfermedad terminal; cuidados paliativos; fases del final de vida; calidad de vida; autonomía del paciente.

2 Introducción

La enfermedad terminal engloba condiciones crónicas, avanzadas e irreversibles en las que no existe posibilidad de curación y la expectativa de vida es limitada. Se trata de un proceso que involucra cambios físicos, emocionales, sociales y espirituales que impactan profundamente al paciente y a su entorno. Las patologías más frecuentemente relacionadas con esta situación incluyen cáncer en estadio avanzado, enfermedades neurodegenerativas progresivas y patologías crónicas orgánicas descompensadas.

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida mediante la prevención y alivio del sufrimiento, la identificación temprana y tratamiento del dolor y otros síntomas físicos, psicológicos y espirituales. El objetivo principal del tratamiento deja de ser la curación y pasa a centrarse en el confort y el bienestar. Esto puede resultar difícil de asimilar tanto para el paciente como para su familia, pero ayuda a tomar decisiones conscientes sobre el final de vida.

Uno de los aspectos más importantes

de la enfermedad terminal es el modo en que se desarrolla el proceso de aceptación. E. Kübler-Ross describió cinco fases: negación, ira, negociación, depresión y aceptación, que, aunque no siempre aparecen en este orden, ayudan a comprender las reacciones del paciente frente a la proximidad de la muerte.

Las necesidades del paciente en una etapa terminal evolucionan conforme avanza la enfermedad. En fases iniciales predomina la búsqueda de información y la planificación. En fases intermedias se centran en el control del dolor y de síntomas físicos como disnea, fatiga y náuseas. Finalmente, en la fase final del proceso, se orienta a la comodidad, el acompañamiento emocional y el respeto de los deseos del paciente en cuanto al lugar donde desea pasar sus últimas horas (domicilio o institución sanitaria).

La enfermedad terminal afecta también al entorno familiar. La incertidumbre, el miedo y la anticipación del duelo generan desgaste emocional. La comunicación clara y continua es fundamental para evitar la sensación de descontrol y facilitar la toma de decisiones. En este sentido, el documento de voluntades anticipadas permite al paciente dejar por escrito sus preferencias en relación con tratamientos, reanimación o medidas de soporte vital. La planificación anticipada reduce intervenciones agresivas e innecesarias y favorece una muerte más tranquila.

3 Objetivos

Objetivo general:

Comprender las fases de la enfermedad terminal y las necesidades del paciente y su entorno, resaltando la importancia del abordaje integral en el final de vida.

Objetivos específicos:

- Describir las características de cada fase del proceso terminal.
- Identificar los síntomas más frecuentes en las etapas finales de la vida.
- Analizar el impacto emocional y social para el paciente y su entorno cercano.
- Destacar la importancia de la comunicación y de la toma de decisiones anticipadas.

4 Metodología

Este trabajo se realizó mediante una revisión bibliográfica de la literatura disponible. La búsqueda se desarrolló consultando bases de datos científicas como PubMed, SciELO y Dialnet, junto con libros especializados en cuidados paliativos y guías de organismos oficiales. Se utilizaron las palabras clave: “enfermedad terminal”, “fases del final de vida”, “cuidados paliativos”, “autonomía del paciente”, “planificación anticipada”.

Se seleccionaron artículos publicados en español y traducidos entre los años 2020 y 2025, de acceso abierto con revisión por pares y guías clínicas actualizadas. Además, se revisaron páginas de organismos oficiales como Organi-

zación Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad de España) y libros de referencia académica.

5 Resultados

La enfermedad terminal se manifiesta de manera diferente según la patología, la edad del paciente y su historial. De forma general, se suceden una serie de etapas que representan una progresión gradual hacia el final de la vida. Estas fases no tienen una duración estricta pero ayudan a actuar de manera adecuada para aliviar el sufrimiento.

FASE DE ENFERMEDAD AVANZADA CON PRONÓSTICO LIMITADO

En esta etapa, el paciente suele recibir el diagnóstico irreversible. Deja de existir la posibilidad real de curación y se plantean objetivos centrados en el bienestar y la calidad de vida. Los tratamientos se orientan a controlar el dolor, aliviar síntomas y disminuir efectos secundarios. En este momento surgen emociones como negación, miedo o esperanza de encontrar una alternativa.

A nivel físico pueden presentarse síntomas como cansancio persistente, disminución del apetito, alteraciones del sueño, pérdida de peso o dolor intermitente. A nivel emocional aparece la necesidad de recibir información clara y honesta para poder comprender la situación y tomar decisiones informadas. La planificación anticipada, incluyendo voluntades previas o testamento vital, suele iniciarse en esta

etapa.

FASE DE PROGRESIÓN

El paciente experimenta cambios funcionales que coinciden con el aumento de los síntomas. Tareas cotidianas que antes realizaba de manera autónoma ahora requieren ayuda parcial o total debido al aumento de la debilidad y la disminución de energía. Además de cansancio físico aparece agotamiento psicológico que puede manifestarse en frustración o irritabilidad.

El dolor se vuelve más continuo y pueden aparecer síntomas como disnea, náuseas, estreñimiento, dificultad para tragar, inestabilidad para caminar o disminución de la capacidad cognitiva. En esta fase, el paciente puede comenzar a mostrar menor interés en actividades sociales, concentrándose más en el descanso. Emocionalmente, son comunes los sentimientos de tristeza, incertidumbre y anticipación del final.

FASE PRETERMINAL

Esta fase se caracteriza por un avance acelerado de la enfermedad. La persona pasa más tiempo en reposo o en cama. La ingesta de alimentos continúa disminuyendo progresivamente y el cuerpo conserva energía sólo para funciones básicas. La comunicación verbal es más lenta o escasa, incluso necesitan largas pausas entre una frase y otra debido al cansancio.

Se intensifica el cansancio, la fragilidad y la disminución del nivel de conciencia. A nivel emocional, se experimenta una mezcla de aceptación y tris-

teza. Aparece la necesidad de privacidad y tranquilidad que muchos familiares interpretan como señal de depresión. Sin embargo, suele ser parte natural del proceso.

FASE DE AGONÍA

El organismo reduce sus funciones progresivamente. La respiración cambia su ritmo, pudiendo aparecer pausas o sonidos por acumulación de secreciones que la persona no puede expulsar. El pulso se vuelve débil y la piel presenta cambios de coloración, comenzando por las extremidades y es frecuente que aparezcan manos y pies fríos.

El paciente puede estar más desconectado de su entorno y comunicarse poco o nada, aunque la audición suele mantenerse hasta el último momento. El apetito desaparece por completo y la sed deja de ser necesidad fisiológica. La familia puede atravesar sentimientos de duelo anticipado y alivio al percibir que el sufrimiento se reduce.

6 Discusión-Conclusión

Comprender las fases de la enfermedad terminal no tiene como objetivo anticipar el momento exacto del fallecimiento, sino facilitar la toma de decisiones y promover el respeto de los deseos del paciente durante el final de vida. Reconocer que la enfrentar es irreversible ayuda a cambiar el enfoque terapéutico y centrarse en mejorar el bienestar, la dignidad y la calidad de vida.

Es esencial garantizar que el paciente reciba información comprensible y adaptada a su situación emocional. La comunicación clara reduce la incertidumbre, además ayuda a planificar decisiones, como el documento de voluntades anticipadas, proporciona tranquilidad al paciente y guía a la familia cuando llega el momento de actuar.

A medida que el final se acerca, la prioridad deja de ser la prolongación de la vida y pasa a ser la calidad del tiempo restante. La comodidad, la ausencia de dolor, la serenidad emocional y la presencia de los familiares adquieren mayor importancia que cualquier tratamiento terapéutico.

El paciente debe sentir que tiene derecho a decidir cómo vivir su final, dónde estar y quién desea que lo acompañe. Además, la manera en que se vive el final influye directamente en cómo las familias viven el duelo, un final en paz ayuda a aceptar la pérdida, mientras que un final angustioso deja una huella emocional difícil de procesar.

de Cuidados Paliativos; 2024.

4. Kübler-Ross E. "Sobre la muerte y los moribundos". Barcelona: Debolsillo; 2022.

5. García B, Ortega P. "Proceso de final de vida en enfermedad avanzada". Revista Medicina Paliativa. 2024.

6. Álvarez R, Molina S. "Impacto emocional de la fase terminal en el entorno familiar". Revista PsicoSalud. 2023.

7. Consejo General de Trabajo Social. "Voluntades anticipadas y toma de decisiones al final de la vida". Madrid; 2023.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. "Cuidados paliativos". OMS; 2024.

2. Ministerio de Sanidad. "Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud". Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.

3. SECPAL. "Atención al final de la vida: derechos y garantías de la dignidad de la persona". Madrid: Sociedad Española

Artículo 48

UTILIZACIÓN DEL ACCESO INTRAÓSEO EN SITUACIONES DE URGENCIA VITAL: INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS Y ADULTAS

RAQUEL PÉREZ MARINAS

RAQUEL ASÍN

MARTA TERRADO ROYO

IASMINA BEATRICE BRICIU

FÁTIMA CONDE ESPÍÑO

SARA JOSEFA PUY ROC

Introducción: El acceso intraóseo es una técnica de canalización vascular de emergencia que permite la administración rápida de fármacos y fluidos cuando el acceso venoso periférico resulta imposible o ineficaz. Su uso se ha consolidado tanto en el ámbito pediátrico como en el adulto, siendo una herramienta esencial en la reanimación avanzada.

Objetivos: Analizar la intervención enfermera en la utilización del acceso intraóseo en situaciones de urgencia vital, diferenciando su aplicación en pacientes pediátricos y adultos, y describir los criterios, ventajas y cuidados posteriores.

Metodología: Revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2015 y 2024 en PubMed, Scielo y Dialnet, junto con guías del European Resuscitation Council (ERC) y la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).

Resultados: La enfermería cumple un papel clave en la identificación de la indicación, la selección del punto anatómico, la preparación del material y la monitorización posterior. El acceso intraóseo ofrece un flujo similar al venoso periférico y asegura la administración eficaz de medicamentos durante el paro cardiorrespiratorio y el shock. Su aplicación inmediata mejora la supervivencia y acorta el tiempo de perfusión.

Discusión-Conclusión: El entrenamiento enfermero en la técnica intraósea y su integración en protocolos de emergencias garantizan una reanimación más efectiva y segura. Su dominio representa una competencia avanzada imprescindible en la atención crítica tanto pediátrica como adulta.

1 Palabras clave

Acceso intraóseo; enfermería de emergencias; reanimación cardiopulmonar; vía alternativa; urgencias vitales

2 Introducción

En el contexto de la urgencia vital, el tiempo adquiere un valor determinante. La dificultad para canalizar una vía venosa periférica en situaciones de colapso circulatorio, paro cardiorrespiratorio o shock hipovolémico puede comprometer la administración de medicación y fluidos de manera eficaz. En estas circunstancias, el acceso intraóseo se establece como una alternativa inmediata, segura y efectiva para lograr una vía de entrada al sistema vascular. Su uso, avalado por las guías internacionales de reanimación, se ha extendido tanto en la población pediátrica —donde el colapso venoso es frecuente— como en la adulta, especialmente en entornos extrahospitalarios y de emergencias.

La canalización intraósea consiste en la

inserción de una aguja o dispositivo especializado en la cavidad medular de un hueso largo, donde la médula ósea actúa como un reservorio de acceso directo al sistema venoso central. La rapidez del procedimiento (generalmente menos de 60 segundos), su alta tasa de éxito y la posibilidad de administrar cualquier tipo de fármaco o fluido lo convierten en una herramienta crítica en los protocolos de reanimación cardiopulmonar avanzada (RCP-A).

El personal de enfermería, por su presencia constante en la primera línea de atención, desempeña un papel esencial en la ejecución de la técnica o en la asistencia al facultativo, asegurando una preparación estéril, la correcta elección del sitio anatómico y la monitorización posterior para detectar complicaciones. Además, su intervención abarca la valoración de la eficacia de la infusión, la fijación segura del dispositivo y la educación al equipo sobre el mantenimiento del acceso.

En este sentido, la competencia enfermera en el manejo del acceso intraóseo no se limita a su aplicación técnica, sino

que integra conocimientos anatómicos, farmacológicos y de urgencias vitales. El dominio de la técnica mejora los tiempos de administración de fármacos, reduce las demoras en la reanimación y aumenta las probabilidades de supervivencia tanto en pacientes adultos como en pediátricos.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar la intervención del personal de enfermería en la utilización del acceso intraóseo en situaciones de urgencia vital en pacientes pediátricos y adultos.

Objetivos secundarios:

- Describir las indicaciones, puntos anatómicos y ventajas del acceso intraóseo frente a otros accesos vasculares.
- Detallar la participación enfermera en la preparación, ejecución y monitorización de la técnica.
- Evaluar la formación y entrenamiento necesarios para garantizar la eficacia y seguridad del procedimiento.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de artículos científicos y guías clínicas publicadas entre 2015 y 2024 en bases de datos biomédicas (PubMed, Scielo, Dialnet). Se utilizaron los descriptores “intraóseo”, “enfermería de emergencias”, “reanimación cardiopulmonar” y

“acceso vascular”. Se revisaron las guías del ERC 2021, la AHA 2020 y los protocolos de la SEMES. Los criterios de inclusión fueron estudios y documentos centrados en la práctica enfermera durante el manejo intraóseo en urgencias vitales pediátricas y adultas, en contextos tanto hospitalarios como extrahospitalarios.

5 Resultados

La revisión de la evidencia científica demuestra que el acceso intraóseo (IO) se ha consolidado como la segunda alternativa vascular de elección tras el fracaso de la vía venosa periférica, siendo recomendado por las guías de reanimación si no se logra canalizar una vía en los primeros 90 segundos o tras dos intentos fallidos. Esta técnica ha dejado de ser un recurso excepcional para convertirse en una herramienta fundamental en situaciones de urgencia vital, tanto en adultos como en población pediátrica. En este contexto, el papel del profesional de enfermería es decisivo, participando activamente en la ejecución, el mantenimiento, la monitorización y el registro del procedimiento, así como en la educación y entrenamiento del equipo sanitario.

Durante la valoración inicial del paciente crítico, la enfermería identifica la necesidad del acceso intraóseo basándose en la imposibilidad de establecer un acceso venoso rápido o funcional en casos de parada cardiorrespiratoria,

shock hipovolémico, anafilaxia, sepsis grave o politraumatismo con colapso circulatorio. La prioridad es garantizar la administración inmediata de fármacos y fluidos, por lo que la decisión debe tomarse de forma coordinada con el equipo médico, siguiendo criterios de rapidez, seguridad y eficacia. En entornos extrahospitalarios, donde los recursos pueden ser limitados, el dominio de esta técnica por parte del personal de enfermería adquiere aún mayor relevancia, ya que puede significar la diferencia entre la vida y la muerte.

La selección del punto anatómico depende de la edad, el estado clínico y la integridad de las estructuras óseas. En pediatría, las zonas más utilizadas son la tibia proximal (debajo de la tuberosidad tibial), la tibia distal y el fémur distal, mientras que en adultos se prefieren la tibia proximal, el húmero proximal y el esternón, este último mediante dispositivos específicos. La elección del lugar idóneo requiere un conocimiento anatómico preciso y la exclusión de áreas con fracturas, infecciones o cirugías previas. La enfermería se encarga de la preparación aséptica, la estabilización del miembro y la selección del calibre apropiado de aguja según el espesor óseo y las características del paciente.

En la fase técnica, la inserción del acceso intraóseo debe realizarse bajo condiciones estrictas de esterilidad. Los sistemas actuales —manuales, de resorte o con taladro automático— per-

miten atravesar la cortical ósea y alcanzar la médula en pocos segundos. El personal de enfermería verifica la correcta colocación mediante la estabilidad del dispositivo, la ausencia de extravasación durante la irrigación con suero fisiológico y la percepción de una resistencia decreciente al avanzar. Una vez confirmada la posición, se procede a la fijación segura del dispositivo para evitar desplazamientos, y se comprueba la permeabilidad antes de iniciar la perfusión de medicamentos o soluciones.

La administración de fármacos y fluidos por vía intraósea ofrece una biodisponibilidad equivalente a la vía venosa central, dado que la médula ósea comunica directamente con el sistema venoso sistémico. Sin embargo, debido a la resistencia natural del tejido medular, es necesario utilizar presión positiva para mantener un flujo adecuado, especialmente en pacientes adultos. Para ello, la enfermería emplea bolsas de presión o jeringas de perfusión y controla de forma continua la velocidad de infusión. Durante el procedimiento, el control visual del punto de inserción, la ausencia de tumefacción o dolor, y la verificación de retorno venoso son fundamentales para prevenir complicaciones como la extravasación o el síndrome compartimental.

El registro y monitorización continua son funciones críticas dentro del rol enfermero. Deben documentarse con pre-

cisión la hora de inserción, el punto anatómico utilizado, el tipo de dispositivo, el calibre de aguja, el volumen y tipo de fluidos o medicamentos administrados, así como cualquier incidencia observada. Además, la enfermería debe inspeccionar periódicamente la zona para detectar signos locales de infección, necrosis, fractura o celulitis, y coordinar la retirada del acceso antes de las 24 horas, sustituyéndolo por una vía venosa más estable y duradera.

Las ventajas del acceso intraóseo son múltiples: permite una rápida instauración del tratamiento en situaciones críticas, posibilita la administración de fármacos vasoactivos, hemoderivados y fluidos en todos los grupos etarios, y presenta una tasa de éxito superior al 90 % cuando el personal está debidamente entrenado. Su uso está respaldado por las principales guías internacionales, como el ERC y la AHA, que lo integran en los algoritmos de soporte vital avanzado tanto en adultos como en niños.

En el ámbito pediátrico, el acceso intraóseo cobra especial importancia. La canalización venosa suele resultar difícil debido al pequeño calibre de las venas y al colapso vascular en situaciones de shock o parada cardiorrespiratoria. Por ello, la enfermería pediátrica debe extremar la vigilancia del punto de inserción y ajustar la presión de infusión para evitar lesiones óseas o extravasación. Además, en este entorno resulta esencial la contención emo-

cional de la familia, explicando la finalidad y seguridad del procedimiento para reducir la ansiedad y fortalecer la confianza en el equipo sanitario.

En adultos, su aplicación es especialmente frecuente en reanimaciones cardíacas extrahospitalarias, traumas graves y pacientes con acceso venoso colapsado. El personal de enfermería debe dominar la preparación del material, la identificación anatómica y el control del flujo, ya que los tiempos de perfusión son determinantes para el éxito del soporte vital avanzado. También se requiere conocimiento sobre la compatibilidad de medicamentos administrados por esta vía, dado que algunos pueden generar irritación medular o requerir dilución previa.

Los estudios revisados coinciden en que la formación continuada y la práctica simulada son esenciales para mantener la destreza y reducir complicaciones. La inclusión del acceso intraóseo en los programas de Soporte Vital Avanzado (SVA) y en la simulación clínica de alta fidelidad mejora de forma significativa los tiempos de canalización, la confianza del profesional y la seguridad del paciente. Asimismo, la revisión destaca la necesidad de establecer protocolos institucionales y auditorías internas que garanticen la calidad y trazabilidad de las intervenciones.

6 Discusión-Conclusión

El acceso intraóseo representa una herramienta fundamental en la asistencia de urgencias vitales cuando la canalización venosa resulta inviable. La enfermería, por su capacidad de actuación inmediata y su conocimiento técnico, desempeña un papel esencial en todo el proceso: desde la valoración y preparación del material hasta la administración de medicación y la vigilancia del sitio de inserción.

El dominio de la técnica requiere entrenamiento continuo, práctica supervisada y conocimiento anatómico preciso. Su correcta ejecución garantiza una vía eficaz de administración que puede marcar la diferencia en la supervivencia del paciente. La atención posterior al procedimiento —monitorización del flujo, control de complicaciones y registro exhaustivo— es igualmente crítica para asegurar la calidad y seguridad asistencial.

En conclusión, la competencia enfermera en el manejo del acceso intraóseo debe considerarse una habilidad avanzada y prioritaria dentro de la formación en emergencias. Su implementación protocolizada tanto en pediatría como en adultos optimiza la respuesta en situaciones de urgencia vital, refuerza el trabajo en equipo y consolida una atención prehospitalaria y hospitalaria más eficaz, rápida y humanizada.

7 Bibliografía

1. European Resuscitation Council. European Resuscitation Guidelines 2021: Advanced Life Support. Resuscitation. 2021;161:S111–S155.
2. American Heart Association. 2020 Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2020;142:S366–S468.
3. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Manual de acceso vascular intraóseo en emergencias. Madrid: SEMES; 2022.
4. Pasley JD, Miller M, Kerns J. Intraosseous access: indications, techniques, and role of nurses in emergency care. J Emerg Nurs. 2021;47(4):547–555.
5. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. Cuidados enfermeros y manejo del acceso intraóseo en urgencias pediátricas y adultas. Enferm Clin. 2022;32(3):541–548.

Artículo 49

LA PRESCRIPCIÓN SOCIAL: UN CAMINO HACIA LA EQUIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA ADULTOS MAYORES EN COLOMBIA

ELIANA CARRILLO DIAZ

RESUMEN

Introducción: La prescripción social surge como producto de una herramienta innovadora que permite abordar las inequidades en Atención Primaria en Salud por sus siglas APS, en Colombia, de manera especial en adultos mayores quienes se afectan por los determinantes sociales.

Objetivos:

-Analizar el potencial de la prescripción social para reducir inequidades en la APS colombiana.

- Proponer recomendaciones para su implementación efectiva.

Metodología: Revisión bibliográfica de artículos científicos, así como políticas de salud en bases de datos y también documentos normativos.

Resultados: La evidencia internacional respalda la efectividad de la prescripción social para mejorar el bienestar y reducir el aislamiento en adultos mayores.

Conclusiones: La implementación de políticas públicas relacionadas con Atención Primaria en Salud en Colombia ayuda a reducir inequidades por lo que se requiere fortalecer redes comunitarias, capacitar al talento humano y superar barreras como la brecha digital.

PALABRAS CLAVE prescripción social; Atención Primaria de Salud; equidad en salud; adultos mayores; determinantes sociales; Colombia.

1 Palabras clave

Prescripción social; Atención Primaria de Salud; equidad en salud; adultos mayores; determinantes sociales; Colombia.

2 Introducción

En Colombia, el fortalecimiento de la APS a través de políticas como el PAIS y el MAIS es innegable. Sin embargo, persisten problemas estructurales como la fragmentación, el acceso desigual y la falta de coordinación entre niveles de atención, que perpetúan inequidades en los servicios de salud (1). Todas estas brechas afectan desproporcionadamente a poblaciones vulnerables, entre las que destacan los adultos mayores.

Frente a este complejo panorama, la prescripción social emerge como una herramienta innovadora y necesaria para reconectar la APS con su esencia comunitaria y su mandato de equidad. Esta estrategia se define como el proceso de derivar a los pacientes desde los servicios clínicos hacia una gama de servicios no clínicos, apoyos y actividades dentro de la comunidad, abordando así las causas sociales subyacentes que afectan su bienestar (2, 3). Representa un cambio de paradigma fundamental, alejándose del modelo biomédico tradicional y acercándose a un enfoque salutogénico que prioriza la creación de salud y el empoderamiento de las personas y comunidades.

En este contexto, el presente artículo sustenta que la integración sistemática y contextualizada de la prescripción social en la APS colombiana es un paso crucial no solo para disminuir las inequidades, sino también para garantizar un envejecimiento digno, abordando de manera efectiva aquellas necesidades psicosociales que el modelo tradicional frecuentemente ignora.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el potencial de la prescripción social como estrategia para reducir las inequidades en la Atención Primaria de Salud dirigida a adultos mayores en Colombia.

Objetivos secundarios:

- Describir el contexto de desigualdad en la APS colombiana y su impacto en la población adulta mayor.
- Revisar evidencia internacional sobre la efectividad de la prescripción social en el bienestar de adultos mayores.
- Identificar los principales desafíos para la implementación de la prescripción social en el contexto latinoamericano y colombiano.
- Proponer recomendaciones clave para una implementación efectiva de la prescripción social en Colombia.

4 Metodología

Para la elaboración de este artículo se realizó una revisión narrativa de

la literatura. Se consultaron artículos en bases de datos científicas como PubMed, SciELO y Medline, así como documentos de políticas públicas e informes gubernamentales.

La búsqueda se centró en publicaciones de los últimos cinco años, utilizando términos como "prescripción social", "Atención Primaria de Salud", "adultos mayores", "equidad en salud" y "determinantes sociales de la salud". Se seleccionaron artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas por pares y documentos normativos relevantes para el contexto colombiano.

5 Resultados

La revisión bibliográfica realizada para este trabajo evidencia de manera contundente que en Colombia persisten profundas y preocupantes desigualdades en el acceso a la salud, las cuales constituyen un obstáculo fundamental para el desarrollo social. La disparidad es palpable: mientras el 84,3% de la población con mayores recursos económicos tiene acceso a servicios para enfrentar enfermedades graves, apenas el 58,2% de los más pobres cuenta con el mismo nivel de acceso, lo que refleja una segmentación socioeconómica del sistema. Esta brecha se agrava al considerar que más de 1,1 millones de personas en situación de pobreza permanecen completamente excluidas del sistema de seguridad social

en salud, quedando en una situación de máxima vulnerabilidad (5). Este contexto de inequidad estructural exige la implementación de intervenciones innovadoras que trasciendan el enfoque curativo tradicional.

Afortunadamente, la evidencia internacional respalda de manera consistente y creciente la efectividad de la prescripción social como una de estas intervenciones prometedoras. En países como España y el Reino Unido, la prescripción social ha logrado evolucionar desde iniciativas puntuales hasta sofisticados modelos de alta coordinación intersectorial, demostrando una capacidad probada para reducir la inseguridad vinculada a los determinantes sociales y acercar los servicios de apoyo a los ciudadanos que más los necesitan (16). De manera similar, China ha integrado formalmente esta estrategia en su ambicioso plan nacional "Healthy China 2030", promoviendo activamente el envejecimiento saludable de su población a través de la prescripción de prácticas comunitarias ancestrales y reconocidas como el Tai Chi (17).

Los beneficios de estas intervenciones, ampliamente documentados en la literatura, son multidimensionales. No solo se limitan a una mejora significativa en la calidad de vida percibida, sino que también incluyen una reducción clínica de síntomas de depresión y ansiedad, así como una mitigación del aislamiento social crónico. Fundamental-

mente, la prescripción social fomenta en las personas una renovada sensación de vivir una vida con propósito y sentido de pertenencia (24, 25). La resiliencia de este enfoque quedó particularmente demostrada incluso durante la crisis sanitaria por COVID-19, donde estrategias adaptativas, como el programa CAM en CASA implementado en Perú, evidenciaron el papel crucial de la prescripción social virtual para mantener un vínculo de apoyo y conexión emocional con las poblaciones de adultos mayores, quienes enfrentaron los confinamientos más estrictos (22).

6 Discusión-Conclusión

Los hallazgos de esta revisión permiten vislumbrar a la prescripción social no como una intervención aislada, sino como un catalizador potencial para una reforma profunda de la APS en Colombia, orientada a materializar sus principios de equidad e integralidad. Sin embargo, su implementación exitosa enfrenta paradojas y tensiones estructurales que deben ser resueltas.

En primer lugar, se identifica una paradoja fundamental entre la robusta evidencia internacional y la incipiente aplicación local. Mientras países como Reino Unido y China han institucionalizado la prescripción social en marcos nacionales, integrando modelos de alta coordinación intersectorial (16, 17), en Colombia su desarrollo es embrionario, fragmentado y dependiente de inicia-

tivas locales aisladas. Esta disparidad sugiere que el principal desafío no radica en la efectividad clínica o psicosocial de la intervención, sino en su transferibilidad y adaptación al peculiar ecosistema del sistema de salud colombiano. La profunda segmentación por capacidad de pago, la fragmentación en el aseguramiento y las barreras geográficas exigen un modelo de prescripción social que no solo derive a actividades comunitarias, sino que también actúe como un puente integrador entre los distintos regímenes y niveles de atención, algo para lo cual los sistemas de salud de los países de referencia no estaban preparados de la misma manera.

En segundo lugar, existe una tensión crítica entre la naturaleza comunitaria, horizontal y salutogénica de la prescripción social y la lógica curativa, vertical y biomédica que aún domina la APS colombiana. Mientras la primera promueve la autonomía, el empoderamiento y la construcción de capital social (16, 19), el sistema mantiene fuertes incentivos hacia la atención de la enfermedad, la medicalización y la productividad basada en consultas. Superar esta barrera cultural requiere más que capacitar a los profesionales en la técnica de la derivación; exige una reconversión hacia una "mirada comunitaria" que les permita reconocer y valorar los activos para la salud en su territorio (28). Además, es imperativo generar métricas e incentivos financieros e institucionales que valoren

y retribuyan los resultados en bienestar psicosocial, reducción del aislamiento y fortalecimiento de redes, y no solo las metas clínicas tradicionales.

Finalmente, el potencial democratizador e inclusivo de la prescripción social choca frontalmente con la realidad de la brecha digital y la exclusión social que afecta a una gran parte de la población adulta mayor en Colombia (8). La experiencia peruana durante la pandemia demostró el valor de la prescripción virtual como herramienta de resiliencia (22), pero también evidenció su riesgo de convertirse en un nuevo mecanismo de exclusión para los más vulnerables. Por lo tanto, cualquier estrategia de implementación en Colombia debe ser inherentemente mixta, combinando de manera inteligente herramientas digitales con mecanismos de conexión comunitaria presencial, basados en la confianza y el contacto cara a cara, para no perpetuar o incluso agravar las mismas inequidades que busca resolver.

La viabilidad de la prescripción social en Colombia no depende, pues, de la mera replicación de modelos extranjeros. Su éxito estará determinado por la capacidad del sistema para crear un modelo propio y contextualizado que sintetice las lecciones globales con una comprensión profunda de sus propias dinámicas estructurales, las particularidades de sus territorios y la riqueza de su capital social comunitario. Esto convierte su implementación no solo en

un desafío técnico, sino en una prueba de fuego para la verdadera voluntad de transformación del sistema de salud colombiano hacia la equidad.

7 Bibliografía

1. Juárez Herrera y Cairo LA, et al. Primary health care reforms in Latin America: advances in Brazil, Chile, Colombia, Mexico and Peru. *Gac Sanit.* 2024.
2. Dandicourt Thomas C, et al. Prescripción social y activos de salud comunitaria para la promoción de salud y bienestar de las personas. 2024.
3. Miao M, Sau-fung Yu D. Nurses' Role in Addressing Social Frailty for Healthy Ageing Promotion. *Journal of Advanced Nursing.* 2024.
4. Ley 1438 de 2011. República de Colombia.
5. iberoreport-44. [Citado en el documento original].
6. Aguiar RS, da Silva HS. Quality of health care for the elderly in primary care: an integrative review. *Enfermeria Global.* 2022.
7. Almeida PF de, et al. Perspectivas para las políticas públicas de Atención Primaria en Salud en Suramérica. *Cien Saude Colet.* 2024.
8. Cabañero-García E, et al. Barriers to health, social and long-term care access among older adults: a systematic review of reviews. *Int J Equity Health.* 2025.

9. Matranga D, Maniscalco L. Inequality in Healthcare Utilization in Italy: How Important Are Barriers to Access? *Int J Environ Res Public Health*. 2022.
10. Yusuf A, et al. Enhancing community-oriented care: Implementation of social prescribing within a family health team. *Healthc Manage Forum*. 2024.
11. Ng AE, et al. National Health Statistics Reports, Number 207, August 1, 2024. 2022.
12. CAPÍTULO 1. [Citado en el documento original].
13. Rodríguez Benito L, et al. Prescripción social y recomendación de activos en Atención Primaria: «el círculo de calidad». *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2023.
14. Calderón-Larrañaga S, Braddick F. De la prescripción social a la recomendación de activos: ¿qué funciona, para quién, en qué contexto y cómo? *FMC*. 2021.
15. González JC, et al. La prescripción social en España: el ejemplo de Cataluña. *FMC*. 2021.
16. Menhas R, Yang L, Danish Nisar R. Community-based social healthcare practices in China for healthy aging: a social prescription perspective analysis. *Front Public Health*. 2023.
17. Paquet C, et al. Social Prescription Interventions Addressing Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Meta-Review Integrating On-the-Ground Resources. *Journal of Medical Internet Research*. 2023.
18. Romero-Albino Z, Ortigueria-Sánchez L. Social prescription and trust in older adults: A view in COVID-19 context. *Revista del Cuerpo Medico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2021.
19. Rodado León B, et al. EL ARTE COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA. ARTETERAPIA, MUSICOTERAPIA Y TERAPIAS CORPORALES. [Internet].
20. Gilraldez-Hayes A. Artes y bienestar psicológico. PÓS: Revista do Programa de Pós-graduação em Artes da EBA/UFGM. 2020.
21. Calaf CP, González-Viana A. Herramientas para una orientación comunitaria de la atención primaria: el mejor sustrato para la prescripción social. *FMC*. 2021.
22. Calderón-Larrañaga S, Braddick F. De la prescripción social a la recomendación de activos: ¿qué funciona, para quién, en qué contexto y cómo? *FMC*. 2021.
23. Calaf CP, González-Viana A. Herramientas para una orientación comunitaria de la atención primaria: el mejor sustrato para la prescripción social. *FMC*. 2021.
24. Desigualdades-en-salud-en-Colombia-y-la-oportunidad-de-corregirlas_Informe. 2023.

Artículo 50

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y SALUD MENTAL EN POBLACIÓN INFANTIL: UN ANÁLISIS DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH), ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

BEATRIZ PÉREZ PÉREZ

BLANCA ARNAIZ NAVARRO

ADOLFO DOMINGUEZ BERNE

NIEVES LLORENTE MARQUINA

MARINA FERRER BUENO

MARIA ROSA ARANDA GONZALEZ

Introducción: Los trastornos del neurodesarrollo y los problemas de salud mental en la infancia representan una preocupación creciente tanto para profesionales, como para las familias y los sistemas educativos. Entre los más frecuentes destacan el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), la ansiedad y la depresión, los cuales pueden afectar significativamente el desarrollo del niño.

Objetivo: Describir la prevalencia estimada de TDAH, ansiedad y depresión en niños y analizar los principales factores asociados.

Metodología: Revisión narrativa de estudios observacionales, informes epidemiológicos y datos institucionales publicados en español y en bases de datos internacionales.

Resultados: Los datos revisados muestran que la prevalencia de estos trastornos varía según región, metodología diagnóstica y edad, pero la tendencia general indica un incremento sostenido en los últimos años.

Conclusiones: La presencia significativa de estos trastornos en la población infantil resalta la necesidad de estrategias diagnósticas tempranas, intervenciones accesibles y programas preventivos integrados.

1 Palabras clave

TDAH; ansiedad infantil; depresión infantil; prevalencia; salud mental; neurodesarrollo.

2 Introducción

La salud mental infantil constituye un campo de estudio fundamental debido al impacto que tiene en el desarrollo cognitivo, emocional y social de los niños. Durante las últimas décadas, los trastornos del neurodesarrollo y las alteraciones psicológicas en edades tempranas han recibido una atención creciente, no solo por parte de la comunidad científica, sino también de instituciones educativas, sanitarias y familias. Entre los trastornos más prevalentes se encuentran el TDAH, los trastornos de ansiedad y la depresión infantil, los cuales pueden manifestarse de manera solapada o coexistir en un mismo individuo.

El TDAH es uno de los diagnósticos más comunes en la infancia y se caracteriza por dificultades en la aten-

ción sostenida, impulsividad y, en algunos casos, hiperactividad motora. Su reconocimiento temprano resulta fundamental para evitar complicaciones académicas, sociales y emocionales. Por otro lado, los trastornos de ansiedad se manifiestan a través de preocupaciones excesivas, miedos desproporcionados o síntomas fisiológicos relacionados con el estrés. Aunque tradicionalmente se consideraba que la ansiedad era menos frecuente en la niñez, estudios recientes indican que su prevalencia es mayor de lo que se pensaba, especialmente en contextos de alta demanda escolar o situaciones familiares adversas.

En cuanto a la depresión infantil, aunque su identificación puede ser más compleja debido a que los niños no siempre manifiestan tristeza de forma clásica, su presencia repercute negativamente en el funcionamiento global del menor. Los síntomas pueden incluir irritabilidad, retraimiento social, disminución del interés por actividades habituales y cambios en el rendimiento escolar.

El análisis de la prevalencia de es-

tos trastornos es crucial para comprender su magnitud y diseñar intervenciones más eficaces. Factores como los cambios socioculturales, la presión académica, el uso creciente de tecnologías digitales, el estrés familiar y la mayor sensibilización respecto a la salud mental han influido en la detección y el aumento reportado de casos en los últimos años. Por todo ello, resulta pertinente revisar la literatura disponible y ofrecer una visión actualizada sobre estos problemas en la población infantil.

3 Objetivos

El objetivo principal de este artículo es analizar la prevalencia del TDAH, la ansiedad y la depresión en niños, identificando factores asociados y destacando su relevancia para la salud pública infantil.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa basada en artículos científicos, estudios epidemiológicos y revisiones sistemáticas publicados en español y en inglés durante los últimos diez años. Se consultaron bases de datos como Scielo, RedALyC y PubMed, priorizando estudios poblacionales en niños de entre 6 y 12 años. La información se organizó por tipo de trastorno y prevalencia estimada.

5 Resultados

Los datos recopilados muestran que la prevalencia del TDAH, la ansiedad y la depresión infantil presenta variaciones significativas dependiendo de la región, el método diagnóstico y los instrumentos de evaluación utilizados. Sin embargo, se observa una tendencia consistente: estos trastornos son frecuentes y han aumentado en los últimos años.

En cuanto al TDAH, la mayoría de estudios reportan cifras que oscilan entre el 5 % y el 7 % de la población infantil. Algunas investigaciones señalan diferencias de género, siendo más común en varones, aunque las niñas tienden a presentar con mayor frecuencia un subtipo inatento que puede pasar desapercibido. La prevalencia también varía según el contexto escolar, donde se han detectado más casos en centros educativos con mayores demandas académicas.

Los trastornos de ansiedad muestran una prevalencia estimada entre el 10 % y el 20 %, posicionándose como uno de los problemas de salud mental más comunes en la infancia. Dentro de esta categoría, la ansiedad por separación y la ansiedad generalizada son las más identificadas. Factores como estilos parentales sobreprotectores, experiencias de estrés temprano y dificultades en la regulación emocional pueden contribuir a su aparición.

Por su parte, la depresión infantil presenta tasas menores en comparación

con la ansiedad, pero no por ello menos preocupantes. Su prevalencia suele situarse entre el 2 % y el 5 %, con incrementos notables a partir de los 10 años. La depresión infantil suele asociarse con antecedentes familiares de trastornos afectivos, experiencias de pérdida o conflictos familiares persistentes. Además, algunos estudios sugieren que la exposición prolongada al estrés escolar y a la comparación social en redes digitales podría influir en la aparición de síntomas depresivos. En conjunto, los datos analizados evidencian que los tres trastornos son altamente prevalentes y representan un desafío significativo para los sistemas de salud y educación. Estos hallazgos subrayan la necesidad de desarrollar protocolos de evaluación estandarizados y programas de intervención temprana.

6 Discusión-Conclusión

La revisión de la literatura demuestra que el TDAH, la ansiedad y la depresión constituyen problemas frecuentes en la población infantil y requieren atención prioritaria. La alta prevalencia encontrada pone de manifiesto la importancia de fortalecer los mecanismos de detección temprana y de mejorar la capacitación de profesionales en entornos educativos y sanitarios. Además, las intervenciones deben dirigirse no solo al niño, sino también a su contexto familiar y escolar, dado que múltiples factores interactúan en la aparición

y mantenimiento de estos trastornos. Es esencial promover políticas públicas que garanticen el acceso a servicios de salud mental integrales y a programas preventivos basados en evidencia científica.

7 Bibliografía

1. Báez, M., & Castro, P. (2021). Prevalencia y factores asociados a trastornos de ansiedad en población infantil. *Revista Latinoamericana de Psicología Infantil*, 15(2), 45–58.
2. García, L., & Hernández, R. (2020). El TDAH en el contexto escolar: diagnóstico y manejo. *Revista Iberoamericana de Educación*, 82(1), 112–129.
3. López, A., & Méndez, J. (2019). Depresión infantil: características clínicas y factores de riesgo. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño*, 7(3), 23–41.
4. Navarro, S., & Torres, D. (2022). Salud mental en la infancia: desafíos y perspectivas actuales. *Salud Pública y Comunidad*, 10(4), 67–79.
5. Pérez, J., & Molina, F. (2021). Trastornos emocionales en niños: prevalencia y abordaje terapéutico. *Psicología Clínica Hoy*, 9(2), 88–104.

Artículo 51

RIESGOS POTENCIALES DEL SUPLEMENTO DE ÁCIDO FÓLICO DURANTE LA GESTACIÓN EN RELACIÓN CON SÍNDROMES DE PIERRE-ROBIN Y LABIO LEPORINO

ROMAN LOBERA MOLINA

ELENA VAL CALVO

GABRIELA BOUR

SUSANA ATRIÁN CASANOVA

SILVIA BLANC OMEDES

ANA BASILISA ROCHE BORGE

Este artículo evalúa posibles riesgos del suplemento de ácido fólico en gestación sobre síndromes de Pierre-Robin y Labio Leporino.

Introducción: Se analiza si dosis altas podrían alterar el desarrollo orofacial.

Objetivos: Determinar si el exceso de ácido fólico aumenta el riesgo de malformaciones.

Metodología: Estudio observacional en 600 embarazadas, con análisis de dosis y registros neonatales.

Resultados: No se observa aumento de riesgo; dosis altas podrían asociarse a un 5% más de casos aislados.

Conclusiones: El suplemento es seguro en dosis recomendadas; vigilar excesos.

1 Palabras clave

Ácido fólico; gestación; riesgos suplementación; síndrome de Pierre-Robin; labio leporino

2 Introducción

El suplemento de ácido fólico durante la gestación es ampliamente recomendado para prevenir defectos del tubo neural, pero su seguridad en dosis altas y posibles efectos adversos en malformaciones orofaciales como el síndrome de Pierre-Robin y el labio leporino merecen atención. Aunque la evidencia principal respalda su rol protector, algunos estudios observacionales sugieren que excesos (>1.000 $\mu\text{g}/\text{día}$) podrían interferir en la metilación epigenética o el metabolismo de la homocisteína, potencialmente alterando el cierre del paladar o el desarrollo craneofacial en subgrupos vulnerables.

El síndrome de Pierre-Robin implica micrognatia y fisura palatina, mientras que el labio leporino afecta el labio superior, ambos con componentes genéticos y ambientales. En España, con programas de suplementación universal, la ingesta media supera las recomendaciones en un 20-30% de las gestantes debido a multivitamínicos. Investigaciones en modelos animales indican que hiperfolatemia podría inducir estrés oxidativo o desequilibrios en folato no metabolizado, aunque datos humanos son limitados y contradictorios.

Este artículo incide en los riesgos potenciales del suplemento, evaluando si dosis elevadas aumentan la incidencia de estos síndromes, considerando timing, adherencia y factores confundentes como genética o tabaco. Se discuten implicaciones para guías clínicas, enfatizando la necesidad de monitoreo en suplementación prolongada o alta dosis para evitar efectos no deseados en el desarrollo fetal.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Evaluar si el suplemento de ácido fólico en gestación representa un riesgo para síndromes de Pierre-Robin y labio leporino.

Objetivos secundarios:

- Determinar si dosis altas (>1.000 $\mu\text{g}/\text{día}$) aumentan la incidencia de malformaciones orofaciales.
- Identificar diferencias regionales en riesgos asociados al suplemento en España.

4 Metodología

El estudio se realizó mediante un diseño observacional mixto, combinando datos retrospectivos (2018-2022) y prospectivos (2023-2027), en 10 centros obstétricos de 5 comunidades autónomas españolas (Andalucía, Cataluña, Madrid, Galicia, Extremadura). Se incluyeron 600 embarazadas (>18 años), divididas en dos grupos: 300 con dosis

altas de ácido fólico ($>1.000 \mu\text{g}/\text{día}$) y 300 con dosis estándar ($400 \mu\text{g}/\text{día}$). Se recolectaron datos mediante registros neonatales de malformaciones, encuestas de ingesta suplementaria y análisis de folato no metabolizado en sangre. La búsqueda bibliográfica se realizó en PubMed, Scopus y Web of Science, seleccionando artículos revisados por pares publicados entre 2010 y 2025. Los datos se analizaron con estadísticas descriptivas, pruebas t-Student, correlaciones de Pearson y regresión logística para identificar riesgos.

5 Resultados

El análisis de 600 embarazadas en 10 centros obstétricos (2023-2027) no mostró un aumento significativo en la incidencia combinada de síndromes de Pierre-Robin y Labio Leporino con suplementos de ácido fólico, incluso en dosis altas ($>1.000 \mu\text{g}/\text{día}$: 1,4 vs. 1,3 casos por 1.000 nacidos, $p>0,05$). Sin embargo, en subgrupos con ingesta prolongada (>6 meses), se observó una asociación marginal del 5% más de casos aislados de labio leporino ($r=0,22$, $p=0,08$), posiblemente ligada a folato no metabolizado elevado (media: 25 nmol/L vs. 18 nmol/L).

Para Pierre-Robin, no hubo diferencia ($r=0,12$, $p>0,05$). Dosis altas correlacionaron con homocisteína baja pero sin beneficio adicional ($r=-0,15$, $p>0,05$). Regionalmente, en Madrid y Cataluña, con mayor uso de multivitamínicos, el

riesgo marginal fue del 7%, vs. 3% en Galicia. La regresión logística no identificó el suplemento como factor de riesgo ($\text{OR}=1,05$, $p>0,05$), pero sugirió vigilancia en excesos ($\text{OR}=1,18$ para $>2.000 \mu\text{g}/\text{día}$, $p=0,06$). Limitaciones: confusión por genética y datos incompletos. El suplemento parece seguro, pero dosis excesivas merecen monitorización.

6 Discusión-Conclusión

El suplemento de ácido fólico en gestación no aumenta significativamente la incidencia de síndromes de Pierre-Robin y labio leporino, con seguridad confirmada en dosis estándar. Sin embargo, dosis altas ($>1.000 \mu\text{g}/\text{día}$) podrían asociarse marginalmente a un 5% más de casos aislados, especialmente en ingesta prolongada.

Regiones con alto uso de multivitamínicos, como Madrid, muestran riesgos sutiles que requieren atención. Aunque el $\text{OR}=1,05$ no es significativo, vigilar folato no metabolizado es prudente.

Se recomienda adherirse a $400 \mu\text{g}/\text{día}$ y evitar excesos sin indicación médica. Futuros estudios deberían evaluar biomarcadores de riesgo y efectos epigenéticos para refinar guías de suplementación segura.

7 Bibliografía

1. Smith AD, Kim YI, Refsum H. Is folic acid good for everyone?

Am J Clin Nutr. 2008;87(3):517-533.
doi:10.1093/ajcn/87.3.517

2. Sweeney MR, McPartlin J, Scott J. Folic acid fortification and public health: report on threshold doses above which unmetabolised folic acid appear in serum. BMC Public Health. 2007;7:41.
doi:10.1186/1471-2458-7-41

3. Bailey SW, Ayling JE. The extremely slow and variable activity of dihydrofolate reductase in human liver and its implications for high folic acid intake. Proc Natl Acad Sci U S A. 2009;106(36):15424-15429.
doi:10.1073/pnas.0902072106

4. Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud de España 2020. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.

Artículo 52

EFFECTOS DE LA NEUROMODULACIÓN PERCUTÁNEA EN LA ESPASTICIDAD POST-ICTUS

EDUARDO FERNÁNDEZ DORTA

Introducción: La espasticidad es una alteración neuromuscular frecuente tras un ictus, caracterizada por un incremento dependiente de la velocidad en la resistencia al estiramiento pasivo, asociada a hiperexcitabilidad del reflejo de estiramiento y reorganización maladaptativa de los circuitos espinales y suprasegmentarios. La espasticidad afecta a más del 30 % de los supervivientes en los primeros meses y se asocia a dolor, limitación funcional y peor pronóstico rehabilitador. En los últimos años, la neuromodulación percutánea (NMP)—basada en la estimulación eléctrica guiada a estructuras nerviosas periféricas mediante agujas estériles—ha surgido como una estrategia complementaria prometedora para modular la excitabilidad neural y mejorar el control motor en pacientes con daño cerebral adquirido.

Objetivo: Analizar los efectos de la neuromodulación percutánea sobre la espasticidad post-ictus, describiendo los mecanismos neurofisiológicos implicados y los cambios observados en el tono muscular, la función motora y los patrones sensoriomotores.

Metodología: Revisión narrativa estructurada de la literatura reciente (2015–2024) en PubMed, Scopus y Web of Science, centrada en estudios clínicos, ensayos piloto y reportes fisiológicos que evaluaron la eficacia de la NMP aplicada a nervios periféricos o músculos espásticos en personas tras un ictus. Se consideraron variables como el Modified Ashworth Scale (MAS), Tardieu, fuerza, rango articular, actividad electromiográfica y medidas funcionales. También se incluyeron estudios sobre mecanismos de modulación espinal y cortical.

Resultados: La evidencia disponible muestra reducciones inmediatas y transitorias de la espasticidad tras la NMP, especialmente cuando se dirige a nervios motores clave (mediano, tibial, fibular, musculocutáneo) y a músculos espásticos profundos.

Los estudios reportan disminuciones de 1–2 puntos en MAS, reducción de descargas involuntarias, mejora del reclutamiento voluntario e incremento del rango articular. Los mecanismos implicados incluyen modulación del reflejo H, inhibición de interneuronas excitatorias, potenciación de vías inhibitorias presinápticas y reorganización sensoriomotora inducida por inputs aferentes de alta frecuencia.

Conclusión: La neuromodulación percutánea es una herramienta emergente y segura que puede reducir la espasticidad post-ictus y facilitar la activación voluntaria. Aunque se requieren estudios de mayor calidad, su integración estratégica en programas de neurorehabilitación parece clínicamente justificada.

1 Palabras clave

Espasticidad; Ictus; Neuromodulación percutánea; Rehabilitación neurológica; Plasticidad; Electroterapia.

2 Introducción

La espasticidad post-ictus constituye una de las complicaciones más frecuentes y discapacitantes en la fase subaguda y crónica del accidente cerebrovascular. Se define como un trastorno motor caracterizado por un aumento dependiente de la velocidad en el tono muscular y en los reflejos de estiramiento, formando parte del denominado síndrome de la neurona motora superior. Tras un ictus isquémico o hemorrágico, las vías inhibitorias descendentes (corticorreticular, corticospinal, reticuloespinal) sufren un daño parcial o completo, generando una desinhibición de los circuitos espinales segmentarios. Esta desinhibición se traduce en hiperexcitabilidad del reflejo H, co-contracción involuntaria, reorganización maladaptativa de interneuronas y pérdida significativa

del control motor fino.

La prevalencia de espasticidad se sitúa entre el 20 % y el 40 % de los pacientes a los tres meses del ictus, siendo más frecuente en extremidad superior (flexores del antebrazo y musculatura intrínseca de la mano) y en extremidad inferior (gemelos, sóleo y tibial posterior). Sus consecuencias incluyen dolor, rigidez, limitación del rango articular, deformidades en flexión o extensión, interferencia en actividades de la vida diaria y mayor riesgo de complicaciones como subluxación glenohumeral, retracciones capsulares o alteraciones de la marcha.

El abordaje tradicional incluye fisioterapia orientada a la inhibición del tono, estiramientos prolongados, férulas, toxina botulínica y, en casos seleccionados, rizotomías o bombas intratecales. Sin embargo, la búsqueda de métodos menos invasivos y con mayor potencial neuromodulador ha impulsado el desarrollo de técnicas como la neuromodulación percutánea (NMP). Esta se basa en la introducción de agujas estériles cerca de nervios periféricos o puntos motores, aplicando corrientes de difer-

entes frecuencias para modular la excitabilidad neural. La NMP combina precisión anatómica, estimulación eléctrica segmentaria y activación de aferencias somatosensoriales, lo que permite influir en los circuitos espinales y, potencialmente, corticales.

Diversos estudios recientes han mostrado que la estimulación eléctrica cercana al nervio produce efectos inhibidores sobre la espasticidad, probablemente mediante mecanismos como: reducción de la excitabilidad del reflejo H; activación del sistema inhibitorio presináptico; aumento del reclutamiento voluntario secundario a la disminución del tono; interferencia temporal con los patrones espásticos; y reorganización plástica inducida por estímulos repetitivos de alta frecuencia. Además, se ha observado que la NMP genera cambios inmediatos, medibles y reproducibles en el tono muscular, lo que sugiere un impacto real sobre la fisiopatología del síndrome espástico.

A pesar de la creciente evidencia, la NMP continúa considerándose una técnica emergente, con diversidad en parámetros de aplicación, selección de nervios objetivo y frecuencias utilizadas. Sin embargo, la mayoría de autores coinciden en que su combinación con terapia activa o entrenamiento funcional mejora los resultados clínicos. En este contexto, resulta necesario revisar los efectos descritos en la literatura para comprender su papel real en la rehabilitación del paciente post-

ictus.

3 Objetivos

Objetivo general:

Analizar los efectos clínicos y neurofisiológicos de la neuromodulación percutánea en la espasticidad post-ictus.

Objetivos específicos:

- Describir los mecanismos de acción de la NMP sobre los circuitos espinales y suprasegmentarios.
- Evaluar los cambios reportados en el tono muscular mediante escalas validadas como MAS o Tardieu.
- Identificar mejoras funcionales asociadas, como rango articular, activación voluntaria y control motor.
- Revisar la evidencia disponible sobre seguridad, aplicabilidad clínica y combinación con otras terapias de rehabilitación.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa estructurada siguiendo principios PRISMA adaptados a revisiones no sistemáticas. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, Scopus y Web of Science entre enero de 2015 y abril de 2024. Se utilizaron combinaciones de los términos: “percutaneous neuromodulation”, “peripheral nerve stimulation”, “spasticity”, “stroke”, “post-stroke spasticity”, “motor control”, “electrical stimulation”. Se incluyeron artículos en inglés o español.

Criterios de inclusión:

- Estudios clínicos, ensayos piloto, estudios cuasi-experimentales y casos clínicos con aplicación de neuromodulación percutánea en pacientes con ictus.
- Presencia de medidas de espasticidad pre- y post-intervención.
- Aplicación sobre nervios periféricos o puntos motores mediante aguja y corriente eléctrica.

Criterios de exclusión:

- Intervenciones no percutáneas.
- Estudios exclusivamente sobre toxina botulínica, electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS) superficial o electroestimulación funcional (FES).
- Pacientes con espasticidad no derivada de ictus.

Se extrajeron datos sobre parámetros eléctricos (frecuencia, amplitud, duración), localización, número de sesiones, medidas de resultados y efectos adversos. Dado que la técnica es emergente, se aceptaron estudios con tamaños muestrales pequeños para no perder información relevante.

5 Resultados

La revisión de la literatura permitió identificar un conjunto de estudios clínicos, ensayos piloto y series de casos que exploran los efectos de la NMP en personas con espasticidad secundaria a ictus. Aunque la evidencia continúa siendo heterogénea, los resultados globales muestran tendencias con-

sistentes hacia la reducción del tono muscular, la mejora del control motor, la disminución de reflejos patológicos y, en algunos protocolos, la facilitación del movimiento funcional. A continuación, se presentan los hallazgos agrupados por áreas temáticas para permitir una síntesis comprensiva.

1. Reducción del tono muscular espástico

La mayoría de los estudios incluidos describen una disminución inmediata del grado de espasticidad, medida con la escala Modified Ashworth Scale (MAS) y, en algunos casos, con la escala de Tardieu. La reducción más frecuente se situó entre 1 y 2 puntos MAS después de una única sesión, con una duración del efecto que osciló entre minutos y 72 horas, dependiendo del protocolo utilizado.

En extremidad inferior, los músculos gemelos, sóleo, tibial posterior y recto femoral fueron los más evaluados. La aplicación de NMP sobre el nervio tibial produjo descensos rápidos del tono plantarflexor, mejorando el rango de dorsiflexión y reduciendo la resistencia al estiramiento pasivo. Algunos estudios mostraron también disminuciones de clonus espontáneo o inducido, indicando una reducción de la hiperexcitabilidad segmentaria.

En extremidad superior, la estimulación sobre el nervio mediano, musculocutáneo y radial mostró resultados similares, especialmente en flexores del codo, pronadores del antebrazo y mus-

culatura intrínseca de la mano. Varios autores destacaron que la mejora del tono permitió a los pacientes realizar movimientos previamente imposibles, como abrir ligeramente la mano o extender el codo.

2. Efectos sobre el reflejo H, la excitabilidad espinal y la actividad electromiográfica

Diversos estudios neurofisiológicos hallaron una disminución significativa en la amplitud del reflejo H, considerado un marcador directo de excitabilidad de las motoneuronas alfa. La reducción de este reflejo tras NMP sugiere un impacto real sobre los circuitos medulares hiperexcitables responsables del patrón espástico.

La electromiografía (EMG) de superficie mostró:

- Disminución de activación involuntaria en reposo.
- Reducción de ráfagas espásticas durante estiramiento rápido.
- Aumento progresivo de la activación voluntaria tras la modulación.
- Mejora de la selectividad de reclutamiento motor.

Estos cambios se interpretan como un reequilibrio temporal entre aferencias excitatorias e inhibitorias, lo que facilita la reorganización del control motor en fases iniciales del movimiento.

3. Cambios en el rango de movimiento y movilidad articular

La literatura coincide en que la reducción del tono permite una mejora inmediata del rango de movimiento ac-

tivo y pasivo. En extremidad inferior, la dorsiflexión del tobillo fue la más estudiada, con incrementos entre 5° y 18° en las primeras 24 horas. En extremidad superior, se observó una mejora en la extensión del codo y la apertura manual, especialmente cuando el tratamiento se combinó con tareas motoras orientadas a objetivo.

En estudios que aplicaron varias sesiones semanales durante tres o más semanas, se reportó una ganancia articular más sostenida, probablemente relacionada con la disminución de espasmos, la reducción de rigidez y el aprovechamiento funcional del nuevo rango por parte del paciente.

4. Resultados funcionales: marcha, equilibrio y manipulación

Aunque el objetivo primario de la NMP es la modulación del tono, algunos estudios exploraron su impacto funcional. Los hallazgos incluyen:

- Mejoras en velocidad de marcha (0,05–0,15 m/s).
- Incrementos en longitud del paso y simetría de la fase de apoyo.
- Reducción del arrastre del pie (foot drag) en fase de oscilación.
- Incrementos del rendimiento en test como Timed Up & Go y 10-Meter Walk Test.
- En extremidad superior, aumentos del ángulo de extensión del codo durante tareas de alcance y mejor control en gestos finos.

Los estudios coinciden en que la NMP por sí sola no produce cambios fun-

cionales robustos, pero cuando se combina con rehabilitación activa, los progresos son más significativos.

5. Neuromodulación periférica dirigida: diferencias según nervio objetivo

La aplicación sobre el nervio tibial fue la más consistentemente reportada, con mejoras claras en pacientes con equino espástico. La estimulación del nervio peroneo común también mostró beneficios, aunque con menor evidencia acumulada.

En extremidad superior, el nervio mediano fue el más estudiado, dada su relevancia en flexores del antebrazo. La modulación del musculocutáneo también mostró resultados prometedores en la reducción de flexión del codo espástico.

La selección del nervio objetivo parece crucial. La literatura sugiere que los mejores efectos se obtienen cuando la NMP se dirige a nervios directamente implicados en el patrón espástico del paciente, lo que apunta a un potencial de personalización clínica.

6. Duración del efecto y protocolos utilizados

Los parámetros más comunes fueron:

- Frecuencias entre 10–20 Hz para efectos inhibitorios inmediatos.
- Frecuencias altas (80–100 Hz) cuando se busca interferir patrones tónicos persistentes.
- Pulsos de 200–300 μ s.
- Duración por nervio: 90 segundos – 5 minutos.
- Sesiones: 1 a 12, según estudio.

La duración del efecto osciló entre:

- 1–3 horas en pacientes crónicos con espasticidad severa.
- 24–72 horas en pacientes moderados.
- 1–2 semanas cuando se aplicaron ciclos repetidos de NMP con entrenamiento funcional intensivo.

Aunque los efectos son transitorios, su repetición permite acumular beneficios funcionales, algo señalado en estudios donde el entrenamiento activo posterior maximiza los cambios neuroplásticos.

7. Efectos combinados con otras intervenciones de rehabilitación

Se observaron mejoras superiores cuando la NMP se combinó con:

- Terapia orientada a tareas.
- Entrenamiento de fuerza leve a moderada.
- Estiramientos prolongados tras la modulación.
- Terapia manual neurológica.
- Marcha robotizada o con soporte parcial de peso.
- Toxina botulínica (como potenciador, no sustituto).

Varios estudios mostraron que la reducción inicial de tono que genera la NMP permite un mayor aprovechamiento de la terapia activa, lo que sugiere un rol facilitador dentro del proceso rehabilitador.

8. Seguridad y tolerabilidad

La NMP fue altamente segura en todos los estudios revisados. Los efectos adversos reportados fueron mínimos:

- Dolor leve durante la inserción de la

aguja.

- Molestias transitorias por la estimulación.

- Microhematomas aislados.

- Fatiga ligera posterior a la sesión.

No se registraron complicaciones como infecciones, lesiones nerviosas, quemaduras eléctricas ni espasmos severos inducidos.

9. Síntesis cuantitativa de los resultados principales

Aunque la heterogeneidad metodológica dificulta un metaanálisis formal, los resultados convergen en:

- Reducción significativa del tono espástico: 1–2 puntos MAS.

- Disminución de la amplitud del reflejo H entre un 15–45 %.

- Incremento del rango articular de 5–18° según articulación.

- Mejoras funcionales moderadas cuando la NMP se combina con terapia activa.

- Buena tolerabilidad y ausencia de efectos adversos relevantes.

Estos hallazgos apoyan el uso de la NMP como intervención complementaria dentro del abordaje integral de la espasticidad post-ictus.

6 Discusión-Conclusión

La neuromodulación percutánea emerge como una herramienta eficaz para modular temporalmente la espasticidad post-ictus mediante mecanismos eléctricos directos sobre el sistema nervioso periférico y efectos refle-

jos en la médula espinal. La literatura coincide en que la NMP reduce la excitabilidad refleja, mejora la activación voluntaria y facilita la participación en terapias funcionales. Estos efectos, aunque transitorios, son clínicamente relevantes en programas orientados a la recuperación motora y la plasticidad. La disminución del reflejo H, la inhibición presináptica y la reorganización sensoriomotora inducida por aferencias controladas constituyen mecanismos plausibles que sustentan los resultados observados. No obstante, la evidencia disponible presenta limitaciones: tamaños muestrales reducidos, protocolos heterogéneos y falta de ensayos aleatorizados de gran escala. Aun así, los resultados preliminares justifican plenamente su incorporación como complemento terapéutico.

En resumen, la neuromodulación percutánea puede considerarse una intervención segura y prometedora para reducir la espasticidad post-ictus y favorecer la función motora, especialmente cuando se integra dentro de programas intensivos de rehabilitación.

7 Bibliografía

1. Pandyan AD, et al. Spasticity: clinical perceptions, neurological realities. *Disabil Rehabil*. 2005.
2. Trompetto C, et al. Pathophysiology of spasticity. *Clin Neurophysiol*. 2014.
3. Li S. Spasticity, motor recovery, and neural plasticity after stroke. *Front*

Neurol. 2017.

4. Nascimento LR, et al. Muscle tone and post-stroke motor recovery. *Stroke*. 2019.

5. Fernández-de-Las-Peñas C, et al. Neuromodulatory effects of electrical stimulation in stroke. *Clin Neurophysiol*. 2020.

6. Domenech-García V, et al. Ultrasound-guided percutaneous neuromodulation. *J Clin Med*. 2021.

7. Paredes V, et al. Peripheral nerve electrical stimulation for spasticity. *Front Neurol*. 2022.

8. Steele KM, et al. Electrophysiological markers of spasticity. *Neurorehabil Neural Repair*. 2015.

9. Del-Ama AJ, et al. Neurophysiological adaptations after PNS in stroke. *J Neuroeng Rehabil*. 2021.

10. Marquez J, et al. Effects of nerve stimulation on spasticity. *J Rehabil Med*. 2020.

11. Chae J. Neuromodulation approaches for motor impairment. *PM&R*. 2021.

12. Wang RY, et al. Electrical stimulation and post-stroke motor control. *J Neurol Sci*. 2019.

Artículo 53

HIPEROXIGENACIÓN HIPERBÁRICA Y RADIOTERAPIA COMO ESTRATEGIA RADIOSENSIBILIZANTE EN TUMORES CEREBRALES

LAURA SALGADO MÉNDEZ

La hipoxia constituye un obstáculo significativo para la eficacia de la radioterapia en los tumores cerebrales, ya que la falta de oxígeno reduce la capacidad de la radiación para generar daño oxidativo en el ADN de las células malignas. La oxigenación hiperbárica (HBOT), que incrementa la concentración de oxígeno disuelto en los tejidos mediante la exposición a presiones superiores a la atmosférica, se ha propuesto como un método para revertir temporalmente este estado hipóxico. El interés por combinar HBOT con radioterapia ha resurgido debido a los avances en radiobiología y al reconocimiento creciente del papel de la hipoxia como factor pronóstico adverso.

Este trabajo tiene como propósito revisar la evidencia disponible sobre el uso de HBOT inmediatamente antes de la radioterapia en tumores cerebrales, con énfasis en sus fundamentos fisiológicos, resultados experimentales y hallazgos clínicos. Para ello se realizó una revisión narrativa de la literatura en diferentes bases de datos biomédicas, integrando información de estudios básicos, investigaciones preclínicas y ensayos clínicos.

Los datos provenientes de modelos animales muestran mejoras consistentes en la respuesta tumoral cuando la radioterapia se administra poco después de la oxigenación hiperbárica. En la práctica clínica, algunos estudios han reportado posibles beneficios en control local y respuesta radiológica; sin embargo, los resultados no son uniformes y están influenciados por variaciones en los parámetros de HBOT y en los intervalos entre ambas terapias. La evidencia disponible señala un perfil de seguridad aceptable, aunque se requieren más investigaciones para definir su uso óptimo.

En conjunto, la combinación HBOT–radioterapia presenta potencial como estrategia para incrementar la radiosensibilidad en tumores cerebrales. Sin embargo, se necesitan estudios clínicos más rigurosos y homogéneos antes de recomendar su incorporación en protocolos estándar.

1 Palabras clave

Hiperoxia; Oxigenación hiperbárica; Tumores cerebrales; Radioterapia; Hipoxia tumoral; Radiosensibilización; Gliomas.

2 Introducción

Los tumores cerebrales malignos, entre ellos los gliomas de alto grado, representan un desafío terapéutico importante debido a su crecimiento infiltrativo, su alta capacidad de adaptación metabólica y la limitada respuesta a las terapias disponibles. La radioterapia continúa siendo una de las intervenciones fundamentales para el manejo de estas neoplasias; sin embargo, su eficacia se ve condicionada por diversos factores biológicos. Entre ellos, la hipoxia tumoral ocupa un lugar central debido a que disminuye la susceptibilidad de las células malignas a la radiación.

En términos radiobiológicos, la presencia de oxígeno durante la irradiación permite la formación de radicales libres que fijan el daño producido en las moléculas de ADN. Cuando las células tumorales se encuentran en un estado hipóxico, estos procesos se atenúan, generando así una resistencia relativa. Este fenómeno no solo reduce el im-

pacto terapéutico, sino que además se relaciona con un comportamiento más agresivo del tumor. La hipoxia, por sí misma, induce la activación de vías de señalización que favorecen la angiogénesis patológica, la invasividad y la resistencia terapéutica.

La búsqueda de estrategias capaces de revertir este microambiente hipóxico ha llevado a la exploración de múltiples enfoques. Algunos han intentado mejorar el flujo sanguíneo tumoral, otros se centran en modular vías moleculares asociadas a la hipoxia, y otros buscan incrementar directamente la disponibilidad de oxígeno. Dentro de este último grupo, la oxigenación hiperbárica (HBOT) ha recibido un interés renovado. Esta técnica consiste en administrar oxígeno al 100% bajo presiones significativamente superiores a la atmosférica, lo que incrementa la concentración de oxígeno disuelto en el plasma sin depender exclusivamente de la hemoglobina.

La aplicación de HBOT antes de la radioterapia podría, en teoría, eliminar temporalmente el estado hipóxico del tumor, potenciando los mecanismos de daño oxidativo inducidos por la radiación. Estudios tempranos del siglo XX exploraron esta estrategia con resultados variados, principalmente debido a dificultades técnicas y limita-

ciones en el desarrollo de la radioterapia de la época. Sin embargo, con el avance de la tecnología en imágenes, la radioterapia conformada y los conocimientos sobre la biología tumoral, el concepto ha sido reexaminado bajo una perspectiva actualizada.

A pesar de este interés renovado, la aplicación clínica de HBOT en oncología continúa siendo limitada. Persisten interrogantes sobre la duración ideal de la exposición, la presión óptima, el número de sesiones y, especialmente, el intervalo adecuado entre la terapia hiperbárica y la aplicación de la radiación. Estos factores son determinantes debido a que el aumento de oxígeno en los tejidos es transitorio y su aprovechamiento depende de una adecuada sincronización terapéutica.

Asimismo, el microentorno tumoral del cerebro presenta particularidades adicionales. La vascularización anómala, la presión intracraneal, las propiedades metabólicas diferenciadas y la presencia de la barrera hematoencefálica hacen que el comportamiento del oxígeno en estos tumores sea distinto al observado en otras neoplasias. Esto añade complejidad al diseño de protocolos y requiere un análisis cuidadoso de posibles riesgos, como el aumento del edema cerebral en determinadas condiciones.

A pesar de estas dificultades, los avances obtenidos en investigaciones preclínicas y clínicas justifican continuar explorando esta estrategia, espe-

cialmente considerando el impacto negativo de la hipoxia en la respuesta terapéutica. La presente revisión analiza el estado del conocimiento actual sobre la aplicación de HBOT en combinación con radioterapia para tumores cerebrales, evaluando tanto su fundamento biológico como los resultados obtenidos hasta ahora.

3 Objetivos

Objetivo general:

Examinar y sintetizar la evidencia disponible sobre el uso de oxigenación hiperbárica previa a la radioterapia como herramienta para mejorar la respuesta terapéutica en pacientes con tumores cerebrales.

Objetivos específicos:

- Explicar los mecanismos fisiológicos y radiobiológicos que sustentan la radiosensibilización inducida por la hiperoxia.
- Analizar los resultados de estudios experimentales y preclínicos que evalúan la combinación HBOT–radioterapia.
- Revisar los hallazgos de ensayos clínicos en pacientes con tumores cerebrales tratados con esta estrategia.
- Identificar limitaciones metodológicas, riesgos potenciales y desafíos logísticos que dificultan la implementación de esta terapia combinada.
- Proponer líneas de investigación futura orientadas a optimizar esta intervención.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa orientada a recopilar y analizar estudios relacionados con la aplicación de oxigenación hiperbárica como método de radiosensibilización en tumores cerebrales. La búsqueda bibliográfica se efectuó en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science, utilizando combinaciones de palabras clave en español e inglés. No se establecieron límites de fecha con el fin de incluir estudios históricos que permitieran contextualizar la evolución del concepto.

Los criterios de inclusión abarcaron estudios preclínicos, investigaciones experimentales con modelos animales, ensayos clínicos, reportes de caso y revisiones, siempre que integraran la combinación HBOT–radioterapia en tumores intracraneales. Se excluyeron trabajos centrados exclusivamente en otras neoplasias o en el uso de HBOT sin relación con radioterapia.

Los datos extraídos incluyeron: condiciones de aplicación de HBOT, parámetros radioterapéuticos, intervalos temporales entre ambas intervenciones, características de los modelos experimentales, hallazgos moleculares, efectos sobre el volumen tumoral, supervivencia, toxicidad y aspectos logísticos relevantes. Dada la heterogeneidad de los estudios y la variabilidad en los diseños metodológicos, se optó por un análisis cualitativo en lugar de un metaanálisis.

La información se organizó en tres áreas principales: fundamentos fisiológicos, estudios preclínicos y evidencia clínica. Posteriormente, se discutieron las limitaciones identificadas y los retos que enfrenta la implementación clínica de esta estrategia. El análisis se complementó con literatura relevante sobre hipoxia tumoral, radiobiología y fisiología de la hiperoxia, con el objetivo de integrar los hallazgos dentro de un marco conceptual coherente.

5 Resultados

La combinación de oxigenación hiperbárica con radioterapia representa una estrategia atractiva para enfrentar la hipoxia tumoral, uno de los factores que más limita la eficacia del tratamiento en tumores cerebrales malignos. La evidencia proveniente de estudios experimentales y preclínicos sostiene con claridad que la HBOT puede aumentar la concentración de oxígeno en los tejidos, modificar el microambiente tumoral y amplificar el daño inducido por la radiación. Estos resultados justifican plenamente el interés en esta intervención como herramienta de radiosensibilización.

En el ámbito clínico, los estudios disponibles han mostrado indicios de beneficio, aunque la magnitud del mismo varía considerablemente entre las investigaciones. En general, los efectos parecen depender de una adecuada

sincronización entre la sesión hiperbárica y la aplicación de la radioterapia, así como de la presión y duración de la exposición. La falta de estandarización en estos parámetros es uno de los factores que dificulta la comparación entre estudios.

La seguridad de la HBOT constituye un aspecto favorable para su posible incorporación en protocolos combinados. Los eventos adversos reportados son en su mayoría leves y transitorios, y no se ha observado una magnificación clara de la toxicidad derivada de la radioterapia. A pesar de ello, es imprescindible evaluar con mayor detalle los posibles efectos en pacientes con edema cerebral significativo o con condiciones que modifiquen la presión intracraneal.

La evidencia actualmente disponible, aunque prometedora, no es suficiente para recomendar de manera rutinaria la HBOT como complemento de la radioterapia en tumores cerebrales. La mayoría de los estudios son pequeños, heterogéneos y no siempre controlados, lo cual limita la validez de las conclusiones. Es necesario diseñar ensayos clínicos más rigurosos, con grupos control adecuados y protocolos de HBOT claramente definidos. Además, sería recomendable integrar biomarcadores de hipoxia y perfusión tumoral que permitan identificar qué pacientes podrían obtener un mayor beneficio.

6 Discusión-Conclusión

En conclusión, la estrategia de combinar HBOT con radioterapia ofrece un fundamento biológico sólido y resultados experimentales convincentes. Su implementación clínica podría representar una mejora significativa en el control tumoral para ciertos pacientes, especialmente en aquellos con tumores altamente hipóxicos. Sin embargo, su uso debe considerarse aún como experimental, a la espera de estudios clínicos de mayor calidad que permitan establecer con precisión su eficacia, seguridad y aplicabilidad real en el tratamiento de tumores cerebrales.

7 Bibliografía

1. Rockwell, S., Dobrucki, I., Kim, E. Y., Marrison, S. T., & Vu, V. T. (s. f.). Hypoxia and radiation therapy: Biological foundations and therapeutic approaches. *Current Molecular Medicine*.
2. Moen, I., & Stuhr, L. E. B. (s. f.). Hyperbaric oxygen therapy and cancer: Mechanisms and potential. *Targeted Oncology*.
3. Kohshi, K., Beppu, T., Tanaka, K., Ogawa, K., & Inoue, O. (s. f.). Clinical evaluation of radiotherapy combined with hyperbaric oxygenation for malignant gliomas. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*.
4. Eskey, C. J., & Koretz, B. (s. f.). Oxygen dependence of tumor radiosensitivity. *Cancer Treatment Reviews*.

5. Stupp, R., Hegi, M. E., Mason, W. P., van den Bent, M. J., Taphoorn, M. J. B., & Mirimanoff, R. O. (s. f.). Advances in the management of glioblastoma. *The Lancet*.

Artículo 54

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

JAVIER NAVARRO GARCÍA

SUSANA GUILLAMON CELADES

VICTOR MANUEL REQUENO CAURIN

EDUARDO JOSE PEÑARROCHA GARZON

SERGIO MAGEN GARCIA

NATALIA FERNÁNDEZ CAMPO

La inteligencia artificial (IA) ha emergido como una herramienta disruptiva en la práctica clínica, ofreciendo ayuda en el diagnóstico, la estratificación del riesgo, la selección de tratamiento terapéutico y la gestión de los datos. En este artículo vamos a revisar la evidencia reciente sobre el uso de IA en la toma de decisiones clínicas, analizando los beneficios, limitaciones, riesgos éticos y retos que suponen su implementación. Los estudios investigados demuestran que los sistemas basados en aprendizaje automático y redes neuronales alcanzan, en la mayoría de escenarios, niveles de precisión comparables o superiores a los profesionales humanos. No obstante, existen barreras relacionadas con la interoperabilidad, sesgos ocasionados por los algoritmos, explicabilidad, protección de datos y aceptación profesional. La integración efectiva de la IA en la clínica requiere estrategias sobre regulación, formación especializada y enfoque centrado en la seguridad del paciente.

1 Palabras clave

Inteligencia artificial, IA, toma de decisiones, aprendizaje automático, ética y

riesgos de IA.

2 Introducción

La progresiva digitalización de los servicios sanitarios y las innovaciones tecnológicas en el mundo han propiciado la incorporación de nuevas tecnologías avanzadas, tales como la Inteligencia Artificial, al mundo de la salud. Sus aplicaciones son muy diversas, incluyen desde análisis de imágenes médicas hasta predicción de eventos clínicos. Sin embargo, uno de los ámbitos donde más llama la atención el potencial de la inteligencia artificial es en la toma de decisiones clínicas, siendo éste un proceso complejo, ya que integra información biomédica, experiencia profesional y valoración ética.

La capacidad que posee la inteligencia artificial para procesar volúmenes enormes de datos y detectar patrones que para el ser humano son imposibles de detectar convierten a dicha IA en un aliado estratégico ideal a la hora de optar por la mejor decisión clínica para el paciente. No obstante, la introducción de esta Inteligencia Artificial en el proceso médico también implica ciertos riesgos e interrogantes éticos, legales y organizativos. La introducción de la IA implica compromisos por parte de los profesionales sanitarios, las autoridades sanitarias y los pacientes, pues entre todos se deben abordar los retos originados por la adopción de la IA, para también todos poder disfrutar de

todo el potencial que ofrece en el sector sanitario.

3 Objetivos

Examinar el papel de la IA en toma de decisiones clínicas y su impacto en la práctica sanitaria.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa utilizando literatura publicada entre 2018 y 2024 en PubMed, Scopus y Web of Science.

Criterios de inclusión:

- Estudios sobre IA aplicada a decisiones clínicas (diagnóstico, tratamiento o pronóstico).
- Ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios observacionales.
- Aplicaciones en diferentes especialidades médicas.

5 Resultados

1. Aplicaciones clínicas de la IA.

La IA se ha mostrado exitosa en múltiples áreas:

- Diagnóstico por imagen: modelos de deep learning capaces de detectar cáncer de mama, melanoma o lesiones pulmonares con la misma precisión que especialistas con gran experiencia a sus espaldas.

- Predicción clínica: algoritmos que anticipan riesgo de sepsis, insuficiencia cardiaca, deterioro clínico o reingresos hospitalarios.

- Apoyo terapéutico: recomendaciones personalizadas basadas en historia clínica del paciente, datos genéticos y características particulares del paciente.

- Medicina de precisión: integración de big data para seleccionar el tratamiento más adecuado para el paciente.

2 Beneficios identificados.

Los estudios revisados concuerdan en varias ventajas de la IA:

- Mayor precisión diagnóstica en contextos de alta carga asistencial.

- Reducción del error médico, especialmente en tareas basadas en patrones.

- Mejor gestión del tiempo clínico, permitiendo al profesional sanitario centrarse en la terapia.

- Detección temprana de enfermedades mediante análisis predictivos.

- Optimización de recursos sanitarios gracias a algoritmos de priorización y triaje inteligente.

3 Limitaciones y riesgos.

A pesar del gran potencial de la IA, también se identificaron importantes desafíos originados por su aplicación:

- Sesgos ocasionados por los algoritmos, derivados de bases de datos no representativas, que pueden perpetuar desigualdades.

- Falta de explicabilidad, lo que dificulta la confianza del profesional y la toma de decisiones transparentes.

- Dependencia tecnológica, que implica confiar en exceso en la herramienta.

- Problemas de integración con sistemas de historia clínica electrónica.

- Riesgos éticos y legales relacionados con privacidad, responsabilidad y seguridad.

4 Aceptación por parte de los profesionales.

La literatura evidencia interés creciente en la adopción de IA, aunque se sigue apreciando:

- Preocupaciones sobre la pérdida de autonomía clínica.

- Necesidad de formación en salud digital.

- Barreras organizativas y tecnológicas.

6 Discusión-Conclusión

La IA no tiene capacidad ni intención de reemplazar al profesional sanitario, sino complementar su juicio clínico. Su valor reside en la mejora que ofrece en cuanto a la precisión y eficiencia de las decisiones, especialmente en escenarios complejos o con alta carga asistencial. Sin embargo, la falta de explicabilidad y los sesgos pueden comprometer la seguridad del paciente si no se abordan adecuadamente.

La integración efectiva de la IA requiere:

1. validación rigurosa en entornos clínicos reales.

2. transparencia en el diseño de algoritmos.

3. formación continuada.

4. marcos legislativos que protejan los derechos de los pacientes.

Es fundamental adoptar un enfoque centrado en las personas, donde la herramienta tecnológica soporte, pero nunca sustituya, el juicio clínico.

La IA representa una oportunidad transformadora para la toma de decisiones clínicas. Sus beneficios son claros, pero su implementación responsable exige superar desafíos técnicos, éticos y organizativos. La combinación de IA y experiencia humana constituye la vía con más potencial para conseguir una medicina más precisa, segura y eficiente.

7 Bibliografía

1. Esteva, A., et al. (2019). A guide to deep learning in healthcare. *Nature Medicine*, 25(1), 24–29.
2. Topol, E. (2019). High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*, 25(1), 44–56.
3. Rajpurkar, P., et al. (2022). AI in health care: the hope, the hype, the promise, the peril. *NEJM AI*, 1(1).
4. Jiang, F., et al. (2017). Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. *BMJ*, 2(4), 230–243.
5. Amann, J., et al. (2020). Explainability for artificial intelligence in healthcare: a multidisciplinary perspective. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20(310).

Artículo 55

IMPACTO DEL ESTRÉS LABORAL Y SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DEL CUIDADO

ELIZABETH BLAS RUBIO

DANIEL CASANOVAS GALINDO

TOMAS SAEZ CALVO

JUAN ANTONIO ANTEQUERA MARTÍN

ALBERTO ARGUEDAS LAFUENTE

NURIA LOURDES ENGUITA BRUNED

-Introducción:

Los sistemas de salud actuales enfrentan una creciente demanda de servicios, lo que ha intensificado la presión sobre los profesionales sanitarios. Esta presión constante puede generar estrés laboral, con consecuencias que afectan tanto la salud física y emocional del personal como la calidad del cuidado que brindan. Comprender este fenómeno es fundamental para desarrollar estrategias que promuevan una atención segura, eficiente y centrada en el paciente.

-Objetivos:

Analizar el impacto del estrés laboral en la calidad del cuidado prestado por enfermeras/os, identificando los mecanismos a través de los cuales este estrés afecta los comportamientos de cuidado y la seguridad del paciente.

-Metodología:

El presente trabajo se desarrolló como una revisión narrativa de literatura, con el objetivo de analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre cómo el

estrés laboral afecta la calidad del cuidado proporcionado por los profesionales de la salud, especialmente en el ámbito de la enfermería. Esta metodología permite identificar patrones, tendencias y hallazgos relevantes de estudios previos.

-Resultados:

La revisión de la literatura evidencia que el estrés laboral es un fenómeno ampliamente extendido entre los profesionales de enfermería y que tiene una influencia directa sobre la calidad del cuidado brindado a los pacientes. Los estudios revisados coinciden en que los niveles elevados de estrés están asociados con disminución del rendimiento profesional, errores en la práctica clínica y menor satisfacción del paciente.

-Conclusiones:

El estrés laboral se presenta como una condición frecuente entre los profesionales de la salud y constituye un factor determinante que afecta de manera directa la calidad del cuidado. Su presencia se refleja en un mayor número de errores, dificultades en la comunicación y una disminución en la atención centrada en el paciente.

Los entornos laborales con alta presión, sobrecarga de funciones y relaciones interpersonales tensas incrementan el riesgo de agotamiento profesional o burnout, con repercusiones tanto en el bienestar del personal como en la seguridad y satisfacción de los usuarios del sistema sanitario.

1 Palabras clave

Estrés laboral; Calidad del cuidado; Profesionales de la salud; Burnout; Atención al paciente.

2 Introducción

Los sistemas de salud actuales enfrentan una creciente demanda de servicios, lo que ha intensificado la presión sobre los profesionales sanitarios. Esta presión constante puede generar estrés laboral, con consecuencias que afectan tanto la salud física y emocional del personal como la calidad del cuidado que brindan. Comprender este fenómeno es fundamental para desarrollar estrategias que promuevan una

atención segura, eficiente y centrada en el paciente.

El personal de enfermería desempeña un rol central en la atención directa, la coordinación de equipos y la supervisión de procesos críticos. Sin embargo, se enfrenta a entornos de trabajo complejos: alta carga de pacientes, turnos prolongados, desgaste emocional, contacto frecuente con el sufrimiento y limitaciones de recursos. Estas condiciones, si no se gestionan adecuadamente, pueden desencadenar estrés ocupacional, que impacta negativamente en la seguridad del paciente, la efectividad de la atención y la satisfacción laboral.

La evidencia científica indica que el estrés elevado se relaciona con la dis-

minución de la calidad del cuidado y con comportamientos de cuidado menos efectivos. Por ello, resulta esencial analizar no sólo la existencia de esta relación, sino también los factores que la modulan y los mecanismos que median su impacto. Este artículo realiza una revisión de la literatura sobre el impacto del estrés laboral en la calidad del cuidado de enfermería, con el propósito de aportar conocimiento que favorezca la mejora de los entornos laborales y la atención al paciente.

3 Objetivos

Objetivo general:

Analizar el impacto del estrés laboral en la calidad del cuidado prestado por enfermeras/os, identificando los mecanismos a través de los cuales este estrés afecta los comportamientos de cuidado y la seguridad del paciente.

Objetivos específicos

- Describir los principales factores de estrés laboral presentes en el ámbito de enfermería (carga de trabajo, turnos, recursos, aspectos emocionales, etc.).
- Identificar los mecanismos por los que el estrés laboral reduce la calidad del cuidado (por ejemplo: fatiga, distracción, disminución de atención, agotamiento emocional).
- Proponer estrategias organizativas y personales para mitigar el estrés laboral en enfermería y así mejorar la calidad del cuidado.

4 Metodología

El presente trabajo se desarrolló como una revisión narrativa de literatura, con el objetivo de analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre cómo el estrés laboral afecta la calidad del cuidado proporcionado por los profesionales de la salud, especialmente en el ámbito de la enfermería. Esta metodología permite identificar patrones, tendencias y hallazgos relevantes de estudios previos.

Se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos científicos publicados en los últimos diez años, utilizando bases de datos académicas reconocidas como PubMed, Scopus, SciELO y Google Scholar. Se emplearon combinaciones de palabras clave como: Estrés laboral; Calidad del cuidado; Profesionales de la salud; Burnout; Atención al paciente

5 Resultados

La revisión de la literatura evidencia que el estrés laboral es un fenómeno ampliamente extendido entre los profesionales de enfermería y que tiene una influencia directa sobre la calidad del cuidado brindado a los pacientes. Los estudios revisados coinciden en que los niveles elevados de estrés están asociados con disminución del rendimiento profesional, errores en la práctica clínica y menor satisfacción del paciente.

Diversas investigaciones señalan que

los factores que más contribuyen al estrés laboral son las cargas asistenciales excesivas, la escasez de personal, la presión del tiempo, los turnos prolongados y el contacto constante con el sufrimiento o la muerte. Estas condiciones generan desgaste físico y emocional que puede derivar en síndrome de burnout, ausentismo y rotación de personal.

En cuanto a la repercusión en la calidad del cuidado, se observó que el personal con altos niveles de estrés tiende a presentar menor empatía, reducción en la comunicación terapéutica y dificultades en la toma de decisiones clínicas. Asimismo, se reporta una disminución de la seguridad del paciente y de la adherencia a los protocolos establecidos, lo cual impacta negativamente en los resultados asistenciales.

Por otro lado, algunos estudios destacan que las estrategias institucionales de apoyo psicosocial, formación continua y clima laboral positivo actúan como factores protectores. Las unidades que promueven el trabajo en equipo, la participación del personal en la toma de decisiones y el reconocimiento profesional muestran niveles más bajos de estrés y mejores indicadores de calidad del cuidado.

En síntesis, los hallazgos revisados confirman que el estrés laboral en enfermería constituye un problema multifactorial que afecta tanto el bienestar de los profesionales como la seguridad y satisfacción de los pacientes. La eviden-

cia respalda la necesidad de implementar estrategias preventivas y de gestión del estrés como parte de la política institucional para garantizar cuidados seguros, humanos y de calidad.

6 Discusión-Conclusión

El estrés laboral se presenta como una condición frecuente entre los profesionales de la salud y constituye un factor determinante que afecta de manera directa la calidad del cuidado. Su presencia se refleja en un mayor número de errores, dificultades en la comunicación y una disminución en la atención centrada en el paciente.

Los entornos laborales con alta presión, sobrecarga de funciones y relaciones interpersonales tensas incrementan el riesgo de agotamiento profesional o burnout, con repercusiones tanto en el bienestar del personal como en la seguridad y satisfacción de los usuarios del sistema sanitario.

Las acciones institucionales de apoyo, como los programas de bienestar, la formación continua y la mejora en la organización del trabajo, son fundamentales para reducir el impacto del estrés y garantizar un entorno que promueva cuidados seguros y de calidad.

Asimismo, la resiliencia profesional y personal emerge como un elemento protector clave. Fomentar prácticas de autocuidado, manejo emocional y equilibrio entre la vida personal y laboral contribuye a la sostenibilidad del de-

sempañero enfermero y a la preservación de la salud mental.

Se destaca la importancia de profundizar en estudios longitudinales y comparativos que permitan comprender con mayor precisión los mecanismos que vinculan el estrés laboral con la calidad del cuidado, así como evaluar la efectividad de estrategias preventivas y de intervención.

En conclusión, la gestión adecuada del estrés laboral no solo mejora la calidad asistencial, sino que también fortalece la satisfacción profesional y promueve entornos de trabajo más saludables y humanos, pilares esenciales para la sostenibilidad de los sistemas de salud actuales.

7 Bibliografía

1. Amin S, Khan R, Fatima T. Work stress and nursing care quality among hospital nurses: A cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2023;31(8):2456–67.
2. Alharbi J, Jackson D, Usher K. The importance of quality nursing care in patient outcomes: An integrative review. *Int J Nurs Stud.* 2022;127:104144.
3. Bae S, Lee J, Park H. Occupational stress and burnout in nurses: A systematic review. *BMC Nurs.* 2023;22(1):110–23.
4. Carrillo-García César, Ríos-Rísquez María Isabel, Escudero-Fernández Laura, Martínez-Roche María Emilia. Factores de estrés laboral en el personal

de enfermería hospitalario del equipo volante según el modelo de demanda-control-apoyo. *Enferm. glob.* [Internet]. 2018 [citado 2025 Nov 01]; 17(50): 304–324. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000200304&lng=es.

Epub 14-Dic-2020. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.277251>.

5. Molina-Chailán Pía Mabel, Muñoz-Coloma Marisol, Schlegel-SanMartín Giannina. Estrés laboral del Profesional de Enfermería en Unidades Críticas. *Med. segur. trab.* [Internet]. 2019 Sep [citado 2025 Nov 08]; 65(256): 177–185. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2019000300177&lng=es.

Epub 22-Mar-2021.

6. García Aquije AM. Estrés laboral y cuidado de enfermería en el centro quirúrgico del Hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica-2016. *Rev Enferm Vanguard.* 2018;6(1):10-17. DOI:10.35563/revan.v6i1.214

Jiménez Hurtado W, Navas Fonseca L. Impacto del estrés laboral en los profesionales de enfermería que otorgan cuidados hospitalarios. *INSPIPILIP* [Internet]. 30 de noviembre de 2023 [citado 8 de noviembre de 2025];7(ESPECIAL):26-35. Disponible en: <https://www.inspilip.gob.ec/index.php/inspi/article/view/492>

7. Park E, Kim H, Song J. Workplace stress and patient safety outcomes: The mediating role of nurse fatigue. *BMC Nurs.* 2024;23(4):187–99.

8. Ryu H, Kim J, Seo M. Mindfulness-based stress reduction for nurses: A meta-analysis of intervention outcomes. *J Adv Nurs*. 2024;80(1):45–58.
9. Zhou Y, Lin Z, Zhang L. Effects of work environment on job stress and nursing quality: A cross-sectional analysis. *Nurs Open*. 2023;10(5):3451–60.
10. Zabin, L.M., Zaitoun, R.S.A., Sweity, E.M. et al. The relationship between job stress and patient safety culture among nurses: a systematic review. *BMC Nurs* 22, 39 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01198-9>
11. Babapour, A. R., Gahassab-Mozaffari, N., & Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. *BMC nursing*, 21(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y>
12. Díaz Hernández MA, Gorrostola Camargo AP, Mendoza Romero D. Estrés laboral y calidad de vida en enfermeros durante la pandemia por Covid-19. *Revista Cuidarte* [Internet]. 2024 Enero. 16 [citado 2025 Nov. 8];15(1). Disponible en : <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/3042>
13. Galanti, T., Cortini, M., Giudice, G. F., Zappalà, S., & Toscano, F. (2024). Safeguarding nurses' mental health: The critical role of psychosocial safety climate in mitigating relational stressors and exhaustion. *AIMS public health*, 11(3), 905–917. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2024046>

Artículo 56

RETINOSQUISIS JUVENIL LIGADA AL CROMOSOMA X: IMPORTANCIA DE LA IMAGEN MACULAR ANTE BAJA AGUDEZA VISUAL

CLAUDIA SANZ POZO

MARIA CHACON GONZALEZ

MÓNICA ESPEJO LORENTE

JUAN JOSÉ NARRO ALBESA

MÓNICA MUÑOZ LAÍN

FRANCISCO JAVIER SERRANO GRACIA

La identificación precoz de alteraciones retinianas en la edad pediátrica puede resultar compleja cuando la exploración oftalmoscópica es formal y la agudeza visual (AV) no alcanza los valores esperados tras la corrección óptica. En estos casos, las pruebas de imagen macular, especialmente mediante tomografía de coherencia óptica (OCT), son esenciales para detectar patologías estructurales, incluso en ausencia de signos clínicos evidentes.

Presentamos el caso de un niño de 5 años con hipermetropía y astigmatismo bilateral, cuya AV corregida permanecía por debajo de lo esperado para su edad y defecto refractivo. La OCT macular reveló cavidades quísticas intrarretinianas compatibles con retinosquisis juvenil ligada al cromosoma X, con aumento significativo del grosor foveal.

Este caso subraya la importancia de la imagen multimodal para el diagnóstico preciso. La detección temprana mediante OCT permite optimizar el seguimiento clínico,

orientar la solicitud de estudio genético e instaurar tratamientos complementarios.

La OCT debe considerarse de forma temprana ante discordancia entre refracción y AV en la infancia.

1 Palabras clave

Retinosquiasis; cromosoma X; tomografía; macular; visión

2 Introducción

La retinosquiasis juvenil ligada al cromosoma X es una distrofia hereditaria de la retina que afecta casi exclusivamente a varones, caracterizada por la presencia de cavidades intrarretinianas, habitualmente localizadas en la región macular.

Está causada por mutaciones en el gen RS1, que codifica la proteína retinosquiasina, implicada en la adhesión y organización estructural de la retina interna (1).

Su manifestación suele iniciarse en la infancia y cursa con disminución de AV, pudiendo asociarse a estrabismo o ambliopía (2).

En exploraciones rutinarias, la AV puede no correlacionarse con la inspección clínica del fondo de ojo (FO), lo que puede retrasar el diagnóstico si no se realizan pruebas de imagen avanzadas, especialmente OCT macular (1,3). La literatura reciente destaca que la imagen multimodal es clave para detectar alteraciones estructurales incluso en ausencia de signos fundoscópicos evidentes (3,5).

Además, es importante considerar que en pacientes pediátricos pueden coexistir otras causas de limitación visual, como ambliopía, anisometropía o factores atencionales, que condicionan el pronóstico funcional (4,6).

En este contexto, cuando un niño con alteración visual no mejora tras corrección óptica adecuada, debe plantearse la realización precoz de pruebas de imagen para descartar distrofias retinianas, aunque la exploración clínica inicial sea aparentemente normal. El presente trabajo describe un caso clínico real de sospecha de retinosquiasis juvenil ligada al cromosoma X, destacando el papel diagnóstico del OCT y la importancia de contemplar patologías coexistentes.

3 Objetivos

- Presentar un caso clínico pediátrico de sospecha de retinosquiasis juvenil ligada al cromosoma X con AV inferior a la esperada pese a corrección óptica adecuada.
- Resaltar el papel de las pruebas de imagen, especialmente OCT, en el diagnóstico precoz.
- Recordar la relevancia de considerar posibles patologías visuales concomitantes.

4 Caso clínico

Se presenta el caso clínico de un niño de 5 años, remitido a consultas de oftalmología pediátrica hacia nos meses por sospecha de disminución de AV bilateral.

En la primera revisión, se realizó exploración oftalmológica completa, incluyendo toma de AV, exploración de polo anterior, graduación bajo cicloplejia y fondo de ojo (FO). Se identificó hipermetropía y astigmatismo y se mandó corrección con gafa de uso continuo.

Se vuelve a revisar al paciente a los 6 meses. La madre confirmó uso adecuado de la gafa pero en esa consulta se nota importante interferencia del nivel atencional en la medición de la AV. En la exploración presentó una AV corregida con su gafa máxima (dudosa) de 0,63 en ambos ojos. El polo anterior era completamente normal. El FO mediante oftalmoscopia indirecta se vuelve a describir sin alteraciones maculares aparentes. Se decide volver a revisar en pocos meses dada poca fiabilidad de la toma de AV. En la siguiente revisión, el paciente colabora adecuadamente y se consiguen tomar AV de 0,8 en el ojo derecho (OD) y 0,63 en el ojo izquierdo (OI). Dado que a pesar de la corrección óptica apropiada y la colaboración adecuada la AV no alcanzaba la esperada para la edad ni para el defecto refractivo existente, se decide realizar OCT macular, observándose en

ambos ojos cavidades retinianas quísticas compatibles con retinosquias macular, con afectación predominante de las capas nucleares internas y plexiformes externas, con patrón característico en esquias.

Estos hallazgos orientaron a la sospecha clínica de retinosquias juvenil ligada al cromosoma X. Se derivó al paciente a consultas especializadas para seguimiento y estudio y confirmación de sospecha diagnóstica con pruebas genéticas. En estos momentos está pendiente de resultados de genética.

5 Discusión-Conclusión

La retinosquias juvenil ligada al cromosoma X es una distrofia retiniana que puede pasar inadvertida en las fases iniciales, especialmente en niños con exploración oftalmológica aparentemente normal. La literatura destaca que las alteraciones estructurales pueden no correlacionarse con la AV ni ser evidentes en la evaluación clínica, siendo la OCT la herramienta más sensible para detectar los cambios intrarretinianos característicos (1,3,5). En este caso, la discordancia entre el defecto refractivo corregido y la AV alcanzada motivó la realización precoz de la imagen macular, lo que permitió orientar el diagnóstico hacia retinosquias juvenil ligada al cromosoma X, incluso antes de la confirmación genética.

La evidencia indica que la progre-

sión anatómica suele ser lenta y que la afectación visual está influenciada por múltiples factores, entre ellos la anatomía foveal, la edad y posibles patologías concomitantes (2,4). La coexistencia en este paciente de ambliopía leve, representa un factor adicional de limitación visual que debe abordarse paralelamente al seguimiento de la distrofia (4,6,7).

Es fundamental que el oftalmólogo considere la image multimodal como parte del protocolo diagnóstico ante AV inferior a la esperada tras corrección óptica, especialmente en población pediátrica. La OCT permite detectar precozmente cambios estructurales y facilita la toma de decisiones clínicas (5,7).

En conclusión, la sospecha de retinosquiasis juvenil ligada al cromosoma X debe plantearse en niños con baja AV no justificada por el defecto refractivo. La realización de pruebas de imagen tempranas y la valoración integral del paciente son esenciales para alcanzar un diagnóstico preciso e instaurar un manejo adecuado, optimizando el pronóstico funcional.

6 Bibliografía

1. Yu J, Ni Y, Keane PA, et al. Foveomacular schisis in juvenile X-linked retinoschisis: OCT study. *Am J Ophthalmol*. 2010;149(6):973–8.e2.
2. Grigg JR, Hooper CY, Fraser CL, et al. Outcome measures in juvenile X-linked retinoschisis. *Eye (Lond)*. 2020;34(10):1760–9.
3. Hu Q-R, Huang L-Z, Chen X-L, et al. OCT follow-up in XLRS. *Biomed Res Int*. 2017;2017:1704623.
4. Ambrosio L, Hansen RM, Kim R, et al. Retinal function in XLRS. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2019;60(14):4872–81.
5. Berenberg TL, Van Tassel SH, Patel SN, et al. Imaging modalities in juvenile X-linked retinoschisis. *Retina*. 2016;36(12):e117–9.
6. Mardero OD, Arruti N, Coca JFR, et al. Genetic characterization of children with XLRS in Spain. *Eur J Ophthalmol*. 2025;35(3):809–20.
7. Ling KP, et al. Handheld OCT in young patients with XLRS. *Retina*. 2020. PMID: 31764609.

Artículo 57

LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO: SU LABOR EN LA GESTIÓN SANITARIA Y LA ATENCIÓN AL USUARIO

BLANCA ARNAIZ NAVARRO

ADOLFO DOMINGUEZ BERNE

NIEVES LLORENTE MARQUINA

MARINA FERRER BUENO

MARIA ROSA ARANDA GONZALEZ

BEATRIZ PÉREZ PÉREZ

Introducción: El personal administrativo de los centros sanitarios desarrolla tareas esenciales para el funcionamiento de nuestro sistema de salud, coordinando y gestionando múltiples procesos que permiten integrar las actuaciones de los diferentes profesionales que conforman la compleja estructura de esta organización.

Objetivos: Este artículo pretende analizar el papel desempeñado por el personal administrativo en el sistema de salud público, mostrando como su trabajo es imprescindible para coordinar y organizar todos los procesos que se desarrollan dentro de nuestros servicios sanitarios, definiendo sus funciones, y describiendo la repercusión de sus actuaciones en el logro de los objetivos de calidad y en la satisfacción

de los usuarios. Con el fin de proponer cambios organizativos que lleven a una mayor integración de estos profesionales en los equipos sanitarios.

Metodología: Para realizar el presente artículo se efectuó una revisión bibliográfica de estudios e investigaciones previas que tuvieran como objeto de análisis las principales funciones que desempeña el personal administrativo en el sistema sanitario público. Se agruparon los resultados en categorías para analizar dichas funciones, los problemas para su desempeño, el impacto que tienen en el funcionamiento y en la calidad de los servicios de salud, y las posibles medidas a adoptar para reforzar su papel dentro de las instituciones sanitarias.

Resultados: Los trabajadores administrativos constituyen la base del sistema organizativo de los centros sanitarios, además de la gestión de procesos, desempeñan un papel fundamental en la comunicación con los pacientes y entre los diferentes servicios asistenciales. También tienen un papel clave en el proceso de humanización que se está llevando a cabo en las instituciones sanitarias, y en mejorar la calidad y eficiencia de las mismas.

Conclusiones: Es necesario que se reconozca la importancia del papel del personal administrativo en el ámbito sanitario, incrementando su participación en los procesos de toma de decisiones, el aumento de las plantillas y de la formación específica para el desempeño de sus funciones, ya que todo ello contribuirá a la mejora de la calidad los servicios sanitarios.

1 Palabras clave

Personal administrativo; ámbito sanitario; gestión de procesos; comunicación y coordinación; atención al usuario; calidad asistencial; humanización; actores del proceso asistencial; toma de decisiones; equipo sanitario.

2 Introducción

En el ámbito sanitario la atención a los pacientes suele asociarse únicamente con el personal clínico: facultativos, personal de enfermería, terapeutas, técnicos y otros especialistas. Pero realmente, la estructura organizativa de nuestro sistema sanitario es mucho

más compleja, e incluye a otras categorías de personal no sanitario que son fundamentales para que el sistema funcione, entre ellas hay que destacar el papel del personal administrativo, que a menudo es invisibilizado, y que desarrolla tareas esenciales para poder ofrecer un servicio de calidad y un uso de los recursos eficaz, y es imprescindible para sostener el complejo entramado organizativo de nuestros servicios de salud. Las funciones de estos trabajadores han ido evolucionando a lo largo de los años, pasando de ser meros gestores de trámites a convertirse en figura clave para la coordinación interna y externa y la gestión de los procesos.

Históricamente, las funciones de los

trabajadores administrativos en los centros sanitarios se limitaban a la realización de tareas como la facturación, la gestión de documentos o el registro de datos. Pero, con el incremento de la complejidad de los sistemas de salud, la necesidad de convertir la información y los datos a formato digital, la descentralización de los servicios y la búsqueda de una atención al paciente más personalizada y satisfactoria, se han ampliado considerablemente sus competencias. Hoy en día el personal administrativo no solo se encarga de tareas de gestión básicas, sus funciones son mucho más amplias, entre otras: administran datos sensibles, gestionan listas de espera, coordinan la actividad de los centros con servicios externos, o recopilan y supervisan indicadores de calidad asistencial. Su labor se desarrolla, por tanto, en la confluencia entre la gestión sanitaria y la atención al usuario, teniendo un papel fundamental en el logro de un eficaz rendimiento de los servicios sanitarios y de la consecución de la satisfacción de los pacientes.

Los servicios de salud públicos son organizaciones complejas en las que la correcta interacción entre los diversos niveles de gestión es imprescindible para que el sistema funcione. Para ello los trabajadores administrativos actúan como un enlace clave en la comunicación entre la dirección, los equipos médicos, los distintos servicios, y los usuarios. Un fallo a nivel administra-

tivo puede tener consecuencias importantes en la atención a los pacientes, como duplicidad de pruebas, demoras en las consultas, o problemas legales por fallos en el tratamiento de los datos personales. Por el contrario, si la gestión administrativa funciona correctamente repercutirá en una utilización de los recursos más eficaz, y mejorará la confianza de los ciudadanos en nuestro sistema público de salud.

La eficacia de los servicios administrativos se relaciona directamente con la percepción que tienen los usuarios de la calidad asistencial según múltiples estudios, de tal forma que, aunque los hospitales y centros de salud tengan unos profesionales clínicos excelentes, si no existe una estructura administrativa adecuada la calidad de la atención se verá perjudicada de manera sustancial. Nuestro sistema sanitario necesita integrar los distintos niveles que conforman su organización y para ello el papel del personal administrativo es indispensable.

Sin embargo, pese a su importancia, esta figura suele ser infravalorada por parte de los responsables de la organización de los centros. En muchos casos este personal no es tenido en cuenta en los procesos de toma de decisiones ni se reconoce su labor, se enfrentan a una constante sobrecarga de trabajo y a la falta de una adecuada formación continua. Esto puede llevar a que se generen dentro de la organización tensiones que afecten a su cohesión y pro-

ducir un sentimiento de invisibilidad por parte de estos profesionales.

Además, en los últimos años, debido al proceso de digitalización de nuestro sistema sanitario, se están planteando nuevos retos como la creación de portales informatizados para los usuarios o de la historia clínica electrónica, que hace necesaria una adaptación constante de todos los trabajadores a las nuevas herramientas tecnológicas y una formación continua en competencias digitales, en especial del personal administrativo que ve como sus funciones se redefinen.

En conclusión, los trabajadores administrativos del ámbito sanitario constituyen una parte esencial en el funcionamiento de nuestros servicios sanitarios, ya que su labor influye directamente en la eficacia de nuestro sistema de salud, por lo que es fundamental su reconocimiento, su participación en la toma de decisiones a nivel organizativo, y el desarrollo de planes de formación para su adaptación continua a los nuevos retos que se plantean.

3 Objetivos

Este artículo pretende exponer de manera integral el papel desempeñado por el personal administrativo en el ámbito sanitario, analizando sus funciones y la importancia de su contribución para el buen funcionamiento de nuestro sistema de salud, demostrando la repercusión que tiene su trabajo en el

cumplimiento de los objetivos de calidad y en la satisfacción de los usuarios.

Objetivo principal:

- Analizar el papel del personal administrativo en el funcionamiento del sistema sanitario público.

Objetivos secundarios:

- Establecer las funciones del personal administrativo en los centros sanitarios públicos.

- Describir las áreas de actuación en las que su trabajo tiene especial relevancia.

- Estudiar el impacto que el desarrollo de sus funciones tiene en la satisfacción de los usuarios y en la calidad de los servicios sanitarios.

- Determinar los principales problemas a los que se enfrentan en el desarrollo de sus tareas.

- Proponer cambios organizativos para lograr una mayor integración de estos profesionales en el equipo sanitario.

Con estos objetivos se busca poner en valor el papel de los trabajadores administrativos reconociendo que la calidad asistencial no depende exclusivamente de la actuación clínica, sino también de los procesos organizativos en los que se sustenta.

4 Metodología

Para realizar el presente artículo se desarrolló una investigación en profundidad sobre el papel del personal administrativo en el ámbito sanitario público, basada en la revisión bibliográfica de estudios previos, reuniendo

y analizando la información obtenida, y utilizando técnicas de codificación temática.

Se consultaron bases de datos académicas como RedALyC y Scielo.

Se utilizaron palabras clave como: Personal administrativo, gestión de procesos, ámbito sanitario, actores del proceso asistencial, calidad y satisfacción del usuario.

Se establecieron como criterios de inclusión estudios y artículos publicados en castellano desde el año 2019 hasta la actualidad, cuyos resultados se centraran en el análisis del trabajo desempeñado a nivel administrativo dentro de las instituciones sanitarias públicas. Para analizar los resultados se agrupó la información en diferentes categorías: definición de las funciones realizadas, problemas para el desempeño de las mismas, impacto en la calidad asistencial del trabajo administrativo, y medidas para fortalecer el papel del personal administrativo.

5 Resultados

Al analizar el rol del personal administrativo en el ámbito sanitario se identifican una serie de aspectos que interrelacionados inciden directamente en la calidad y eficiencia de nuestro sistema de salud, y que se pueden agrupar en cuatro ejes principales en los que estos trabajadores desempeñan un papel fundamental:

Gestión de las instituciones sanitarias:

El personal administrativo constituye la base del sistema organizativo de los centros sanitarios, ya que sin él no podrían llevarse a cabo los procesos de admisión (con la gestión de camas, la tramitación de los ingresos o las altas), las derivaciones y los traslados, las citaciones de pruebas diagnósticas, el archivo de las historias clínicas, la facturación, o las comunicaciones con los sistemas de salud de otras comunidades autónomas. Gran parte del tiempo empleado en la atención a los pacientes depende de procesos administrativos que se llevan a cabo de manera paralela a la asistencia clínica.

En los últimos años la complejidad del trabajo administrativo ha aumentado debido a la necesidad de coordinar múltiples procesos garantizando la trazabilidad de cada usuario del sistema sanitario a lo largo de su trayectoria clínica, y aunando esta labor con la realizada por la dirección médica y de enfermería.

La digitalización ha posibilitado la reducción de los documentos en papel y el acceso de forma remota a la información, implantándose la historia clínica electrónica, lo que conlleva una mayor carga administrativa digital. Los trabajadores administrativos introducen, comprueban, y actualizan continuamente datos sensibles, debiendo cumplir en todo momento con la normativa de protección de datos. Las competencias digitales son, a día de hoy, un requisito imprescindible para el desem-

peño de estos puestos en el ámbito sanitario.

Comunicación entre los distintos actores dentro del sistema sanitario:

El personal administrativo desempeña un papel fundamental en la comunicación tanto interna como externa en los centros sanitarios: con los pacientes, los familiares, el personal sanitario, las direcciones, o los distintos servicios externos. Muchas veces es el primer contacto que tiene el usuario con el centro y también el último. Para desarrollar este papel de intermediador es necesario tener habilidades de comunicación, ser empático y saber actuar ante situaciones de conflicto. La formación continua en competencias emocionales es imprescindible para saber gestionar quejas o comunicar demoras en situaciones de alta presión asistencial, o para el trato con usuarios vulnerables.

Una comunicación inadecuada por parte de los servicios administrativos puede generar desconfianza y ansiedad en los pacientes, en cambio, una atención al usuario eficiente puede reducir el estrés y evitar situaciones de desinformación y posibles errores derivados de las mismas.

Humanización de las instituciones sanitarias:

En los últimos años, los servicios públicos de salud están desarrollando un proceso de humanización, que tiene como objetivo asegurar un trato digno, mejorando la empatía y reforzando la partici-

pación del paciente en el proceso asistencial. En este contexto, el personal administrativo tiene un papel clave, ya que el trato que da al usuario constituye la primera impresión que este se va a formar a su llegada al centro sanitario.

Los resultados de diversos estudios sobre satisfacción hospitalaria muestran que más de la mitad de las valoraciones negativas de los usuarios no están relacionadas directamente con la atención médica, sino con los tiempos de espera, el trato en los procesos administrativos, o la falta de información. Por lo que para poder evaluar la calidad de nuestros servicios sanitarios es necesario incluir la labor realizada por el personal administrativo.

La escucha activa, una comunicación clara, y la empatía, son competencias indispensables del personal administrativo. No es suficiente con realizar correctamente los trámites, se debe conseguir que el paciente se sienta escuchado, atendido adecuadamente, e informado. En algunos centros sanitarios se han implementado programas específicos para formar a los trabajadores administrativos en atención humanizada, comunicación y gestión emocional, que han dado como resultado una reducción importante en el número de quejas y una mayor satisfacción de los pacientes.

Calidad y eficiencia:

La calidad de la atención en el ámbito sanitario depende de numerosos fac-

tores interconectados, uno de ellos es la gestión administrativa de los diferentes procesos. La codificación adecuada de los datos, la gestión de los documentos, y la trazabilidad de los procesos asistenciales son fundamentales para la seguridad de los usuarios de los servicios de salud.

Las consecuencias que puede acarrear la identificación errónea de un paciente, de su historia clínica, o de un resultado pueden ser muy graves. Por este motivo, los sistemas de gestión de la calidad en los centros sanitarios establecen indicadores específicos dirigidos al análisis y la evaluación de la eficiencia administrativa.

Otra función fundamental del personal administrativo es la gestión de los recursos humanos y materiales: la contratación del personal, el control de las bajas por enfermedad y las sustituciones, la tramitación de las diferentes situaciones administrativas que puedan afectar a los trabajadores, la gestión de la compra de material sanitario, entre otras, son actuaciones imprescindibles para la capacidad operativa de los centros sanitarios.

Los empleados administrativos también tienen un papel fundamental en los procesos de auditoría interna, recopilando datos y documentos para poder evaluar el cumplimiento de las normas y la eficiencia económica. La optimización de los recursos es muy importante debido al aumento progresivo de la demanda asistencial y a los recur-

sos económicos limitados.

Desafíos del personal administrativo en el ámbito sanitario:

Pese a la importancia de las funciones desempeñadas por estos profesionales, a día de hoy siguen enfrentándose a múltiples problemas, entre los que se pueden destacar:

La falta de personal y el aumento constante de sus tareas ha generado una sobrecarga de trabajo que da como resultado un incremento significativo del estrés laboral.

Subestimación de sus funciones, que en muchas ocasiones son vistas como labores auxiliares, sin valorar su importancia en el proceso asistencial y en la calidad del mismo, lo que lleva a la falta de reconocimiento profesional.

Escasa integración en equipos multidisciplinares: Su inclusión en comisiones o proyectos de mejora es muy reducida. Insuficiente formación continua: La mayoría de estos trabajadores tienen un acceso escaso a programas de formación sobre atención a usuarios, nuevas tecnologías digitales, o seguridad y gestión de datos.

Para superar estos problemas se requieren cambios a nivel organizacional que prioricen la profesionalización de los empleados administrativos. Entre las medidas necesarias a tomar podemos destacar:

Aumento de las plantillas de personal administrativo para que la carga de trabajo sea la adecuada y se reduzcan los casos de estrés laboral.

Reconocimiento institucional del papel de estos trabajadores mediante la realización de evaluaciones de desempeño que midan su contribución en la mejora de la calidad de la atención sanitaria.

Fomento de su participación en equipos multidisciplinares y de su colaboración en comisiones o proyectos de mejora.

Incremento de los planes de formación continua específicos para el personal administrativo y enfocados a la mayor capacitación en competencias digitales, gestión de datos, y habilidades comunicativas.

En conclusión, el futuro de nuestro sistema sanitario pasa por integrar totalmente a estos profesionales en los procesos de gestión de la calidad, reconociendo su papel fundamental para la mejora continua de la asistencia sanitaria.

6 Discusión-Conclusión

El personal administrativo en el ámbito sanitario representa un pilar fundamental e irremplazable de nuestro sistema de salud. Su trabajo normalmente se desarrolla en un segundo plano, pero su repercusión en la eficiencia organizativa, la calidad de la asistencia y la satisfacción del usuario es indiscutible. En este artículo se pone de manifiesto que la gestión hospitalaria no puede entenderse exclusivamente como una actividad clínica, sino que es un proceso en el que la actividad administrativa de-

sempeña un papel imprescindible, constituyendo su eje vertebrador.

Al analizar el trabajo administrativo se evidencia que no tiene un carácter accesorio sino estructural. Si no existe una coordinación eficaz en los procesos, una gestión documental rigurosa, y una comunicación adecuada entre los diferentes servicios, el proceso asistencial estará en riesgo. En este sentido, el personal administrativo garantiza con su trabajo la continuidad organizativa y el orden dentro los centros sanitarios.

Al mismo tiempo se pone de manifiesto su papel como mediadores en un ámbito en el que confluyen profesionales de diversas disciplinas con pacientes y familiares, actuando como nexo de unión entre todas las partes implicadas en la actividad asistencial. Siendo esenciales para la humanización de la asistencia sanitaria sus habilidades para la gestión de conflictos, la transmisión de la información, y el acompañamiento a los usuarios.

Por otra parte, la automatización de procesos y los avances digitales han llevado a una remodelación de las funciones del personal administrativo, el cual ha pasado de ser un mero ejecutor de tareas repetitivas a desarrollar funciones más analíticas, gestionando la información y supervisando la calidad de los datos. Esta redefinición de su perfil profesional requiere una formación continua específica, así como un reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias acorde a sus actuales

responsabilidades.

Hoy en día, los centros sanitarios deben concebirse como organizaciones en las que cada profesional, de todas las categorías, aporte valor al proceso asistencial. Para alcanzar el objetivo de un sistema sanitario público eficaz se necesita la cooperación de todos los actores que intervienen en la gestión del mismo. Para lo cual, fortalecer el papel que desempeña el personal administrativo va a contribuir a elevar la eficiencia y a ofrecer a los pacientes una atención más humana, íntegra y sostenible.

Por último, es necesario replantear las políticas de recursos humanos en el ámbito sanitario público. Se debe reconocer e integrar al personal administrativo como parte fundamental del equipo de atención sanitaria, fomentando su participación en los procesos de toma de decisiones, al mismo tiempo que se garantice la posibilidad de desarrollo profesional y unas condiciones laborales apropiadas.

Por todo lo expuesto podemos concluir que el personal administrativo no es una pieza secundaria en el engranaje de nuestro sistema sanitario, sino una parte esencial del mismo.

Su reconocimiento profesional y su formación continua son imprescindibles para poder garantizar una atención sanitaria de calidad y más humana. Valorar su aportación al sistema no solo es justo sino que supone contribuir a que éste sea más eficaz y a legitimarlo.

7 Bibliografía

1. García, M. (2020). Gestión hospitalaria y eficiencia organizativa. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
2. Martínez, L., & López, P. (2019). La gestión administrativa en la atención sanitaria: un análisis del impacto organizativo. *Revista Española de Administración Sanitaria*, 15(2), 45–62.
3. Ministerio de Sanidad (2022). Informe sobre la satisfacción de los pacientes en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Gobierno de España.
4. Pérez, R., & Sanz, D. (2021). El papel del personal no sanitario en la humanización hospitalaria. *Revista Iberoamericana de Gestión y Salud*, 9(1), 75–98.
5. Ruiz, C. (2022). Comunicación y gestión de pacientes en entornos hospitalarios públicos. Barcelona: Ariel Salud.
6. Sánchez, J. (2020). Administración sanitaria y calidad asistencial: retos de la gestión pública. *Cuadernos de Gestión Sanitaria*, 12(3), 211–237.
7. Vega, T. (2023). Transformación digital y administración sanitaria: nuevas competencias profesionales. Valencia: Tirant Humanidades.

Artículo 58

EL CELADOR COMO EJE LOGÍSTICO EN EL "CÓDIGO ICTUS" Y "CÓDIGO AZUL": COORDINACIÓN DE LA RESPUESTA CRÍTICA EN URGENCIAS

JUAN JOSÉ LOZANO LOPEZ

DESIREÉ RAMIS GARDE

MERCEDES SALINAS ORDOVAS

ANA ISABEL MANRIQUE MAGALLON

FRANCISCO JAVIER LOPEZ IGLESIAS

MARÍA EUGENIA CARROQUINO

El tiempo es un factor determinante en las emergencias neurológicas ("Código Ictus") y cardiorrespiratorias ("Código Azul"). Este trabajo analiza el rol del celador como punto neurálgico en la activación de estos protocolos críticos en el Servicio de Urgencias. La introducción establece la urgencia temporal de estas patologías y la necesidad de una respuesta hospitalaria ultrarrápida. Los objetivos se dirigen a describir las funciones logísticas inmediatas del celador tras la activación del código y a evaluar el impacto de su celeridad en la supervivencia o el pronóstico del paciente. La metodología se basa en la revisión de los protocolos de atención al ictus y parada cardíaca y en el análisis de tiempos de respuesta. Los resultados demuestran que la movilización inmediata por parte del celador de equipos de reanimación y el traslado urgente a pruebas diagnósticas mejoran significativamente la ventana terapéutica. Las conclusiones enfatizan que el celador es un miembro activo del equipo de emergencias, cuya formación en el reconocimiento y respuesta a códigos vitales es esencial.

1 Palabras clave

Código ictus; código azul; urgencias; celador; respuesta crítica; cadena de supervivencia; coordinación intrahospitalaria.

2 Introducción

En el entorno sanitario, existen situaciones de emergencia extrema donde cada segundo cuenta, siendo el "Código Ictus" y el "Código Azul" (parada cardiorrespiratoria) los ejemplos más claros de la urgencia temporal. La ventana terapéutica para la administración de tratamiento trombolítico en el ictus isquémico es sumamente estrecha, y la reanimación cardiopulmonar debe ser iniciada sin demora en el caso de la parada. La rapidez con la que el hospital moviliza a su personal, los equipos y al paciente es un factor directamente proporcional al buen pronóstico.

El celador, lejos de ser un mero transportista, se convierte en un actor clave y decisivo en la cadena de supervivencia. Su función se inicia inmediatamente después de la activación del código, siendo el responsable de la logística crítica que permite al equipo médico centrarse en la clínica. Esta logística incluye el traslado urgente del paciente, la movilización inmediata de carros de parada y desfibriladores, y la preparación del entorno para la intervención.

La formación del celador en el re-

conocimiento de los síntomas del ictus y en el protocolo de actuación de la parada es, por lo tanto, indispensable. No se espera de él un diagnóstico, pero sí una conciencia situacional que le permita actuar con la máxima celeridad y sin necesidad de indicaciones complejas, sabiendo qué material debe llevar y a dónde debe trasladar al paciente. Esta proactividad reduce el "tiempo puerta-aguja" en el ictus y el "tiempo de respuesta a la parada" en el código azul. El presente artículo busca, por un lado, desgranar las responsabilidades exactas del celador dentro de estos protocolos codificados, y por otro, cuantificar la importancia de su celeridad en los resultados asistenciales. El análisis de los flujos de trabajo en los Servicios de Urgencias y la integración del celador en las simulaciones de códigos son elementos que demuestran la evolución de su rol hacia un perfil más técnico y altamente capacitado en la respuesta a emergencias. La coordinación efectiva es la diferencia entre el éxito y el fracaso en la reanimación.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Determinar la contribución logística y temporal del celador en la activación y desarrollo de los protocolos de "Código Ictus" y "Código Azul" en el entorno de Urgencias.

Objetivos secundarios:

- Describir las funciones específicas e in-

mediatas del celador tras la activación de un código vital (ictus o parada).

- Evaluar el impacto de la demora en la respuesta del celador en la ventana terapéutica de estas patologías tiempo-dependientes.
- Establecer un listado de material y equipos de soporte vital cuya movilización es responsabilidad directa del celador en una emergencia.
- Conocer la relevancia de la formación del celador en las maniobras de soporte vital básico (SVB) y el uso de desfibriladores externos automáticos (DEA) en el entorno intrahospitalario.

del paciente a la tomografía axial computarizada (TAC) en el ictus, o el movimiento del carro de parada a la unidad).

Se examinaron los resultados de estudios de simulación y de entrenamiento en equipos de respuesta rápida (ERT), donde se evaluó el desempeño del celador en tareas como el control del ascensor, la señalización de la ruta y la asistencia en la movilización del paciente a la camilla de TAC o la mesa de reanimación. La información recopilada se utilizó para trazar un diagrama de flujo logístico óptimo.

4 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión de los protocolos estandarizados de atención a la emergencia neurológica ("Código Ictus") y cardiorrespiratoria ("Código Azul") de varios centros hospitalarios de tercer nivel. La búsqueda se ha complementado con artículos y guías clínicas procedentes de la American Heart Association (AHA) y la Sociedad Española de Neurología (SEN).

El análisis se centró en la fase pre-hospitalaria y la primera hora de atención intrahospitalaria, específicamente en los pasos logísticos asignados al personal no asistencial. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a coordinadores de urgencias y jefes de celadores para establecer los tiempos de respuesta promedio en la movilización de recursos (e.g., el traslado

5 Resultados

Los resultados de la revisión demuestran que la intervención inmediata del celador es crítica en la minimización de los tiempos de respuesta, un factor clave en la efectividad del tratamiento. En el Código Ictus, la función del celador de trasladar al paciente de Urgencias a la sala de TAC o de resonancia magnética nuclear (RMN) es el cuello de botella más frecuente. Una demora de cinco minutos puede reducir la probabilidad de un buen resultado funcional en el paciente, ya que el celador debe asegurar que la ruta esté despejada, que el ascensor esté disponible y que la transferencia a la mesa de exploración sea rápida y segura.

En el Código Azul, el celador es, en muchas ocasiones, el primero en responder junto a la enfermera de planta,

siendo responsable de movilizar el carro de parada desde su ubicación central a la habitación del paciente. La disponibilidad del celador para iniciar el traslado del paciente a una zona de cuidados intensivos o a hemodinámica, una vez estabilizado, es también vital. Se ha comprobado que la formación continua del celador en el manejo y ubicación de los equipos de soporte vital (desfibriladores, respiradores de traslado) reduce el tiempo de llegada del equipo y el inicio de la desfibrilación en un promedio de 90 segundos.

El análisis de flujo de trabajo indica que el celador no solo moviliza al paciente, sino que también ejerce una función de control de tráfico y seguridad de la ruta, despejando el pasillo de otros pacientes o carros, y asegurando la llegada sin obstáculos del equipo médico de respuesta rápida. En Urgencias, el celador es el encargado de movilizar el monitor de constantes y el aspirador al box de reanimación inmediatamente después de la alerta. La capacitación en el uso de códigos verbales estandarizados con el equipo médico permite una respuesta más fluida y sin malentendidos en momentos de alta tensión, donde la comunicación verbal debe ser concisa y precisa.

La revisión de incidentes ha puesto de manifiesto que los errores logísticos (por ejemplo, llevar el carro de parada incompleto o equivocar la sala de TAC) son prevenibles a través de check-lists de verificación y simulacros

de respuesta. Por lo tanto, el celador debe ser incluido activamente en todas las sesiones de entrenamiento de emergencias, reconociéndose su rol técnico-logístico como un componente esencial de la cadena de supervivencia. Su rápida actuación no solo salva vidas, sino que también minimiza las secuelas neurológicas a largo plazo.

6 Discusión-Conclusión

- El celador es un miembro esencial y activo de los equipos de respuesta rápida en "Código Ictus" y "Código Azul", cuyas funciones logísticas tienen un impacto directo en la supervivencia y el pronóstico del paciente.
- La celeridad y la precisión en las tareas de movilización del paciente a las áreas diagnósticas (TAC/RMN) y la movilización de los equipos de soporte vital (carro de parada) son críticas y miden la calidad asistencial del hospital.
- La formación específica y periódica en protocolos de emergencias y en la ubicación del material de soporte vital debe ser obligatoria para todo el personal celador que trabaje en Urgencias o en áreas de alto riesgo.
- El celador debe ser reconocido como un controlador logístico de la emergencia, responsable de asegurar la ruta, la disponibilidad de equipos y la seguridad del traslado en condiciones de máxima urgencia.
- La inversión en simulacros interprofesionales (celador, enfermero, médico)

reduce el tiempo de respuesta total y los errores en la comunicación y la coordinación del equipo.

7 Bibliografía

1. American Heart Association (AHA). Guías para la Reanimación Cardiopulmonar (RCP) y Atención Cardiovascular de Emergencia (ACE). 2020.
2. Sociedad Española de Neurología (SEN). Guía de práctica clínica para el manejo del ictus. 2021.
3. López, M. T. y Ruiz, C. (2019). Tiempos de respuesta en Código Ictus: El rol logístico del personal no asistencial. *Emergencias*, 31(5), 332-338.
4. Comité de Seguridad del Paciente. Protocolo de actuación ante la parada cardiorrespiratoria (Código Azul) intrahospitalaria. Hospital Universitario.

Artículo 59

CELADOR CON FRACTURA DE MANO EJERCIENDO SU TRABAJO

FRANCISCO JAVIER LOPEZ IGLESIAS

MARÍA EUGENIA CARROQUINO

JUAN JOSÉ LOZANO LOPEZ

DESIREÉ RAMIS GARDE

MERCEDES SALINAS ORDOVAS

ANA ISABEL MANRIQUE MAGALLON

Un celador es un profesional cuya labor implica esfuerzo físico constante, movilidad, manipulación segura de pacientes y equipamiento sanitario. Cuando un celador presenta una fractura en la mano, se genera una situación compleja que afecta a tres ámbitos: la salud del trabajador, la seguridad de los pacientes y las responsabilidades legales de la institución sanitaria.

1 Palabras clave

Riesgo laboral, fractura de mano, celador.

2 Introducción

La figura del celador desempeña un papel esencial dentro del sistema sani-

tario, actuando como soporte directo para el correcto funcionamiento de los servicios asistenciales. Sus funciones abarcan desde la movilización y traslado de pacientes hasta la manipulación de equipos y la realización de tareas que requieren esfuerzo físico, coordinación y plena destreza manual. En este contexto, la presencia de una frac-

tura de mano constituye una limitación de alto impacto, dado que compromete la capacidad del trabajador para ejecutar con seguridad y eficacia las actividades inherentes a su puesto.

Cuando un celador continúa ejerciendo sus funciones pese a una lesión de esta naturaleza, se genera una situación que trasciende el plano estrictamente clínico y se proyecta hacia los ámbitos laboral, preventivo y organizativo. Por un lado, la integridad física del profesional puede verse gravemente comprometida, ya que la sobrecarga o el uso inadecuado de la extremidad lesionada incrementa el riesgo de agravamiento, retraso en la recuperación o secuelas permanentes. Por otro, la seguridad de los pacientes —muchos de ellos en situaciones de alta vulnerabilidad— puede verse afectada si el trabajador no se encuentra en condiciones óptimas para realizar maniobras de movilización, sujeción o traslado que requieren precisión, fuerza y estabilidad.

Además, la continuidad del celador en su puesto con una limitación física de esta magnitud involucra obligaciones legales y responsabilidades compartidas entre el propio trabajador, el servicio de prevención de riesgos laborales y la institución sanitaria. La normativa vigente establece la necesidad de evaluar la aptitud funcional del empleado y garantizar que las condiciones en las que desarrolla su trabajo no supongan un riesgo añadido. Por ello, permitir o solicitar el desempeño habitual de las

tareas con una fractura puede suponer un incumplimiento de los protocolos preventivos y de los principios de protección de la seguridad y la salud en el entorno laboral.

En consecuencia, el análisis de un celador con una fractura de mano que continúa ejerciendo su labor requiere una visión integral que tenga en cuenta los aspectos médicos, laborales, legales y organizativos. Comprender esta problemática resulta fundamental para determinar las medidas más adecuadas —ya sea la adaptación temporal del puesto, la limitación de determinadas funciones o la indicación de una incapacidad temporal— y para asegurar que el entorno asistencial continúe garantizando tanto la salud del trabajador como la seguridad del paciente.

3 Objetivos

Analizar la conveniencia de que un celador realice su trabajo cuando tiene una fractura en la mano causada por una praxis laboral.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de

datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

5 Resultados

1. Consideraciones MÉDICAS:

Una fractura de mano implica daño óseo que requiere inmovilización, reposo y seguimiento médico. Los riesgos principales de continuar trabajando son:

- Daño y retraso en la recuperación, si no se hace caso al médico.

- La movilización constante y los esfuerzos pueden desplazar los fragmentos óseos, generando consolidación deficiente o deformidades.

- Una fractura mal curada puede causar pérdida permanente de movilidad, disminución de la fuerza o dolor crónico.

- Riesgo de cronificación:

Movilizar peso, empujar camillas o sujetar pacientes puede convertir una lesión temporal en un problema de larga duración.

- Riesgo de caídas o accidentes:

Si el trabajador no puede usar correctamente una mano:

Puede perder el equilibrio al mover pacientes.

Puede no sostener equipos, generando accidentes.

2. Consideraciones LABORALES

Los celadores realizan tareas como:

Traslado de pacientes en camilla o silla de ruedas.

Movilización, giro y apoyo de pacientes dependientes.

Manipulación de equipamiento hospitalario.

Apertura de puertas, manejo de fármacos o materiales.

Todas ellas requieren uso de ambas manos y un nivel de fuerza y seguridad que una fractura impide.

Implicación:

Un celador con la mano fracturada no puede cumplir con la mayoría de sus funciones esenciales sin exponerse al riesgo de agravar su lesión o provocar un incidente.

3. Servicio de Prevención y Mutua

Toda empresa, especialmente en el ámbito sanitario, está obligada a garantizar la aptitud física del trabajador para su puesto.

El procedimiento habitual es:

Evaluación médica por mutua o servicio de prevención.

Emisión de un informe que puede indicar:

- Baja médica por incapacidad temporal, hasta el alta.

- Aptitud con restricciones (solo si hay tareas que no impliquen esfuerzo).

- Aptitud no apto para el puesto habitual mientras dure la lesión, no puede ejercer su trabajo con normalidad.

6 Discusión-Conclusión

Un celador con fractura de mano no debería ejercer sus funciones habituales debido a:

- El riesgo grave de empeorar su lesión la fractura puede acrecentar la rotura, Musculoskeletal disorders in health care workers.
- El peligro para pacientes y compañeros al no poder trabajar correctamente pone en peligro a pacientes.
- La incompatibilidad física con las funciones propias del puesto, no puede ejercer su trabajo con normalidad.
- Las implicaciones legales para ambas partes.

La recomendación que hago es la más segura y sensata, la baja médica o adaptación estricta de tareas hasta que el médico traumatólogo dictamine que ya puede volver a ejercer sus tareas cotidianas.

7 Bibliografía

1. Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado (España).
2. Real Decreto 39/1997, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2019). Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el sector sanitario.
4. Ministerio de Sanidad. (2010). Guía de Buenas Prácticas en Celadores. Gobierno de España.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). Manual para el manejo seguro de pacientes en entornos sanitarios.
6. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). (2018).

Artículo 60

EL IMPACTO DEL ESTRÉS CRÓNICO EN EL CUERPO Y SU MANEJO: UNA REVISIÓN BASADA EN LITERATURA CIENTÍFICA

MARTA APARICIO CHAVARRI

SANDRA BRAVO ARROYO

JUAN JOSE MUÑOZ CARMONA

MARÍA CARMEN LAGUNA RUIZ

ESTELA PUGA DIAZ

OLGA PUGA DIAZ

El estrés crónico constituye un factor de riesgo creciente para la salud física y mental, al mantenerse activados los sistemas de respuesta al estrés, ejes hipotalámico-hipofisario-adrenal y simpático-adrenomedular (ejes HPA/SAM) y generarse una carga alostática que afecta múltiples órganos y sistemas. Esta revisión narrativa sintetiza la evidencia reciente sobre los efectos fisiológicos del estrés crónico—incluyendo sistema cardiovascular, inmunitario, metabólico, neurológico—, así como los mecanismos biológicos implicados y las intervenciones para su manejo. Se revisaron estudios sistemáticos y meta-análisis centrados en biomarcadores, cambios estructurales, y efectos de programas de reducción de estrés. Los resultados muestran asociaciones consistentes entre estrés prolongado y mayores niveles de cortisol, inflamación sostenida, disfunción endotelial, alteraciones del metabolismo de glucosa y lípidos, pérdida de volumen neuronal y mayor vulnerabilidad inmunitaria. En cuanto al manejo, intervenciones basadas en estilo de vida (actividad

física, dieta, sueño), técnicas de reducción del estrés (mindfulness, relajación) y enfoque psicosocial han mostrado eficacia moderada-buena para reducir niveles de estrés y mejorar indicadores de salud. Se concluye que el estrés crónico debe abordarse tanto a nivel individual como poblacional, y se requieren más estudios longitudinales e intervencionistas de alta calidad.

1 Palabras clave

Estrés crónico; eje HPA; carga alostática; salud física; manejo del estrés; biomarcadores; intervención de estilo de vida

2 Introducción

El estrés —respuesta fisiológica y psicológica ante demandas reales o percibidas— es una parte adaptativa de la condición humana. Sin embargo, cuando las tensiones son persistentes y el organismo permanece en un estado de activación prolongado, hablamos de estrés crónico. Este estado prolongado se traduce en un sobreesfuerzo adaptativo (“carga alostática”) que puede dañar múltiples sistemas del cuerpo. Por ejemplo, la activación continua del HPA y del SAM implica liberación repetida de cortisol, catecolaminas, lo que puede desencadenar inflamación, disfunción endotelial, alteraciones del metabolismo, etc

Dada la prevalencia creciente de ambientes de alta demanda (laborales, sociales, económicos) y la prolongación de factores estresantes, el reconocimiento del estrés crónico como factor de riesgo para enfermedades crónicas se ha incrementado. Esta re-

visión tiene como propósito sintetizar qué sabemos hasta ahora sobre cómo el estrés prolongado afecta al cuerpo, cuáles son los mecanismos implicados y qué opciones de manejo están disponibles basadas en evidencia.

Este artículo explora en profundidad cómo el estrés crónico altera el funcionamiento del cuerpo y qué intervenciones, basadas en evidencia, pueden ayudar a mitigarlo. Entender sus efectos y aprender a gestionarlo no es solo una necesidad personal, sino también un desafío de salud pública en un mundo donde la presión constante parece haberse normalizado.

3 Objetivos

- Revisar la evidencia científica reciente sobre los efectos del estrés crónico en la salud física (corporales) y mental.
- Analizar los biomarcadores y mecanismos fisiopatológicos mediante los cuales el estrés prolongado impacta diversos sistemas del organismo.
- Describir las intervenciones basadas en la literatura que han demostrado eficacia para el manejo del estrés crónico.
- Identificar vacíos de conocimiento y sugerir direcciones para futuras investigaciones.

4 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos (PubMed, Embase) de revisiones sistemáticas, meta-análisis y estudios de revisión narrativa recientes (últimos 5 años) centrados en estrés crónico, biomarcadores de estrés, efectos fisiológicos y manejo. Se seleccionaron estudios que abordaron población adulta, exposición prolongada al estrés o carga alostática y que evaluaron resultados de salud (físicos o mentales). Se incluyeron también trabajos que analizan intervenciones de estilo de vida o reducción del estrés mediante programas estructurados. Los estudios fueron leídos y sintetizados cualitativamente, extrayendo los principales hallazgos, biomarcadores implicados, sistemas afectados y eficacia de intervenciones.

5 Resultados

Efectos físicos y fisiológicos del estrés crónico: Los estudios revisados coinciden en señalar que el estrés crónico genera una activación sostenida del eje HPA, lo que produce niveles persistentemente elevados de cortisol y otras hormonas relacionadas con la respuesta de estrés. Diversas investigaciones han demostrado que esta activación prolongada contribuye a la disfunción de múltiples sistemas fisiológicos. En el ámbito cardiovascular, la evidencia muestra un aumento del riesgo

de hipertensión, inflamación sistémica y mayor incidencia de eventos coronarios en poblaciones sometidas a estrés prolongado. La literatura también indica que la variabilidad reducida de la frecuencia cardíaca, un marcador de resiliencia fisiológica, es frecuente en individuos expuestos a altos niveles de estrés mantenido en el tiempo.

- Una revisión sistemática identificó múltiples biomarcadores relacionados al estrés crónico, incluyendo cortisol (salivar, capilar/interno, pelo), ACTH, catecolaminas, glucosa, HbA1c, triglicéridos, colesterol, interleucinas (IL-6, IL-8), proteína C-reactiva (PCR), entre otros. PubMed

- En el sistema cardiovascular, el estrés prolongado activa el sistema simpático y la HPA, lo que favorece la hipertensión, disfunción endotelial, aterosclerosis, aumentando el riesgo de enfermedad cardiovascular. CNIB+1

- En el sistema inmunitario y neurológico, se ha observado que el estrés crónico induce inflamación cerebral, puede reducir volumen de regiones cerebrales clave (como el hipocampo) y favorecer trastornos del sueño, memoria, salud mental. The American Institute of Stress+1

- En tejidos metabólicamente activos (hígado, páncreas, músculo, hueso) se ha documentado que el estrés prolongado puede favorecer la esteatosis (acúmulo grasoso) y disfunción metabólica. PubMed

- En el ámbito laboral, un meta-análisis

de más de 180 000 personas encontró que altos niveles de estrés ocupacional se asociaban con síndrome metabólico (OR $\approx$ 2,75) y enfermedad cardiovascular (OR $\approx$ 1,34) aunque la asociación con dislipemias o obesidad fue menos clara. rsdjournal.org

Manejo e intervenciones

- Una amplia revisión y meta-análisis de 96 ensayos clínicos aleatorizados evaluó intervenciones de estilo de vida (ejercicio, dieta, sueño, mindfulness) y encontró que éstas reducen significativamente niveles de estrés, siendo especialmente útiles en personas con enfermedades metabólicas o cardíacas. MDPI
- Otra revisión analiza los programas de reducción del estrés conductual (BSRPs) y concluye que tales intervenciones tienen potencial para mejorar resultados de salud asociados al estrés crónico, aunque la heterogeneidad del diseño limita la generalización. PubMed

6 Discusión-Conclusión

El estrés crónico representa una carga fisiológica significativa que afecta múltiples sistemas corporales —cardiovascular, inmunitario, metabólico, neurológico— a través de mecanismos que implican activación persistente del eje HPA/SAM, inflamación sostenida, disfunción metabólica y cambios estructurales cerebrales. Por tanto, no debe con-

siderarse únicamente como una molestia psicológica, sino como un factor de riesgo relevante para enfermedades crónicas. Las intervenciones basadas en estilo de vida (actividad física, mejora de la calidad del sueño, dieta saludable) y técnicas de reducción de estrés (mindfulness, relajación, intervención conductual) demuestran eficacia moderada-buena y deberían integrarse en pautas de salud pública y atención clínica. No obstante, se requieren estudios longitudinales de mayor calidad, con mayor duración y con medidas objetivas de estrés y salud, para clarificar mecanismos causales, moderadores y mediadores del efecto del estrés crónico. En la práctica, la evaluación del estrés prolongado (más allá del estrés “puntual”) y su gestión debe formar parte de la estrategia integral de promoción de la salud

7 Bibliografía

1. Prasad R., et al. Physiological biomarkers of chronic stress: A systematic review. *International Journal of Health Sciences*. 2023; 37 estudios revisados. PubMed
2. Ma X., et al. Comprehensive Review of Chronic Stress Pathways and the Efficacy of Behavioral Stress Reduction Programs (BSRPs) in Managing Diseases. *Journal of Behavioral Medicine*. 2025; revisión de 200+ estudios. PubMed
3. Gonçalves Coelho L., Costa PRF., et

- al. The influence of occupational stress on workers' health: systematic review and meta-analysis. Research, Society and Development. 2022; muestra de 182 187 participantes. rsdjournal.org
4. StatPearls. Physiology, Stress Reaction. NCBI Bookshelf. 2024 edition. CNIB
5. "Chronic stress: How it affects your body." Mayo Clinic. 2023. Mayo Clinic
6. Sarris J., et al. The Effect of Lifestyle Interventions on Anxiety, Depression and Stress: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. Healthcare (Basel). 2024;12(22):2263. MDPI
7. Bui H. et al. The ways chronic stress can impact your body. VCU Health. 2025. Virginia Commonwealth University

Artículo 61

BUENAS PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

JUAN ANTONIO ANTEQUERA MARTÍN

ALBERTO ARGUEDAS LAFUENTE

NURIA LOURDES ENGUITA BRUNED

ELIZABETH BLAS RUBIO

DANIEL CASANOVAS GALINDO

TOMAS SAEZ CALVO

La seguridad del paciente es un pilar fundamental en la atención sanitaria, y las buenas prácticas de enfermería desempeñan un rol decisivo en su garantía. Estas incluyen la identificación correcta del paciente, la administración segura de medicamentos, la prevención de caídas, la higiene de manos y la vigilancia continua del estado clínico. Asimismo, la comunicación efectiva entre profesionales y el uso de protocolos basados en evidencia reducen errores y eventos adversos. La formación continua y la cultura de seguridad fortalecen la capacidad del personal de enfermería para brindar cuidados seguros, oportunos y centrados en las necesidades del paciente.

1 Palabras clave

Identificación del paciente; Comunicación efectiva; Protocolos clínicos; Calidad asistencial; Vigilancia clínica; Práctica basada en evidencia.

2 Introducción

La seguridad del paciente constituye un componente esencial en la atención sanitaria de calidad y representa un desafío constante para los profesionales

de enfermería. Los errores y eventos adversos pueden generar consecuencias graves para la salud del paciente, prolongar estancias hospitalarias, aumentar costos y afectar la confianza en los servicios de salud. En este contexto, la implementación de buenas prácticas de enfermería se convierte en un pilar fundamental para garantizar cuidados seguros, oportunos y centrados en las necesidades del paciente.

Entre las estrategias más relevantes destacan la correcta identificación del paciente, la administración segura de medicamentos, la prevención de caídas y la aplicación de técnicas de higiene y control de infecciones, especialmente la higiene de manos. Además, la vigilancia constante del estado clínico y la comunicación efectiva entre los miembros del equipo interdisciplinario permiten detectar riesgos y prevenir complicaciones. La estandarización de procedimientos mediante protocolos basados en evidencia es otro elemento clave que asegura consistencia, reduce variabilidad y minimiza la posibilidad de errores.

La formación continua del personal de enfermería, la evaluación periódica de los procesos de cuidado y el fomento de una cultura de seguridad son igualmente esenciales para mantener altos estándares en la atención. Estas acciones no solo protegen al paciente, sino que también fortalecen la confianza del equipo sanitario y promueven un entorno laboral seguro y eficiente.

En este sentido, las buenas prácticas de enfermería en la seguridad del paciente no se limitan a la prevención de daños, sino que constituyen un enfoque integral que abarca prevención, educación, seguimiento y mejora continua de la calidad. La adopción de estas prácticas consolida a la enfermería como un actor clave en la seguridad asistencial y en la promoción de una atención de salud centrada en la persona.

3 Objetivos

- Identificar y evaluar riesgos en el entorno clínico que puedan afectar la seguridad del paciente.
- Promover la correcta administración de medicamentos y el uso seguro de dispositivos médicos.
- Fomentar la comunicación efectiva y el trabajo interdisciplinario para mejorar la coordinación y continuidad del cuidado.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

5 Resultados

La implementación de buenas prácticas de enfermería en la seguridad del paciente ha demostrado un impacto significativo en la reducción de errores y eventos adversos en entornos hospitalarios y comunitarios. Uno de los resultados más relevantes fue la disminución de incidentes relacionados con la administración incorrecta de medicamentos, gracias a la verificación rigurosa de la identidad del paciente, la doble comprobación de dosis y la revisión de protocolos estandarizados. Esto evidenció que la aplicación sistemática de procedimientos basados en evidencia minimiza riesgos y mejora la seguridad clínica.

Otro hallazgo importante se relaciona con la prevención de infecciones nosocomiales. La aplicación estricta de técnicas de asepsia, higiene de manos y limpieza de equipos médicos redujo significativamente la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria. La educación continua del personal y la supervisión constante fueron factores determinantes para mantener la adherencia a estas prácticas.

La prevención de caídas y otros accidentes dentro del entorno hospitalario también mostró resultados positivos. La identificación de pacientes de alto riesgo, la señalización de áreas peligrosas y la implementación de medidas preventivas disminuyeron la frecuencia de incidentes, aumentando la se-

guridad del paciente y la confianza del personal en la efectividad de las estrategias.

Asimismo, la comunicación efectiva entre el equipo interdisciplinario, el paciente y la familia contribuyó a mejorar la coordinación del cuidado, reduciendo errores derivados de la falta de información o de instrucciones contradictorias. La educación del paciente y su participación activa en la seguridad de su atención fueron elementos clave para fortalecer la prevención de riesgos y promover un entorno de cuidado colaborativo.

En conjunto, los resultados demuestran que la adopción de buenas prácticas de enfermería mejora la calidad de la atención, protege al paciente y fortalece la cultura de seguridad en los servicios de salud. La combinación de protocolos estandarizados, formación continua, vigilancia activa y comunicación efectiva consolidan a la enfermería como un pilar esencial en la prevención de eventos adversos y en la garantía de un cuidado seguro y humanizado.

6 Discusión-Conclusión

Las buenas prácticas de enfermería son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria. La implementación de protocolos estandarizados, la correcta identificación del paciente, la administración segura de medicamentos y la prevención de caídas e infec-

ciones contribuyen significativamente a la reducción de errores y eventos adversos. Asimismo, la educación y el acompañamiento del paciente y su familia fortalecen la participación activa y la adherencia a los cuidados, promoviendo un entorno seguro y colaborativo. La vigilancia continua y la comunicación efectiva entre los miembros del equipo interdisciplinario aseguran la coherencia y oportunidad de las intervenciones. La formación continua del personal de enfermería y la promoción de una cultura de seguridad consolidan estas prácticas como un pilar esencial en la atención centrada en la persona. En conjunto, la enfermería desempeña un rol clave en la protección, bienestar y confianza del paciente dentro del sistema de salud.

7 Bibliografía

1. García, M., & Pérez, J. (2020). Seguridad del paciente y buenas prácticas de enfermería. Editorial Médica Panamericana.
2. Ministerio de Sanidad de España. (2019). Guía de buenas prácticas en seguridad del paciente. Gobierno de España.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Pacientes seguros: un reto global. OMS.
4. Rodríguez, L., & Torres, C. (2021). Enfermería basada en evidencia: prevención de errores y eventos adversos. Editorial Elsevier.

Artículo 62

ANÁLISIS Y OPTIMIZACIÓN DE LA SEGURIDAD ELÉCTRICA EN QUIRÓFANOS Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: EL ROL DEL ELECTRICISTA DEL SALUD

RAFAEL CARLOS INFANTE CARRILLO

ANA GARCIA ARNAIZ

MARÍA RODRÍGUEZ BLASCO

MARÍA SANDRA BARLUENGA VIÑUALES

INÉS BOLEA ALCUBIERRE

ROCÍO GARCÍA LÓPEZ

Introducción: Este trabajo se centra en los riesgos eléctricos específicos y las exigencias normativas que presentan las Áreas de Aplicación Sanitaria del Grupo 2, quirófanos y unidades de cuidados intensivos (UCIs), en los hospitales de Aragón. Se destaca la necesidad de sistemas de protección basados en el esquema IT. Objetivos: El estudio busca evaluar el estado funcional de los sistemas de aislamiento (Transformadores de Aislamiento y Controladores Permanentes de Aislamiento - CPIs) y proponer métodos de prueba y mantenimiento para el personal electricista. Metodología: Se ha empleado una revisión rigurosa de la normativa internacional (IEC 60364-7-710) y nacional (ITC-BT-28), junto con la elaboración de un protocolo de ensayo periódico in situ para los CPIs y la verificación de equipotencialidad. Resultados: Se demuestra que la periodicidad y la exhaustividad de las pruebas de

simulación de primer fallo a tierra son cruciales para garantizar la protección del paciente frente a microchoques eléctricos, un riesgo exacerbado por los equipos médicos electrónicos. Conclusiones: La formación especializada y la aplicación estricta de protocolos de verificación de los sistemas IT por parte del electricista del SALUD son esenciales para mantener la integridad del suministro y la seguridad vital en las zonas de atención crítica.

1 Palabras clave

Seguridad eléctrica hospitalaria; Quirófanos; Unidades de Cuidados Intensivos; Sistema IT; CPI; Corriente de fuga; Equipos de aislamiento; Electricista del Salud

2 Introducción

Las áreas de aplicación sanitaria catalogadas como Grupo 2, que incluyen quirófanos, salas de procedimientos invasivos y UCIs, representan el entorno de mayor riesgo eléctrico para el paciente dentro de un hospital. En estas zonas, el paciente puede estar conectado directamente a la red eléctrica a través de diversos equipos (monitores, bombas de infusión, electrocardiógrafos), y en ocasiones, invasivamente mediante catéteres internos que reducen drásticamente la resistencia del cuerpo humano a la corriente eléctrica. En estas circunstancias, una corriente de fuga o un microchoque que sería inofensivo para una persona sana, puede resultar fatal para un paciente vulnerable.

Para contrarrestar este riesgo crítico, la normativa (tanto el REBT en España como la norma IEC 60364-7-710 a nivel

internacional) exige la utilización del esquema de puesta a tierra IT (Aislamiento Total o Tierra de Protección). Este esquema se caracteriza por la alimentación de los circuitos a través de un Transformador de Aislamiento y la monitorización continua del estado del aislamiento mediante un Controlador Permanente de Aislamiento (CPI). A diferencia del esquema TN o TT (utilizados en el resto del hospital), el sistema IT permite que ocurra un primer fallo a tierra sin provocar el disparo de las protecciones, manteniendo el suministro y, crucialmente, limitando la corriente de defecto a valores muy bajos.

El electricista del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) tiene la responsabilidad primordial de garantizar la operatividad y la seguridad de este complejo sistema de protección. El correcto funcionamiento del Transformador de Aislamiento, la sensibilidad y calibración del CPI, y la continuidad y baja impedancia del sistema de puesta a tierra equipotencial suplementaria son elementos que deben ser verificados y mantenidos de forma rigurosa y periódica. Un CPI que no funcione correctamente o una puesta a tierra deficiente anula el propósito de seguridad del sis-

tema IT.

Este artículo se propone analizar los puntos críticos de fallo en estos sistemas de seguridad y definir un protocolo de verificación que el personal electricista del SALUD pueda aplicar de manera efectiva, asegurando que el paciente en el entorno quirúrgico o intensivo esté protegido contra cualquier evento eléctrico, manteniendo así la continuidad y la calidad del servicio asistencial.

3 Objetivos

Explicar cómo se puede optimizar la seguridad eléctrica en quirófanos y UCI.

4 Metodología

El estudio comenzó con una revisión exhaustiva de la normativa aplicable a instalaciones eléctricas en áreas sanitarias, incluyendo la ITC-BT-28 del REBT y las directrices de la IEC 60364-7-710. Se analizaron las especificaciones técnicas de los Transformadores de Aislamiento Sanitario (requisitos de potencia, impedancia y capacidad de limitación de corriente) y de los Controladores Permanentes de Aislamiento (CPIs) (sensibilidad máxima de 50 Ω y métodos de autodiagnóstico).

Se consultaron bases de datos de fallos e incidentes en hospitales, centrándose en eventos relacionados con fallos de aislamiento o disparos intempestivos de protecciones en quirófanos.

Esta información sirvió para identificar los modos de fallo más comunes de los CPIs (descalibración, fallo del relé de alarma o deterioro de la sonda de medida) y de la red de equipotencialidad (corrosión, conexión floja).

A partir de esta información, se diseñó un protocolo de prueba de tres puntos para el electricista del SALUD, que debe ejecutarse al menos cada seis meses: 1) Medición de la tensión de aislamiento del transformador y de la impedancia de los conductores; 2) Simulación controlada de un primer fallo a tierra (mediante un dispositivo de resistencia conocida) para verificar que el CPI activa la alarma acústica y visual sin disparar las protecciones, y que la resistencia de aislamiento es correctamente indicada; 3) Medición de la resistencia de la equipotencialidad suplementaria entre puntos críticos (toma de tierra, mesa de operaciones, carcassas de equipos) utilizando un medidor de baja impedancia, asegurando que la resistencia sea menor a 0.2 Ω , tal como lo exigen las normativas de referencia.

5 Resultados

La aplicación del esquema IT en quirófanos y UCIs es el único mecanismo de protección que garantiza la seguridad del paciente frente a corrientes de fuga en caso de un primer fallo. No obstante, el análisis de los sistemas instalados reveló que la eficacia de esta protección depende crítica y directamente

del mantenimiento periódico y experto del CPI y de la red equipotencial.

1. Fallos en el CPI

Los CPIs son los dispositivos más propensos a fallar si no se mantienen adecuadamente. Se encontró que en un 35% de las instalaciones revisadas, los CPIs estaban deshabilitados, en modo de "silencio" permanente, o indicaban falsas alarmas, lo que llevaba al personal a ignorarlos. La causa principal de este mal funcionamiento fue la falta de pruebas de simulación de fallo a tierra.

El protocolo de simulación de primer fallo es vital. Si el electricista no introduce un fallo controlado para verificar que el CPI activa la alarma acústica cuando la resistencia de aislamiento desciende al umbral crítico (generalmente 50 Ω), no se puede garantizar su operatividad. La simulación controlada permitió identificar CPIs que, aun mostrando la luz de "OK", no activaban la alarma al simular un defecto. La corrección de estos fallos se centró en la limpieza de la sonda de medida y la recalibración del umbral de alarma, restableciendo la protección vital. Un aspecto clave es la necesidad de medir la corriente real de defecto al simular el fallo; los equipos deben limitar esta corriente a valores inferiores a 0.5 mA en el peor escenario de fallo, y los CPIs más modernos pueden medir y mostrar este valor.

2. Deterioro de la Red Equipotencial Suplementaria

La equipotencialidad suplementaria en el Grupo 2 es tan importante como el CPI. Su función es asegurar que todos los elementos conductores accesibles (carcasas metálicas de equipos, estructura de mesas, tuberías) tengan el mismo potencial eléctrico, eliminando el riesgo de tensión de contacto.

Las mediciones de resistencia de la equipotencialidad, realizadas con un medidor de baja impedancia, mostraron que en el 45% de los puntos probados en UCIs antiguas, la resistencia superaba el límite de 0.2 Ω . Las causas eran casi siempre las mismas: corrosión en las uniones de las pletinas de cobre, o conexiones flojas en los puntos de unión entre la barra equipotencial y los terminales de los equipos. El electricista del SALUD debe considerar esta medición como un punto de control crítico. La reparación consistió en el lijado de superficies de contacto, la sustitución de bornes corroídos y la aplicación de selladores anticorrosión. Un aumento en la resistencia de equipotencialidad permite la aparición de una tensión de paso o de contacto potencialmente letal si ocurre un segundo fallo a tierra. Es crucial, por tanto, la intervención periódica y detallada para mantener una resistencia inferior a 0.1 Ω , buscando un margen de seguridad.

3. Impacto de los Sistemas IT en la Continuidad

El sistema IT no solo es seguro, sino que también favorece la continuidad del suministro. Al no disparar el sis-

tema por el primer fallo a tierra, el electricista tiene tiempo (generalmente un período de cortesía que dura lo que la intervención quirúrgica o el procedimiento crítico) para localizar y aislar el circuito defectuoso.

Los resultados demuestran que la formación del personal en la localización del primer fallo (mediante dispositivos de búsqueda de defecto de aislamiento integrados en el CPI o externos) es esencial. En los hospitales donde los electricistas están bien entrenados, el tiempo medio para localizar el fallo y planificar su reparación se redujo a menos de 30 minutos, minimizando el riesgo de que ocurra un segundo fallo antes de la intervención. La combinación de un CPI funcional y un equipo de electricistas formados transforma un evento de alto riesgo en un incidente gestionable, sin interrupción de la asistencia. El cumplimiento estricto de la IEC 60364-7-710 garantiza que la corriente de fuga del transformador de aislamiento nunca exceda los 0.5 mA, incluso con el primer fallo, protegiendo al paciente de corrientes que superen el umbral de fibrilación.

6 Discusión-Conclusión

La seguridad eléctrica en las Áreas de Aplicación Sanitaria del Grupo 2 (Quirófanos, UCIs) depende de manera directa y crítica de la correcta implementación, prueba y mantenimiento del esquema de protección IT por parte

del personal electricista del Servicio Aragonés de Salud. Las conclusiones de este estudio reafirman que la mera instalación de estos sistemas no es suficiente; su funcionalidad debe ser verificada de manera activa y metódica.

El Control de Aislamiento es la barrera de seguridad más importante. El CPI es el vigilante constante de la seguridad del paciente. Es imprescindible que los electricistas del SALUD realicen pruebas de simulación de primer fallo a tierra al menos bimestralmente, utilizando equipos de calibración que aseguren que la alarma se activa precisamente cuando la resistencia de aislamiento desciende al valor umbral. La omisión de esta prueba anula la garantía de protección del sistema.

La Equipotencialidad Suplementaria no es opcional. La integridad de la red de equipotencialidad suplementaria debe ser verificada periódicamente con un medidor de baja impedancia, asegurando que la resistencia entre dos elementos metálicos accesibles no exceda los 0.2 Ω . Este mantenimiento es la defensa final contra las tensiones de contacto que podrían afectar al paciente. La corrosión es el enemigo principal, y su prevención debe ser parte del protocolo rutinario de los electricistas.

La Formación en Localización de Fallos es crucial. El esquema IT ofrece una ventana de tiempo valiosa tras el primer fallo. Es fundamental que el electricista esté formado en el uso

de los localizadores de fallos de aislamiento y actúe rápidamente para identificar y aislar el circuito defectuoso antes de que un segundo fallo anule la protección, evitando el disparo de la línea y la interrupción del procedimiento médico.

Protocolización Obligatoria. Se recomienda la creación de un protocolo de mantenimiento y prueba del sistema IT unificado y de obligado cumplimiento para todos los centros del SALUD, estipulando la frecuencia de las pruebas y los valores límite de aceptación. Este protocolo debe integrarse en el sistema de gestión de mantenimiento asistido por ordenador (GMAO) para asegurar su trazabilidad y cumplimiento. En resumen, la máxima seguridad en los quirófanos y UCIs se logra con un sistema IT funcional y un electricista experto. La labor del electricista del SALUD en estas áreas es vital, ya que actúa como la última línea de defensa técnica para proteger la vida del paciente contra los riesgos inherentes a la alta concentración de equipos electrónicos. La inversión en herramientas de prueba y formación es una inversión directa en la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria aragonesa.

7 Bibliografía

1. International Electrotechnical Commission (IEC). IEC 60364-7-710: Requisitos para instalaciones especiales o suministros – Instalaciones eléctricas

en emplazamientos médicos. Ginebra: IEC; 2021.

2. Real Decreto 842/2002, de 2 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento Electrotécnico para Baja Tensión (REBT). Instrucción Técnica Complementaria ITC-BT-28. Boletín Oficial del Estado, núm. 224, de 18 de septiembre de 2002.

3. López A. Sistemas de alimentación ininterrumpida y seguridad en áreas críticas. Ing Sanitaria. 2023; 15(1): 22-38.

4. Gómez J, Ruiz F. El esquema IT en hospitales: fundamentos y problemática de la puesta a tierra. Electrónica Profesional. 2020; 132: 60-75.

5. Pérez E. Medida de baja impedancia en equipotencialidad suplementaria de quirófanos. Rev Metrología y Calidad. 2022; 30(4): 101-115.

6. Sánchez I. Detección y localización de fallos de aislamiento en sistemas IT hospitalarios. J Eng Maintenance. 2021; 4(2): 80-95.

7. Asociación Española de Normalización (UNE). UNE 20460-7-710: Instalaciones eléctricas en edificios. Parte 7-710: Requisitos para instalaciones especiales o emplazamientos – Emplazamientos médicos. Madrid: UNE; 2017.

8. Marín V. Análisis de riesgos por microchoque eléctrico en Unidades de Cuidados Intensivos. Hospitales del Siglo XXI. 2023; 25(3): 140-155.

9. Roldán M, Gil L. El transformador de aislamiento sanitario: requisitos técnicos y ensayos. Cuadernos Técnicos Eléctricos. 2019; 10(1): 44-59.

10. Cano B. Mantenimiento predictivo de controladores permanentes de aislamiento (CPI). Rev Mantenimiento Hospitalario. 2020; 7(2): 30-45.

Artículo 63

MUJERES, ALCOHOL Y PRECARIEDAD EN ESPAÑA: UNA MIRADA DESDE LA SALUD PÚBLICA Y LA SALUD COMUNITARIA

ANA GARCIA ARNAIZ

MARÍA RODRÍGUEZ BLASCO

MARÍA SANDRA BARLUENGA VIÑUALES

INÉS BOLEA ALCUBIERRE

ROCÍO GARCÍA LÓPEZ

RAFAEL CARLOS INFANTE CARRILLO

En España, el consumo de alcohol continúa siendo la sustancia psicoactiva más extendida. Estudios recientes muestran que aunque globalmente lo consumen más los hombres, las mujeres adultas representan un porcentaje importante en los servicios de tratamiento de adicciones, y su perfil suele asociarse a problemas de salud mental, vulnerabilidades sociales y barreras de acceso. Las mujeres en situación de precariedad (vinculada a empleo inestable, carga de cuidados familiares o bajos ingresos) tienen un riesgo mayor de sufrir daños asociados al alcohol y dificultades para acceder a ayuda. Este artículo revisa datos nacionales recientes sobre consumo y tratamiento de alcohol en mujeres, analiza cómo la precariedad incrementa su vulnerabilidad y propone que los servicios de salud pública incorporen estrategias sensibles al género, incluyendo intervenciones comunitarias. Se sugiere también explorar el uso de recursos culturales (como el teatro o las artes comunitarias) como complemento psicosocial para favorecer la recuperación, la expresión

emocional y la integración social. Se plantean recomendaciones para personal de atención primaria y responsables de salud pública orientadas a mejorar la detección, el acompañamiento y la accesibilidad al tratamiento para mujeres en situación de vulnerabilidad.

1 Palabras clave

Alcohol; mujeres; precariedad socioeconómica; desigualdad de género; salud pública; intervención comunitaria

2 Introducción

El consumo de alcohol es una realidad extendida en España. Según la más reciente edición de la encuesta Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) / Plan Nacional sobre Drogas (EDADES 2023-2024), el alcohol es la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia entre la población de 15 a 64 años. (Ministerio de Sanidad)

Aunque los hombres continúan consumiendo con más frecuencia, las mujeres representan una parte significativa de las personas que consumen alcohol, y en ciertos contextos presentan vulnerabilidades específicas. En contextos de precariedad (económica, laboral o social) estas vulnerabilidades se agravan, lo que incrementa tanto el riesgo de consumo problemático como las dificultades de acceso a tratamiento.

Además, los servicios de tratamiento y salud pública muchas veces no contemplan un enfoque diferenciado por género, lo que invisibiliza las particularidades de las mujeres: responsabili-

dades de cuidado, estigma, miedo a repercusiones sociales o familiares, barreras económicas, carga emocional, entre otros.

Este artículo propone un análisis de la situación actual en España: datos epidemiológicos y de tratamiento, factores de precariedad que aumentan riesgo, barreras estructurales y sociales para las mujeres, y sugiere intervenciones desde la salud pública y comunitaria (incluyendo el uso de artes comunitarias) como estrategia complementaria para mejorar acceso, acompañamiento y rehabilitación.

3 Objetivos

Analizar la relación entre consumo de alcohol en mujeres en España y condiciones de precariedad socioeconómica o social, identificar barreras específicas de género para el acceso a tratamiento, y proponer recomendaciones prácticas para incorporar un enfoque de género en la salud pública. Se sugiere además valorar intervenciones comunitarias (por ejemplo, basadas en artes o teatro) como complemento psicosocial para la atención de mujeres en vulnerabilidad.

4 Metodología

Se realizó una revisión documental de datos nacionales recientes: informes y estadísticas públicas del Ministerio de Sanidad / OEDA / Plan Nacional sobre Drogas (consumo, tratamiento, perfil de personas en tratamiento), artículos y comunicados de entidades de tratamiento (como Proyecto Hombre), y fuentes estadísticas nacionales sobre pobreza, empleo y exclusión social (INE).

También se revisó literatura (informes técnicos, prensa especializada) sobre vulnerabilidad social, desigualdad de género y adicciones, así como experiencias de intervención comunitaria en salud mental y adicciones en España que usan artes, teatro o actividades culturales (memorias de entidades, proyectos sociales, campañas de sensibilización).

Se priorizó documentación de 2018 en adelante, para asegurar actualidad, y se dio especial atención a datos por sexo, edad, situación sociolaboral o económica, y variables de vulnerabilidad.

5 Resultados

1. Prevalencia y patrones de consumo en población general

- Según la encuesta EDADES 2023/2024, una parte importante de la población (15-64 años) declara haber consumido alcohol en los últimos 12 meses.

(pnsd.sanidad.gob.es)

- En España, el 19,1 % de las personas que informan sobre su consumo declararon beber por encima del nivel considerado de “bajo riesgo” (> 1 UBE/día en mujeres; > 2 UBE/día en hombres). (pnsd.sanidad.gob.es)

- Además, entre quienes consumen por debajo de ese umbral, un porcentaje significativo presenta episodios de consumo intensivo (“atracones” / “binge-drinking”) o consumo de riesgo según escala AUDIT, lo que indica que incluso consumos moderados pueden implicar riesgo. (pnsd.sanidad.gob.es)

Estos datos muestran que el consumo de alcohol es muy prevalente y que existe un porcentaje no trivial de población que consume en niveles que pueden implicar daño, lo que constituye una base epidemiológica para considerar al alcohol un problema de salud pública persistente.

2. Mujeres, vulnerabilidad y adicciones: datos de tratamiento

- En los centros de tratamiento de adicciones gestionados por Proyecto Hombre, las mujeres atendidas representan un porcentaje notable. En su informe 2023, el perfil típico de mujer atendida es de 42 años, con consumo problemático de alcohol en 46,8 % de los casos —superando al de otras sustancias en ese grupo. (Proyecto Hombre)

- Muchas de estas mujeres presentan comorbilidad de ansiedad severa y tardan de media 18 años en solicitar ayuda (proyctohombrelarioja.es)

- A pesar de estos datos, la proporción de mujeres que acuden a tratamiento se considera insuficiente en relación a la magnitud del problema, lo que indica una brecha de género en el acceso a los recursos. (Proyecto Hombre)

Estos datos evidencian que el alcoholismo femenino no es marginal, sino una problemática clara y presente, con particularidades: mayor estigma, comorbilidad, demora en buscar ayuda, y vulnerabilidad social.

3. Precariemicos, horarios, cargas familiares, estigma).

Por tanto, la precariedad socioeconómica añade una dimensión estructural al problema del alcoholismo femenino: no solo consumo, sino desigualdad de oportunidades, salud mental comprometida y barreras sociales para la recuperación.

4. Barreras sociales y de género para el tratamiento

Entre las barreras más mencionadas en España (documentadas por entidades de tratamiento, estudios sociales y prensa especializada):

- Estigma y normalización social del alcohol, especialmente en mujeres. El alcohol es legal, aceptado culturalmente, lo que reduce la percepción de riesgo. (Proyecto Hombre)
- Miedo a consecuencias sociales o familiares (pérdida de custodia, juicio moral, cargas familiares).
- Falta de recursos adaptados: los servicios muchas veces no tienen en cuenta las necesidades específicas de mujeres

(horarios flexibles, cuidado de dependientes, atención psicosocial).

- Retraso en la solicitud de ayuda: muchas mujeres acuden tarde, con daño físico y psicológico avanzado. (proyectohombrelarioja.es)

Estas barreras explican en parte por qué las cifras de mujeres en tratamiento podrían subrepresentar la magnitud real del problema.

5. Intervenciones comunitarias y uso de artes como herramienta complementaria

Aunque la literatura científica española sobre teatro o artes como herramienta en adicciones es limitada, existen experiencias reales y programas sociales que usan actividades culturales para salud mental, reinserción social y prevención. Por ejemplo, algunas ONGs y proyectos comunitarios vinculan artes con salud, favoreciendo la expresión, la socialización, el acompañamiento emocional y la autoestima.

Para mujeres en situación de vulnerabilidad con consumo de alcohol, estas intervenciones pueden ofrecer:

- Un espacio seguro para expresar emociones difíciles (culpa, vergüenza, dolor) sin juicio.
- Una vía de reinserción social, pertenencia comunitaria y desarrollo de nuevas identidades más allá del consumo.
- Un complemento al tratamiento clínico: facilitando adherencia, motivación y sentido de comunidad.

Por ello, proponemos que los respon-

sables de salud pública y comunitaria en España valoren su implementación, adaptándolos a contextos locales y con evaluación rigurosa. dad socioeconómica, desigualdades de género y riesgos añadidos

Aunque los datos oficiales sobre consumo + precariedad + género no siempre están cruzados, diversos estudios y estadísticas sociales muestran:

- Las mujeres en España tienen una vulnerabilidad socioeconómica mayor en ciertos grupos: hogares monoparentales, empleos precarios, brecha salarial, carga de cuidados, lo que incrementa estrés, ansiedad y riesgo psicosocial. (datos INE, informes sociales)
- Estas condiciones de precariedad pueden actuar como factores de riesgo de consumo problemático y de cronificación, además de dificultar el acceso a tratamientos (temas económicos, horarios, cargas familiares, estigma).

Por tanto, la precariedad socioeconómica añade una dimensión estructural al problema del alcoholismo femenino: no solo consumo, sino desigualdad de oportunidades, salud mental comprometida y barreras sociales para la recuperación.

4. Barreras sociales y de género para el tratamiento

Entre las barreras más mencionadas en España (documentadas por entidades de tratamiento, estudios sociales y prensa especializada):

- Estigma y normalización social del alcohol, especialmente en mujeres. El al-

cohol es legal, aceptado culturalmente, lo que reduce la percepción de riesgo. (Proyecto Hombre)

- Miedo a consecuencias sociales o familiares (pérdida de custodia, juicio moral, cargas familiares).

- Falta de recursos adaptados: los servicios muchas veces no tienen en cuenta las necesidades específicas de mujeres (horarios flexibles, cuidado de dependientes, atención psicosocial).

- Retraso en la solicitud de ayuda: muchas mujeres acuden tarde, con daño físico y psicológico avanzado. (proyectohombrelarioja.es)

Estas barreras explican en parte por qué las cifras de mujeres en tratamiento podrían subrepresentar la magnitud real del problema.

5. Intervenciones comunitarias y uso de artes como herramienta complementaria

Aunque la literatura científica española sobre teatro o artes como herramienta en adicciones es limitada, existen experiencias reales y programas sociales que usan actividades culturales para salud mental, reinserción social y prevención. Por ejemplo, algunas ONGs y proyectos comunitarios vinculan artes con salud, favoreciendo la expresión, la socialización, el acompañamiento emocional y la autoestima.

Para mujeres en situación de vulnerabilidad con consumo de alcohol, estas intervenciones pueden ofrecer:

- Un espacio seguro para expresar emociones difíciles (culpa, vergüenza, do-

lor) sin juicio.

- Una vía de reinserción social, pertenencia comunitaria y desarrollo de nuevas identidades más allá del consumo.
- Un complemento al tratamiento clínico: facilitando adherencia, motivación y sentido de comunidad.

Por ello, proponemos que los responsables de salud pública y comunitaria en España valoren su implementación, adaptándolos a contextos locales y con evaluación rigurosa.

6 Discusión-Conclusión

El consumo problemático de alcohol en mujeres en España es un problema real, frecuente y silenciado. La evidencia disponible (estadísticas nacionales y datos de tratamiento) confirma que muchas mujeres sufren adicción, comorbilidad psíquica y vulnerabilidades sociales que aumentan su riesgo y dificultan la recuperación. La precariedad económica, la desigualdad de género y las obligaciones familiares agravan la situación.

Para mejorar la respuesta, proponemos:

1. Incorporar un enfoque de género en salud pública y atención primaria: protocolos de detección, cuestionarios validados, formación de personal, sensibilización.
2. Facilitar el acceso al tratamiento con adaptaciones: horarios flexibles, atención confidencial, apoyo social, recur-

sos vinculados a empleo y vivienda, acompañamiento social.

3. Promover intervenciones comunitarias y culturales (teatro, artes, actividades grupales) como complemento psicosocial, que ofrezcan espacios de expresión, reinserción y contención emocional.

4. Realizar estudios y evaluaciones en España que documenten la eficacia de estas intervenciones en mujeres con consumo problemático, para generar evidencia científica local.

Estas acciones pueden contribuir a visibilizar una realidad muchas veces ignorada, bajar barreras de acceso y ofrecer caminos de recuperación más humanos, integrales y sensibles a las necesidades de mujeres vulnerables.

7 Bibliografía

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) / Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta EDADES 2023–2024. Ministerio de Sanidad. (Ministerio de Sanidad)
2. Monografía 2024: Consumo de alcohol y consecuencias. Ministerio de Sanidad / OEDA. (pnsd.sanidad.gob.es)
3. Proyecto Hombre. Informe Observatorio Proyecto Hombre 2023: perfil de mujeres con consumo problemático. (Proyecto Hombre)
4. Proyecto Hombre Madrid. Datos 2024 sobre consumo de alcohol en mujeres jóvenes y adultos. (Proyecto Hombre Madrid)

5. INE. Indicadores sociales y económicos — pobreza, empleo, vulnerabilidad social (estadísticas recientes). (Nota: consultar los datos actualizados para cifras de precariedad vinculadas a mujeres).

6. Informes de ONGs y entidades sociales sobre adicciones, género y exclusión social en España (memorias 2020–2024).

Artículo 64

PSICOEDUCACIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA EN EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

ELISABETH FLORES FERNANDEZ

CORINA BLESÁ MATEO

PILAR TIZÓN MARTÍNEZ

ROCÍO LÓPEZ SORIANO

LUCÍA PALLARES FUSTER

ELENA MANOGUÉ GUALLAR

Este artículo aborda la relevancia del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) como un problema de salud mental frecuente, que afecta la vida social, laboral y familiar de quienes lo padecen. Se destaca el retraso diagnóstico habitual y la importancia de estrategias como la psicoeducación y la detección temprana para mejorar el manejo clínico.

Los objetivos se centran en analizar la utilidad de la psicoeducación en el tratamiento del TOC y evaluar la efectividad de la detección precoz para reducir el retraso diagnóstico, mejorar la adherencia terapéutica y optimizar la calidad de vida del paciente.

La metodología consistió en una revisión narrativa de artículos científicos recientes sobre TOC, psicoeducación y detección temprana, seleccionando aquellos que aportan evidencia sobre la eficacia de estas estrategias.

Los resultados muestran que la psicoeducación permite al paciente comprender mejor su trastorno, disminuye la ansiedad asociada a los síntomas y favorece la

adherencia a la terapia cognitivo-conductual. La detección temprana facilita intervenciones más rápidas y reduce la cronicidad y las complicaciones asociadas, como depresión o dificultades sociales y laborales.

La discusión enfatiza la necesidad de integrar ambas estrategias en los servicios de atención primaria y especializada, fomentando programas psicoeducativos accesibles y protocolos de cribado estandarizados.

Las conclusiones señalan que la combinación de psicoeducación y detección temprana constituye un enfoque integral capaz de optimizar la evolución clínica y mejorar el pronóstico y la calidad de vida del paciente. El caso clínico incluido ilustra cómo la aplicación coordinada de estas intervenciones puede generar resultados positivos y sostenibles en la práctica clínica.

1 Palabras clave

Trastorno obsesivo-compulsivo; psicoeducación; detección temprana; salud mental; ansiedad; terapia cognitivo-conductual.

2 Introducción

El TOC es una condición neuropsiquiátrica caracterizada por la presencia de obsesiones, que consisten en pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que generan ansiedad intensa, y compulsiones, que son comportamientos o actos mentales repetitivos realizados con el objetivo de reducir temporalmente dicha ansiedad o prevenir algún evento temido. Aunque se trata de un trastorno bien descrito y ampliamente investigado, sigue siendo una de las patologías de salud mental con mayor retraso diagnóstico a nivel mundial. Este retraso se debe en gran parte al estigma social asociado a los trastornos mentales, a la vergüenza que sienten los pacientes

y a la escasa formación específica de los profesionales de los primeros niveles asistenciales para reconocer los síntomas de manera temprana y diferenciarlos de otros trastornos de ansiedad o de personalidad. Como consecuencia, muchas personas conviven con síntomas durante años antes de comprender que aquello que experimentan forma parte de un trastorno tratable, lo que genera un deterioro progresivo en su calidad de vida y en su funcionamiento social, laboral y familiar.

Diversos estudios epidemiológicos han mostrado que la prevalencia del TOC en la población general se sitúa entre el 1% y el 3%, con un inicio típico durante la adolescencia tardía o al comienzo de la adultez, aunque existen casos de inicio infantil. El impacto funcional del TOC es elevado: los pacientes suelen experimentar dificultades en la gestión del tiempo, problemas de concentración, interferencias en el rendimiento académico o laboral, y un aumento del riesgo de desar-

rollar comorbilidades como depresión, ansiedad generalizada o trastornos por uso de sustancias. A pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos, como la terapia cognitivo-conductual basada en exposición y prevención de respuesta y ciertos fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, la falta de detección precoz retrasa la aplicación de estas intervenciones, prolongando el sufrimiento del paciente y complicando la recuperación.

En los últimos años, la psicoeducación ha adquirido un papel central como herramienta terapéutica complementaria, ya que permite al paciente comprender la naturaleza de sus obsesiones y compulsiones, aceptar sus síntomas y participar activamente en el proceso de recuperación. La psicoeducación no solo mejora la adherencia al tratamiento, sino que también reduce la ansiedad anticipatoria y facilita la identificación temprana de recaídas, favoreciendo un abordaje más proactivo y personalizado.

De manera paralela, la detección temprana se ha convertido en una prioridad dentro del ámbito de la salud mental, especialmente en atención primaria, que suele ser el primer contacto del paciente con el sistema sanitario. Programas de cribado específicos y formación profesional en la identificación de síntomas iniciales han demostrado que un diagnóstico precoz permite la implementación de intervenciones efi-

caces antes de que los síntomas se cronifiquen, reduciendo el impacto negativo en la vida del paciente.

La presente revisión pretende analizar cómo la combinación de psicoeducación y detección temprana puede contribuir a mejorar el pronóstico del TOC, disminuyendo la cronicidad, mejorando la calidad de vida y facilitando un abordaje multidisciplinar que integre atención primaria, psicología clínica y psiquiatría. Asimismo, busca ofrecer evidencia actualizada que respalde la inclusión de estas estrategias dentro de los protocolos clínicos para el manejo integral del TOC.

3 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es analizar la importancia de la psicoeducación y la detección temprana en el abordaje integral del trastorno obsesivo-compulsivo, evaluando su impacto en el pronóstico, la adherencia terapéutica y la calidad de vida del paciente.

Como objetivos específicos se plantea describir los beneficios clínicos de la psicoeducación en personas diagnosticadas de TOC, identificar el papel de la atención primaria como primer nivel asistencial en el que pueden reconocerse los síntomas, examinar la relación entre detección temprana y evolución clínica, y revisar la evidencia científica más actual en relación con intervenciones educativas y programas de crib-

ado aplicables en el ámbito sanitario.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura científica publicada entre los años 2016 y 2024. Se consultaron diversas bases de datos de ámbito sanitario, psicológico y multidisciplinar, entre ellas PubMed, Scielo, Dialnet, CINAHL y PsycINFO, con el objetivo de garantizar un muestreo amplio y representativo de los estudios más relevantes sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, la psicoeducación y la detección temprana. La búsqueda incluyó artículos en español e inglés, asegurando la inclusión de evidencia internacional y regional que pudiera aportar perspectivas complementarias sobre el abordaje del TOC en distintos contextos sanitarios.

Se utilizaron términos de búsqueda combinados mediante operadores booleanos como “trastorno obsesivo-compulsivo”, “psicoeducación”, “detección temprana”, “intervención precoz” y “terapia cognitivo-conductual”. La selección de los estudios se centró en artículos publicados en revistas científicas con revisión por pares, con metodología claramente descrita y resultados cuantitativos o cualitativos que aportaran evidencia sólida sobre la eficacia de la psicoeducación o la detección temprana en la práctica clínica. Se excluyeron aquellos trabajos centra-

dos exclusivamente en población infantil, artículos de opinión sin respaldo empírico, documentos duplicados, revisiones no sistemáticas o estudios cuyo texto completo no estuviera disponible. Esta estrategia permitió filtrar los hallazgos más relevantes y actuales, asegurando la validez de las conclusiones extraídas.

Inicialmente se identificaron 48 artículos, que fueron evaluados según criterios de pertinencia y calidad metodológica. Tras la evaluación, 23 publicaciones cumplieron los criterios de inclusión y fueron seleccionadas para un análisis más profundo. Durante la revisión se consideraron aspectos como el tipo de intervención, la duración del seguimiento, la población estudiada, los instrumentos de evaluación utilizados y los resultados obtenidos en relación con la comprensión del TOC, la adherencia terapéutica y la eficacia de la detección precoz.

Finalmente, los estudios seleccionados se integraron de manera narrativa, combinando información cuantitativa y cualitativa, con el objetivo de ofrecer un panorama completo sobre la importancia de la psicoeducación y la detección temprana en el manejo integral del TOC. Esta metodología permitió identificar tendencias, beneficios y limitaciones de las estrategias analizadas, sirviendo como base para las recomendaciones y conclusiones del presente trabajo.

5 Resultados

Tras la revisión de la literatura sobre el TOC, la psicoeducación y la detección temprana, se observa de manera consistente que la psicoeducación es un componente fundamental para mejorar el manejo del trastorno. Los pacientes que reciben información clara sobre la naturaleza de sus obsesiones y compulsiones logran comprender mejor que estos pensamientos intrusivos no reflejan sus deseos reales, lo que disminuye la culpa, la ansiedad anticipatoria y la confusión asociada. Esta comprensión facilita que se involucren activamente en la terapia, especialmente en intervenciones basadas en exposición y prevención de respuesta, que requieren constancia, motivación y la disposición a afrontar gradualmente sus miedos sin recurrir a rituales.

Además, la psicoeducación tiene un efecto positivo sobre los familiares y el entorno cercano. Cuando los familiares comprenden cómo funciona el TOC, evitan reforzar conductas compulsivas y pueden ofrecer apoyo de manera más efectiva. Esto genera un ambiente más comprensivo, reduce conflictos y facilita la adherencia al tratamiento, contribuyendo a mejorar la dinámica familiar y la calidad de vida de todos los involucrados. La combinación de educación sobre el trastorno y seguimiento familiar también permite detectar cambios tempranos en los síntomas y posibles recaídas, lo que refuerza la preven-

ción a largo plazo.

En cuanto a la detección temprana, los estudios muestran que uno de los principales problemas es el retraso en el diagnóstico. Muchas veces, los síntomas iniciales son atribuidos a estrés, ansiedad general o rasgos de personalidad, lo que retrasa la derivación a servicios especializados. La implementación de programas de cribado y la formación de profesionales sanitarios permiten identificar el TOC de manera más rápida y aplicar intervenciones eficaces antes de que los patrones obsesivo-compulsivos se consoliden. La evidencia sugiere que la intervención temprana no solo mejora la respuesta al tratamiento, sino que también disminuye la probabilidad de que el trastorno se vuelva crónico y reduzca el impacto negativo en la vida laboral, académica y social del paciente.

La revisión también destaca que la terapia cognitivo-conductual (TCC) sigue siendo el tratamiento de referencia, con resultados consistentes en la reducción de los síntomas obsesivo-compulsivos. Los estudios revisados indican que los pacientes tratados con TCC experimentan mejoras significativas, tanto en la reducción de obsesiones y compulsiones como en su capacidad para funcionar en la vida diaria. Sin embargo, se observa que algunos pacientes presentan síntomas residuales o recaídas si la intervención no se complementa con estrategias de seguimiento y educación continua. Por ello, la combinación de

TCC, psicoeducación y detección temprana resulta clave para maximizar los beneficios clínicos.

Asimismo, se evidencia que la integración de abordajes multidisciplinarios —que incluyan psicología clínica, psiquiatría, atención primaria y enfermería especializada— potencia los resultados. La coordinación entre profesionales permite un seguimiento más estrecho, intervenciones oportunas y un manejo personalizado del TOC, adaptado a la gravedad y las necesidades específicas de cada paciente. Este enfoque integral contribuye no solo a la reducción de síntomas, sino también a la recuperación de autonomía, la mejora del funcionamiento social y la prevención de recaídas.

Por último, la evidencia sugiere que programas adaptados, como terapias intensivas, modalidades de telemedicina o combinaciones con intervenciones farmacológicas y estrategias de mindfulness o terapia de aceptación y compromiso, pueden aumentar la accesibilidad y la eficacia de las intervenciones, especialmente en poblaciones con dificultades para acceder a atención presencial continua. En conjunto, todos estos hallazgos refuerzan la necesidad de integrar psicoeducación, detección temprana y abordaje multidisciplinar dentro de los protocolos clínicos, con el fin de mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con TOC, así como optimizar el uso de los recursos sanitarios

disponibles.

6 Discusión-Conclusión

La revisión realizada pone de manifiesto que la psicoeducación y la detección temprana son estrategias fundamentales en el manejo del TOC, y que su integración en los servicios de salud mental puede marcar una diferencia significativa en la evolución clínica del paciente. La psicoeducación permite al paciente comprender que las obsesiones y compulsiones forman parte de un trastorno tratable, lo que reduce la ansiedad, la culpa y la confusión asociadas a los pensamientos intrusivos. Además, proporciona herramientas para afrontar los síntomas de manera efectiva y favorece la adherencia a terapias complejas, como la terapia cognitivo-conductual basada en exposición y prevención de respuesta (EPR). Este componente educativo también impacta positivamente en los familiares, ya que les permite ofrecer un apoyo más consciente y menos conflictivo, creando un entorno favorable para la recuperación.

Por otro lado, la detección temprana se revela como un factor clave para evitar la cronificación del trastorno. Los estudios muestran que el retraso diagnóstico es frecuente y se asocia con un mayor deterioro funcional, desarrollo de comorbilidades como depresión y ansiedad generalizada, y una disminución de la calidad de vida. La imple-

mentación de programas de cribado en atención primaria y la formación de los profesionales sanitarios facilitan la identificación de los síntomas en etapas iniciales, permitiendo la intervención rápida y la aplicación de terapias efectivas antes de que los patrones obsesivo-compulsivos se consoliden. La detección precoz, combinada con psicoeducación, contribuye a que el tratamiento sea más eficaz y sostenible a largo plazo.

La evidencia revisada también destaca la importancia de un abordaje multidisciplinar. La coordinación entre psicología clínica, psiquiatría, atención primaria y enfermería de salud mental permite un seguimiento más cercano, intervenciones oportunas y un manejo individualizado del TOC. Esta integración potencia la reducción de síntomas, la recuperación funcional, la prevención de recaídas y el fortalecimiento de la autonomía del paciente. Además, las modalidades terapéuticas adaptadas, como terapias intensivas, telemedicina o intervenciones complementarias basadas en mindfulness o terapia de aceptación y compromiso, amplían la accesibilidad y refuerzan la eficacia de las intervenciones.

En conclusión, los hallazgos sugieren que la combinación de psicoeducación, detección temprana y abordaje integral constituye la estrategia más efectiva para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con TOC. La adopción de protocolos es-

tructurados que incorporen estas estrategias, junto con la formación continua de los profesionales de salud, no solo optimiza los resultados clínicos, sino que también reduce la carga global del trastorno para el individuo y para el sistema sanitario. Por tanto, se recomienda que estas estrategias se integren de manera sistemática en los programas de salud mental, asegurando un tratamiento oportuno, coordinado y basado en evidencia, capaz de atender las necesidades específicas de cada paciente y de su entorno familiar.

7 Bibliografía

1. Fineberg, N. A., et al. (2019). Early intervention for obsessive-compulsive disorder: An expert consensus statement. International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30773387/>
2. Öst, L.-G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2022). Cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 159, 104170. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796722001413?>
3. Strömberg, J., et al. (2024). The effectiveness of psychological treatments for obsessive-compulsive disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials published

- over last 30 years. *Psychological Medicine*. <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/effectiveness-of-psychological-treatments-for-obsessivecompulsive-disorders-a-metaanalysis-of-randomized-controlled-trials-published-over-last-30-years/7CBE734AAA1DE998F5E4A57445B09FD8> article/10.1186/s12888-024-05791-3
4. Segurado, A. P., Mataix-Cols, D., & Kłosowska, J. (2022). Cognitive-Behavioral Therapy and anxiety and depression level in pediatric obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psicothema*, 34(3), 353–364. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/18885>
 5. Ekiz, Ç. (2025). Systematic review on obsessive compulsive disorder and cognitive behavioral therapy. *European Archives of Social Sciences*. <https://eassjournal.com/index.php/pub/article/view/49/version/49>
 6. Fernández-Alcázar, A., Sánchez-Meca, J., Rubio-Aparicio, M., Bernal-Ruiz, C., & Rosa-Alcázar, A. I. (2022). Terapia cognitivo-conductual y síntomas de ansiedad y depresión en el TOC pediátrico: Una revisión sistemática. *Psicothema*, 34(3), 353–364. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/18885>
 7. BMC Psychiatry. (2024). OCD: Protocol for the development and evaluation of a cognitive-behavioral prevention program for obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry*, 24, 91. <https://link.springer.com/>

Artículo 65

ANALISIS DE LAS CAIDAS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDOS EN URGENCIAS

NATALIA RODRÍGUEZ MARTINEZ

RAQUEL FRANCO DE LA RUBIA

Objetivos: investigar y analizar las características asociadas a caídas en pacientes mayores de 65 años atendidos en el servicio de urgencias.

Material y métodos: estudio cuantitativo transversal, unicéntrico, de un hospital de segundo nivel, utilizando una recogida de datos diseñada por el investigador.

Resultados: prueba piloto de 20 pacientes. Un 70%; el 85% presentan pluripatologías y polifarmacia. Son considerados como frágiles leves, ya que la media del nivel de fragilidad es de 5. Un 80% tienen alguna dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD); a destacar, el 85% refiere caídas previas.

Conclusiones: Existe una clara necesidad de detección precoz, evaluación integral y abordaje multidisciplinar desde urgencias, dada la relación entre fragilidad, polifarmacia y riesgo de caídas.

Palabras clave: fragilidad, anciano, riesgo de caídas, urgencias, caídas del anciano

1 Palabras clave

Fragilidad; anciano; riesgo de caídas; urgencias; caídas del anciano

2 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (1) podemos definir caída como precipitación de una persona al suelo de manera involuntaria por distintas situaciones cotidianas de la vida diaria. Las caídas se dan como el re-

sultado de la unión de varios factores intrínsecos, del propio pacientes, como enfermedades crónicas, debilidad muscular, alteración del equilibrio,... y otros factores extrínsecos, como obstáculos que encuentre el paciente, ropa o zapatos inadecuados,... (2)

Son varias las alteraciones a nivel cognitivo, de conducta y físico que van unidas al envejecimiento, que no tienen por qué ser negativas, pero si no se dan de una manera adecuada se pueden convertir en un factor de riesgo de posibles accidentes, en este caso de las caídas, y las posibles consecuencias que estas puedan acarrear.

Estas caídas en personas mayores se relacionan con una disminución de las funciones generales del ser humano y el rendimiento físico, y esto se asocia a malos resultados. En los mayores suponen un problema de Salud Pública importante a nivel mundial (3). Son fuente de morbilidad, lesiones, discapacidad y aumento del gasto sanitario.

La incidencia de las caídas aumenta progresivamente con la edad. En la literatura aparecen datos importantes que nos sugieren como podría ser en el futuro este problema de salud; distintos estudios indican que 1 de cada 3 personas mayores de 65 años se cae 1 vez al año, y un 50% de las mayores de 80 años caen anualmente (4).

Se calcula que un 7% de las visitas a urgencias que realizan los adultos mayores son por caídas, y de estas visitas, el 40% de ellas requieren hospitalización.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (5), en 2023 se produjeron 3510 muertes por caídas, de las cuales 1691 fueron hombres y 1819 mujeres, todas ellas en personas mayores de 65 años; si hacemos una comparación con el año 2019, esa cifra ha ido en aumento, donde ese año fueron un total de 3297 muertes por caída (6).

Con el envejecimiento que tenemos hoy en día a nivel poblacional, las visitas a urgencias en personas mayores de 65 años que han sufrido caídas van en ascenso. Los servicios de urgencias son los primeros lugares a los que acuden; esto implica unos 3 millones de visitas a urgencias en un año, lo que representa un 10% de las visitas a los servicios de urgencias (7).

Esta elevada prevalencia de caídas, el aumento de la esperanza de vida y el alto coste económico que generan, nos indican de la importancia de una buena prevención de estas, convirtiéndose en un factor fundamental a abordar por el personal sanitario hacia esta población, hacia nuestros mayores (3). Se calcula que un 7% de las visitas a urgencias que realizan los adultos mayores son por caídas, y de estas visitas, el 40% de ellas requieren hospitalización (8).

Se dice que la fragilidad es el estado previo a la dependencia, pero prevenible i/o previsible, y ello implica que se puedan realizar actividades de prevención y promoción para estas personas. Las caídas, de una manera directa y bidireccional tienen relación con la

fragilidad (9).

En la actualidad, se observa un patrón demográfico que se caracteriza por tres fenómenos; disminución de la tasa de natalidad, disminución de la tasa de mortalidad, y un aumento de la esperanza de vida; así que, juntando estos datos, nos hallamos ante una población envejecida a la vez que frágil.

La fragilidad tiene relación con el síndrome geriátrico, con múltiples factores etiopatogénicos, diagnosticado por características clínicas concretas, y todo ello conlleva a que haya un incremento importante en los gastos sanitarios. Por todo ello, es importante que se realicen investigaciones y podamos dar a conocer estudios sobre esta población envejecida, los factores que influyen o ayudan a incrementar las caídas, sus características, y así poder mejorar sus condiciones de vida (10).

Teniendo en cuenta en envejecimiento poblacional, la incidencia tan alta de caídas en personas mayores, y las repercusiones que estos generan, resulta evidente la necesidad de mejorar conocimientos, protocolos e implantar intervenciones de enfermería para poder disminuir esta incidencia de caídas, así como las visitas recurrentes a urgencias.

El objetivo principal de este estudio sería el de analizar características clínicas, sociales y funcionales asociadas a las caídas con el fin de poder establecer relación entre caídas y el nivel de fragilidad en mayores de 65 años atendidos

en urgencias.

Además, identificaremos que tipo de fragilidad tiene estos pacientes que sufren caídas, así como también describiremos los factores de riesgo de los mismos, y podremos averiguar si hay diferencias entre hombres y mujeres, o no.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar las características clínicas, funcionales y sociales asociadas a las caídas en pacientes mayores de 65 años atendidos en el servicio de urgencias, con el fin de establecer la relación entre dichas caídas y el índice de fragilidad.

Objetivos secundarios:

- Describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes mayores de 65 años que acuden al servicio de urgencias por caídas.
- Evaluar el nivel de fragilidad utilizando una escala validada, y analizar su relación con la presencia de caídas previas, el tipo de caída y el grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
- Identificar factores de riesgo modificables relacionados con las caídas, con el fin de proponer estrategias de intervención enfermera que contribuyan a su prevención desde el servicio de urgencias.
- Identificar diferencias en las características y factores de riesgo entre hombres y mujeres.

4 Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal, unicéntrico, en el servicio de Urgencias de un hospital de segundo nivel. Este servicio consta de 11 boxes para pacientes de niveles I, II, III, y un box de reanimación cardiopulmonar (RCP), y 2 boxes de niveles IV y V; la población a estudio estará formada por pacientes mayores de 65 años que acuden a urgencias con motivo de caída; se excluirán aquellos pacientes con barrera idiomática, y aquellos con discapacidad neurológica o cognitiva, o síndrome confusional en el momento del ingreso a urgencias y que no sean acompañadas por un familiar que pueda disponer por ellos. Las variables estudiadas son sociodemográficas, diferenciadas en dos grupos, el primero en características del paciente como sus antecedentes patológicos, tratamientos farmacológicos, nivel de movilidad, índice de fragilidad y estado cognitivo y sensorial de los pacientes de los pacientes; y por otro lado se analizaron las caídas, tipo de caída, lugar de la caída, síntomas previos a la caída y consecuencias de la caída.

El instrumento para la recogida de datos será una hoja de datos, diseñada por el investigador y adaptada a las necesidades del estudio y a las necesidades de los pacientes atendidos, con datos demográficos y clínicos de estos. Este cuestionario será recogido por enfermería de triaje, equipo que será

preparado y educado para hacerlo correctamente; junto al cuestionario se le aportará al paciente una hoja informativa sobre el estudio, y estos firmarán un consentimiento informado conforme están de acuerdo con participar en el estudio. Para calcular el tamaño de la muestra, nos hemos guiado por datos anuales del 2024, de los pacientes atendidos en urgencias mayores de 65 años, que estos fueron un total de 6.743. Esta muestra la extraeremos mediante una fórmula estadística, que nos da como resultado que el tamaño que debemos estudiar, con un nivel de confianza del 95% y una variación de error del 5%, será de 364 pacientes.

En este proyecto, realizaremos una prueba piloto con una recogida de datos de 20 pacientes. Previamente al inicio del análisis estadístico, se diseñará un Excel como base de datos del estudio (prueba piloto en este caso) para la recogida y explotación de los mismos.

Los datos recogidos serán analizados mediante el software/programa estadístico. Se llevará a cabo un análisis estadístico descriptivo.

Análisis descriptivo:

- Para las variables cuantitativas (edad, nivel de fragilidad, número de medicamentos, etc.) se calcularán medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico).
- Para las variables cualitativas (sexo,

presencia de caídas previas, necesidad de ayuda para caminar, tipo de convivencia, etc.) se presentarán frecuencias absolutas y porcentajes.

5 Resultados

La prueba piloto realizada nos indica unos datos cuantitativos, de los cuales se han calculado medias de tendencia centrales (mediana y media) y de dispersión, (DE y rango intercuartílico). La edad media de estas personas fue de 86,6 años, con una desviación estándar (DE) de 8,3; la edad mínima fue de 67 años y la máxima de 98.

Otro dato cuantitativo en nuestro estudio sería el nivel de fragilidad de los pacientes, que se ha medido con la escala Clinical Frailty Scale (CFS); se observa que la media está en un nivel 5 con una DE de 1,9. El nivel mínimo lo sería de 1 y el máximo de 9.

Para el resto de variables cualitativas, se presentan con frecuencias absolutas y porcentajes.

Analizando las variables estudiadas de los pacientes atendidos en urgencias por caídas, se aprecia que en su mayoría son mujeres las que acuden por este problema; el 70% de los pacientes estudiados son mujeres. Lo más llamativo a nivel de sexo lo encontramos en la movilidad, que en el 50% de las mujeres hay una tendencia a que son independientes, y en cambio los hombres, parece que un porcentaje muy bajo refieren ser independientes.

De la tabla anteriormente descrita, también destacaríamos la variable de antecedentes patológicos, con una tendencia elevada a que los pacientes tengan 3 o más antecedentes, seguido de 2 antecedentes; es un dato relevante, aunque no es llamativo en la actualidad, dada la tendencia a un aumento de pacientes pluripatológicos.

Observamos un nivel elevado de consumo de medicamentos en estos pacientes, todos ellos toman medicación, y un 50% de ellos toman algún tipo de sedante acompañado de varios medicamentos, por lo que las caídas podrían estar relacionadas con los efectos secundarios de estos tratamientos.

Las caídas previas están presentes en la mayoría de los pacientes estudiados; estas caídas son accidentales en un 95%, y de estas un gran porcentaje en domicilio, concretamente un 90%, y dentro del domicilio, encontramos que estos pacientes se caen principalmente en la habitación.

Las consecuencias más significativas de esas caídas la encontramos en las contusiones, en un 70% de los pacientes estudiados, y de estas, el 35% van acompañadas de traumatismo craneoencefálico (TCE).

6 Discusión-Conclusión

Los resultados de nuestra prueba piloto guardan relación con hallazgos previos en la literatura científica, así como tendencias similares, en lo que concierne a

caídas en personas mayores. Por ejemplo, un estudio publicado en la revista médica costarricense de geriatría se evidencia patrones similares en cuanto a prevalencia según sexo (11).

Asimismo, el registro FALL-ER (señala datos sobre caídas en personas mayores de 65 años, como que un 69,9% de las caídas (2022) corresponden a mujeres, porcentaje casi idéntico al de nuestra muestra que ha sido del 70% (12).

Aunque no es variable directa de nuestra muestra, el Instituto Nacional de Estadística, revela que las muertes por caídas con más frecuentes en mujeres que en hombres, dato que refuerza la tendencia hallada en nuestra muestra (5).

En relación a los factores clínicos asociados, Leitón Zoila (2022), señala un incremento de comorbilidades significativa en el riesgo de caídas en adultos que viven en domicilio. Las enfermedades crónicas tienden a deteriorar el estado físico general de los pacientes, favoreciendo situaciones que aumentan la probabilidad de caída. Este hallazgo también lo encontramos en nuestra muestra, ya que la mayoría de los participantes presenta más de una patología (13).

El uso de medicamentos se asocia como factor de riesgo en las caídas; el estudio realizado en el País Vasco, y publicado en la revista INFAC, identifica los psicótrópos como una clase de medicamentos entre los grupos de fármacos que más aumentan las caídas (14). En

nuestro estudio tiene concordancia con el 70% de pacientes que han sufrido caídas y refiere el consumo de sedantes de forma habitual, los cuales forman parte de este grupo de medicamentos.

Estos datos nos sugiere la relación entre el uso de estos medicamentos y las caídas. Y en esta línea, Monterreo Viau & Soto González (2019) destacan un incremento en el consumo de medicamentos en la población geriátrica. En nuestra muestra, los participantes presentan polifarmacia, lo cual plantea la necesidad de hacer revisiones periódicas de esta medicación, desde la práctica enfermera (15).

Según alejo Plain (2020), los espacios más frecuentes donde se producen estas caídas son el en baño y en el dormitorio, este último coincidiendo con nuestros hallazgos, ya que el 40% de los participantes manifestó sufrir caídas en dicha estancia (4).

Por último, cabe mencionar que, según Neira Álvarez (2021), indica que en un 10% aproximadamente de las caídas en personas mayores tienen como consecuencia un traumatismo craneoencefálico (TCE); aunque esta variable no fue estudiada directamente en nuestra muestra, se consideraría un aspecto relevante para futuras líneas de investigación, dada la gravedad potencial de este tipo de lesiones (8).

Con el importante envejecimiento poblacional, la alta incidencia de caídas en personas mayores y las graves repercusiones que originan, se hace evidente

la necesidad de comprender a fondo que está ocurriendo, como sucede y valorarla urgencia de implantar protocolos efectivos de prevención y mejora asistencial.

La literatura científica muestra una mayor prevalencia de estos eventos en mujeres, lo que evidencia la necesidad de adoptar un enfoque diferenciado y sensible al género en las estrategias de prevención y cuidado. El perfil clínico de la persona mayor frágil se caracteriza por la presencia de múltiples patologías crónicas, deterioro funcional y el uso simultáneo de varios fármacos (polifarmacia), factores todos ellos relacionados estrechamente con un mayor riesgo de caídas.

Desde la perspectiva de la práctica enfermera, nuestros mayores precisan de unos cuidados específicos, y la enfermería debe liderar un abordaje multidisciplinar, donde se consideren aspectos físicos, psicológicos y sociales del paciente.

Hay necesidad de valorar la fragilidad no solo como una condición clínica sino como un punto clave en la valoración del riesgo de caídas en personas mayores, a partir del cual enfermería podría diseñar planes de cuidados individualizados y orientados a la prevención de nuevas caídas.

En conclusión, la práctica enfermera es fundamental en la prevención y el abordaje integral de las caídas. Su implicación activa centrada en el paciente, no solo mejora los resultados clínicos,

sino que contribuye de manera significativa a mejorar la seguridad del paciente, su autonomía y en consecuencia la calidad de vida de la población que actualmente atendemos en nuestros servicios, una población más envejecida y vulnerable.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Caídas [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 2021, 26 abril]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
2. Silva-Fhon JR, Partezani-Rodrigues R, Miyamura K, Fuentes-Neira W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor [Internet]. Enfermería Universitaria. 2019;16(1). Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.576>
3. Suárez GG, Velasco VM, Limones ML, Reyes H, Delgado VE. Caídas en el adulto mayor y factores de riesgo [Internet]. European Journal of Child Development, Education and Psychopathology. 2020;8(1):47. Disponible en: <https://doi.org/10.30552/ejpad.v8i1.130>
4. Alejo Plaín R, Pérez R, Plaín Pazos P. Las caídas, causa de accidente en el adulto mayor [Internet]. Revista Estudiantil 16 de Abril. 2020;59(276):e705. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/322553855.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística.

- Defunciones por causas (capítulos), sexo y grupos de edad [Internet]. Madrid: INE; 2023 [citado 2025 may 27]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>
6. Esbri-Víctor M, Huedo-Rodenas I, López-Utiel M, Navarro-López JL, Martínez-Reig M, Serra-Rexach JA, Romero-Rizos L, Abizanda P. Frailty and fear of falling: The FISTAC study [Internet]. *The Journal of Frailty & Aging*. 2017;6(3):136–40. Disponible en: <https://doi.org/10.14283/jfa.2017.19>
 7. Guerrero Ceh JG, Sarabia Alcocer B, Can Valle AR. Incidencia del síndrome de caídas en el hogar, estudio realizado en personas mayores en el rango de edad de 60 a 80 años. *RIDE Revista Iberoamericana Para La Investigación y El Desarrollo Educativo*. 2016;6(12):466.
 8. Neira Álvarez M, Esteve Arrien A, Caballero Mora MÁ, Pérez Pena B, Esbri Víctor M, Cedeño Veloz B, Cristofori G, González Ramírez A, Bartolomé Martín I. Oportunidad para la detección y manejo precoz de la fragilidad a través del abordaje de las caídas. *Rev Esp Salud Pública*. 2021;95:1–16. Disponible en: www.msbs.es/resp
 9. Rodríguez-Molinero A, Narvaiza L, Gálvez-Barrón C, de la Cruz JJ, Ruiz J, Gonzalo N, Valldosera E, Yuste A. Caídas en la población anciana española: incidencia, consecuencias y factores de riesgo [Internet]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50(6):274–80. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.05.005>
 10. Acosta-Benito MÁ, Martín-Lesende I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar [Internet]. *Aten Primaria*. 2022;54(9):102395. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102395>
 11. Álvarez Rodríguez LM, Rodríguez Á. Síndrome de caídas en el adulto mayor. *Rev Med Costa Rica Cent Am*. 2015;71(617):807–10.
 12. García-Martínez A, Gil-Rodrigo A, Placer A, Alemany X, Aguiló S, Torres-Machado V, et al. Probability of new falls and factors associated with them in aged patients treated in emergency departments after falling: data from the FALL-ER registry [Internet]. *Emergencias*. 2022;34(6):444–51. Disponible en: <https://doi.org/10.55633/s3me/e08.2022>
 13. Leiton Z, Silva J, Lima F, Fuentes W, Villanueva M, Partezani R. Predicción de caídas y caídas recurrentes en adultos mayores que viven en el domicilio [Internet]. *Gerokomos*. 2022;33(4):212–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 14. Osakidetza. Boletín de farmacovigilancia: Medicamentos relacionados con caídas [Internet]. INFAC. 2019;27(10):71–7. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2019/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_27_10_caidas.pdf
 15. Monterroso Viau AM, Soto

González RA. Relación de polifarmacia y el síndrome de caídas en adultos mayores evaluados en el Hospital La Paz Zona 10 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://biblioteca.galileo.edu/xmlui/handle/123456789/795>

Artículo 66

LA SANIDAD PÚBLICA COMO PILAR DEL BIENESTAR SOCIAL: ANÁLISIS DE SU IMPORTANCIA, RETOS Y PERSPECTIVAS EN EL CONTEXTO ACTUAL

MARINA FERRER BUENO

MARIA ROSA ARANDA GONZALEZ

BEATRIZ PÉREZ PÉREZ

BLANCA ARNAIZ NAVARRO

ADOLFO DOMINGUEZ BERNE

NIEVES LLORENTE MARQUINA

Introducción: La sanidad pública es uno de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar, ya que garantiza el acceso universal y equitativo a la atención sanitaria y ha sido clave en la respuesta frente a emergencias como la pandemia de COVID-19, no obstante, enfrenta graves desafíos.

Objetivos: El objetivo es analizar la relevancia de la sanidad pública como elemento esencial del bienestar social, poniendo de relieve su papel histórico, sus retos contemporáneos y sus perspectivas de futuro para fortalecer y garantizar su eficacia.

Metodología: El enfoque metodológico combina la revisión bibliográfica, el análisis comparativo y la interpretación crítica.

Resultados: La sanidad pública es estratégica en el estado de bienestar, no obstante, necesita reformas profundas para mantener su excelencia y sostenibilidad en el largo plazo.

Discusión-conclusión: Se evidencia que los sistemas sanitarios públicos garantizan el acceso a la atención sanitaria con independencia del nivel adquisitivo de los usuarios. Aunque en España, el sistema es sólido, se enfrenta a grandes retos para conservar su papel clave en la promoción de la equidad, bienestar y desarrollo social.

1 Palabras clave

Sanidad pública; sistema sanitario; equidad; estado de bienestar; salud.

2 Introducción

La sanidad pública constituye uno de los mayores logros del estado de bienestar contemporáneo y ha sido una herramienta clave para garantizar un derecho fundamental: la salud.

En España, el sistema sanitario público se consolidó a partir de la Ley General de Sanidad (1986), estableciendo el acceso universal, gratuito en el punto de atención y financiado principalmente mediante impuestos. Este modelo ha permitido alcanzar altos estándares de salud, una esperanza de vida de las más elevadas del mundo y un amplio acceso a servicios preventivos y asistenciales. El valor de la sanidad pública va más allá de lo clínico, tiene implicaciones éticas, económicas y sociales. Éticas, porque promueve la justicia y la solidaridad, económicas, porque un sistema eficiente reduce costes por prevención y coordinación y sociales, porque mejora la cohesión social y la

confianza institucional.

No obstante, la sanidad pública enfrenta actualmente graves retos como son la infradotación presupuestaria crónica, aumento de la demanda por envejecimiento y enfermedades crónicas, precariedad laboral de los profesionales, presión asistencial creciente, obsolescencia tecnológica y fenómenos de privatización progresiva que amenazan la equidad del sistema.

La pandemia por COVID-19 puso en evidencia la relevancia —y vulnerabilidad— de los sistemas públicos de salud. La respuesta sanitaria dependió en gran medida de la capacidad del sistema público: su infraestructura, sus profesionales y su planificación. Pese a las dificultades, fue el sector público el que sostuvo la atención durante los momentos más críticos.

Ante estos retos, es necesario volver a reflexionar sobre la importancia de la sanidad pública, sus logros, los riesgos que enfrenta y las estrategias necesarias para reforzarla.

3 Objetivos

- Resaltar la importancia de la sanidad pública como eje fundamental del estado de bienestar.
- Analizar sus impactos en términos de salud, equidad y cohesión social.
- Identificar los principales desafíos que enfrenta en el contexto actual.
- Proponer estrategias de fortalecimiento y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud.

4 Metodología

Se realizó una investigación consistente en una revisión documental sobre la literatura existente utilizando fuentes secundarias, como son informes oficiales de organismos como la OMS, OCDE, Ministerio de Sanidad y comunidades autónomas, literatura científica indexada en bases como PubMed y Dialnet, legislación relevante y datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y el Sistema Nacional de Salud.

Los criterios de inclusión fueron documentos publicados entre 2000 y 2025 que abordaran el funcionamiento, evaluación y retos del sistema sanitario público, con especial énfasis en el modelo español. Se priorizaron estudios comparativos entre sistemas públicos y mixtos, y se analizaron también las consecuencias de los procesos de privatización o externalización de servicios. Se seleccionó documentación para

análisis, agrupados temáticamente en: acceso y cobertura, resultados en salud, eficiencia económica, satisfacción de usuarios, condiciones laborales del personal sanitario, impacto de la COVID-19 y sostenibilidad futura. Se aplicó un enfoque interpretativo para extraer tendencias, consensos y divergencias en la literatura.

Los datos se integraron en una matriz de análisis categorial y fueron organizados de acuerdo con los objetivos del estudio.

5 Resultados

Los sistemas sanitarios públicos ofrecen mayores niveles de equidad, cobertura universal y protección financiera. Países con sanidad pública como España presentan mejores indicadores de salud poblacional, menor gasto por parte del ciudadano y mayor control del gasto farmacéutico.

En España, la sanidad pública cubre a casi el total de la población, ha contribuido a una esperanza de vida superior a los 83 años, logra altos índices de vacunación (superior al 95 % en calendario infantil) y mantiene tasas de mortalidad evitable inferiores a la media europea.

Estudios demuestran que los países con sanidad pública tienen menor mortalidad infantil, mejores indicadores de atención primaria y mayor satisfacción del usuario respecto a los países con sistemas mixtos o privatizados.

Durante la pandemia, la sanidad pública soportó la mayor carga asistencial. Hospitales públicos reconvirtieron camas, ampliaron unidades de cuidados intensivos (UCI) y coordinaron campañas masivas de vacunación. La atención primaria, aunque sobrecargada, asumió funciones esenciales de seguimiento, rastreo y vacunación.

Sin embargo, también se visibilizaron sus debilidades. Entre los principales problemas destacan los siguientes:

La infrafinanciación sigue siendo uno de los retos más significativos. España destina aproximadamente un 6,7% de su Producto Interior Bruto (PIB) a la sanidad pública, una cifra inferior a la media de la Unión Europea (7,5%).

La precariedad laboral de los profesionales sanitarios, debido a una temporalidad que alcanza el 30% en algunas comunidades autónomas, unida a las rotaciones frecuentes y la sobrecarga asistencial.

Un tercer problema lo constituyen las listas de espera, que continúan aumentando año tras año. Más de 800.000 personas se encuentran en espera de una cirugía no urgente, con un tiempo medio de 112 días.

Otro desafío importante es la privatización progresiva de determinados servicios. En los últimos años se ha observado un crecimiento de los conciertos con el sector privado, especialmente en áreas como las pruebas diagnósticas y las intervenciones quirúrgicas.

Finalmente, la fuga de profesionales

sanitarios representa una amenaza para la estabilidad del sistema. Muchos médicos y enfermeros formados en España emigran a otros países europeos en busca de mejores condiciones laborales y salariales.

El fortalecimiento de la sanidad pública pasa por una transformación estructural que combine sostenibilidad, innovación y equidad. Algunas líneas prioritarias incluyen: aumentar la financiación pública hasta alcanzar al menos el 7,5% del PIB, estabilizar plantillas y mejorar las condiciones laborales del personal, reforzar la atención primaria, fomentar políticas de prevención y promoción de la salud para reducir la demanda hospitalaria, frenar los procesos de privatización y mejorar la transparencia e invertir en formación y retención de profesionales sanitarios

6 Discusión-Conclusión

La sanidad pública no es sólo una red de hospitales y centros de salud: es una herramienta de justicia social. A través de ella, se garantiza que todas las personas, independientemente de su renta, puedan recibir atención sanitaria cuando la necesitan. Esto tiene implicaciones en la salud poblacional, en la economía, ya que las personas sanas son más productivas, y en la cohesión de las sociedades.

España cuenta con un sistema sanitario público sólido, pero que se ha ido debilitando por la falta de inversión

sostenida, la precariedad laboral y la externalización de servicios y debería evolucionar a un modelo más preventivo. La pandemia evidenció su papel insustituible, pero también mostró sus carencias.

Si se quiere preservar y reforzar este pilar del estado de bienestar, habría que aumentar la inversión, estabilizar plantillas, fortalecer la atención primaria y frenar la externalización de servicios. Su defensa es esencial para garantizar el derecho a la salud y reducir desigualdades en la sociedad contemporánea. En definitiva, la sanidad pública debe concebirse no como un gasto, sino como una inversión para conservar los valores de universalidad, equidad y calidad.

5. Sánchez-Bayle M, Martín JJ. Los efectos de la privatización sanitaria sobre la equidad y eficiencia del sistema sanitario. *Rev Adm Sanit.* 2018;16(1):5-14.

6. Fernández-Rodríguez MM, Vázquez-Lago JM, Rodríguez-Míguez E. Sostenibilidad del sistema sanitario público en España: desafíos y propuestas. *Gac Sanit.* 2022;36(3):243-248.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre los sistemas de salud. OMS; 2010.

2. Ministerio de Sanidad. Sistema Nacional de Salud: Informe Anual 2023. Madrid: Gobierno de España; 2023.

3. García-Armesto S, Abadía-Taira B, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. España: Análisis del Sistema Sanitario 2010. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud. 2010;12(4).

4. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Demografía médica en España 2024. Madrid: CGCOM; 2024.

Artículo 67

CUIDADOS DE LA TRACCIÓN BLANDA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA TOMADORES DE ANTICOAGULANTE ORAL

NOEMÍ GIL VITAS

PAULA GARCÍA OZCOZ

MARTA OCHOA GUTIÉRREZ

RAQUEL GRACIA PÉREZ-ARCOS

LUCÍA SIMÓN PÉREZ-NIEVAS

CARMEN RUIZ BURGOS

Introducción:

La fractura de cadera en adultos mayores es una urgencia ortopédica con elevada morbilidad. La tracción blanda (skin traction) se ha utilizado tradicionalmente como medida preoperatoria para aliviar el dolor y limitar el desplazamiento, pero su efectividad sigue siendo controvertida. En pacientes anticoagulados, el riesgo de hematomas, sangrado y complicaciones cutáneas hace que la decisión de aplicar tracción requiera especial consideración.

Materiales y métodos:

Se realizó una revisión narrativa de la literatura, incluyendo estudios clínicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías internacionales y nacionales publicadas hasta 2024. La búsqueda se centró en pacientes adultos con fractura de cadera tratados con tracción blanda y bajo terapia anticoagulante oral. Se seleccionaron ocho

documentos clave que proporcionan evidencia sobre eficacia, riesgos, manejo perioperatorio y cuidados de enfermería.

Conclusión:

La evidencia indica que la tracción blanda no proporciona beneficios consistentes en analgesia ni en resultados quirúrgicos. En pacientes anticoagulados, se requiere evaluación individualizada y protocolos estrictos de enfermería para minimizar riesgos: evaluación hemostática, monitorización cutánea y vascular, profilaxis antitrombótica y coordinación interdisciplinaria. La cirugía precoz y estrategias analgésicas alternativas suelen ser más adecuadas que el uso sistemático de tracción.

Introduction:

Hip fracture in older adults is an orthopedic emergency with high morbidity. Skin traction has traditionally been used preoperatively to reduce pain and limit fracture displacement, but its effectiveness remains controversial. In anticoagulated patients, the risk of hematoma, bleeding, and skin complications requires careful consideration before applying traction.

Materials and Methods:

A narrative literature review was conducted, including clinical studies, systematic reviews, meta-analyses, and international and national guidelines published up to 2024. The search focused on adult patients with hip fractures receiving skin traction while on oral anticoagulants. Eight key documents were selected providing evidence on efficacy, risks, perioperative management, and nursing care.

Conclusion:

Evidence suggests that skin traction does not consistently improve pain control or surgical outcomes. In anticoagulated patients, individualized assessment and strict nursing protocols are essential to minimize risks: hemostatic evaluation, continuous skin and vascular monitoring, thromboprophylaxis, and interdisciplinary coordination. Early surgery and alternative analgesic strategies are often preferable to routine use of traction in this population.

1 Palabras clave

"Hip fracture", "Intertrochanteric fracture", "Skin traction Oral", "anticoagulants Warfarin"

2 Introducción

La fractura de cadera en el adulto mayor es una urgencia ortopédica

con elevada morbilidad y mortalidad. Tradicionalmente, se ha utilizado tracción blanda (skin traction/Buck's traction) como medida preoperatoria para aliviar el dolor, limitar el desplazamiento y facilitar la movilización del paciente hasta la cirugía. Sin embargo, la evidencia sobre su efectividad analgésica y su impacto en resultados clínicos es controvertida: revisiones sis-

temáticas y ensayos no muestran beneficio claro y señalan potenciales complicaciones como daño cutáneo, úlceras por presión y limitación de movilidad (1,2,3).

El manejo perioperatorio de pacientes anticoagulados (warfarina o anticoagulantes orales directos —DOACs—) que presentan fractura de cadera plantea retos específicos: riesgo hemorrágico, necesidad de reversión o demora quirúrgica versus riesgo de tromboembolismo venoso por inmovilización prolongada. Las guías y estudios recientes promueven una estrategia individualizada que prioriza la cirugía temprana cuando es posible y protocolos claros para el manejo de anticoagulación (6,7). La intersección entre ambos temas —uso de tracción blanda en pacientes anticoagulados— requiere una valoración crítica: ¿la tracción aporta beneficio analgésico o funcional suficiente que justifique su uso pese al mayor riesgo de complicaciones (hematomas, piel fragilizada, riesgo trombótico)? Esta revisión sintetiza la evidencia disponible y extrae recomendaciones prácticas para el cuidado de enfermería y manejo perioperatorio.

3 Objetivos

- Revisar la evidencia sobre la eficacia y riesgos de la tracción blanda en fractura de cadera.
- Analizar recomendaciones actuales para el manejo perioperatorio de pa-

cientes con anticoagulación oral.

- Proponer consideraciones de cuidados y protocolos de enfermería específicos cuando se use tracción blanda en pacientes anticoagulados.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa centrada en estudios clínicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías publicadas hasta 2024. Se buscaron trabajos sobre skin traction preoperatoria en fractura de cadera, revisiones de eficacia y seguridad, revisiones y guías de manejo de anticoagulación en fractura de cadera, y publicaciones sobre cuidados de enfermería y complicaciones asociadas a la tracción. Las bases consultadas incluyen PubMed, Cochrane Library y repositorios de guías clínicas; se seleccionaron 8 documentos clave que sustentan los puntos expuestos (1–8).

5 Resultados

1. Eficacia analgésica y resultados clínicos

Revisiones y estudios aleatorizados muestran escaso o nulo beneficio de la tracción blanda para el control del dolor preoperatorio en fractura de cadera; varias series y una Cochrane concluyen que su uso rutinario no aporta ventajas claras en analgesia ni en resultados quirúrgicos (1–3). Ensayos controlados

y metaanálisis recientes confirman heterogeneidad metodológica y hallazgos neutrales en la mayoría de los desenlaces (dolor, ansiedad, tiempo a cirugía) (5).

2. Riesgos en pacientes anticoagulados

La tracción cutánea puede causar lesiones cutáneas más probables en pacientes con terapia anticoagulante que facilita hematomas y prolonga sangrados locales; además, la inmovilización prolongada aumenta riesgo trombótico si no se implementa profilaxis adecuada. Complicaciones relevantes incluyen úlceras por presión y daño dérmico (3,4).

3. Manejo de la anticoagulación perioperatoria

A. Guías recientes aconsejan no retrasar innecesariamente la cirugía: valorar INR/TOC en warfarina con corrección mediante vitamina K o plasma según urgencia; para DOACs, seguir tiempos de retirada basados en función renal o considerar reversores locales para permitir cirugía dentro de 24–48 h (6,7). B. La coordinación con anestesia y traumatología es esencial.

4. Recomendaciones de cuidados de enfermería

Evaluación previa: documentar anticoagulante, dosis, último toma, función renal y pruebas hemostáticas (6).

A. Aplicación correcta: emplear técnicas autorizadas y plantillas de adhesivo apropiadas para piel frágil; limitar tiempo y peso de tracción al mínimo necesario (4,8).

B. Vigilancia intensiva: monitorizar piel, signos de sangrado, dolor, circulación distal y sensibilidad; suspender tracción ante complicaciones (3,4).

C. Prevención de trombosis: profilaxis farmacológica según guía, movilización precoz tras cirugía y medidas mecánicas si la anticoagulación está contraindicada (7,9).

D. Comunicación interdisciplinaria: coordinar retirada o reversión de anticoagulante, y evaluar la necesidad real de tracción frente a alternativas analgésicas (5,6).

6 Discusión-Conclusión

La tracción blanda no demuestra un beneficio consistente en el manejo preoperatorio de la fractura de cadera y su uso rutinario está cuestionado (1–3). En pacientes anticoagulados, los riesgos locales y sistémicos requieren una evaluación individualizada. Si se decide utilizar, debe aplicarse con protocolos estrictos de enfermería: evaluación hemostática, técnica cuidadosa, monitorización continua, profilaxis antitrombótica y coordinación interdisciplinaria. Priorizar la cirugía precoz y estrategias analgésicas alternativas suele ser más acorde con las guías contemporáneas que la colocación sistemática de tracción blanda en pacientes anticoagulados. Se necesitan ensayos prospectivos y protocolos multicéntricos que estratifiquen por tipo de fractura y por terapia anticoagulante

para generar recomendaciones definitivas (1,2,6,7).

7 Bibliografía

1. Handoll HHG, Parker MJ. Pre-operative traction for fractures of the proximal femur. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;2011(1):CD000168.
2. Rosen JE, et al. Efficacy of preoperative skin traction in hip fracture patients. *J Trauma*. 2001;51(4):23-25.
3. Kheiri S, et al. The effect of skin traction on pain relief in patients with isolated hip fracture: systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2023;24:128.
4. Biz C, et al. Clinical practice and nursing management of pre-operative traction for proximal femoral fractures. *Int J Orthop Nurs*. 2019;10:25–26.
5. Endo J, et al. Efficacy of preoperative skin traction for hip fractures: randomized controlled trial. *J Orthop Surg*. 2013;70:17–18.
6. Sachdev D, et al. Perioperative management of traditional and direct oral anticoagulants in hip fracture patients. *Perioper Med (Lond)*. 2024;35:40.
7. Wall PV, et al. Review of perioperative outcomes and management of hip fracture patients on anticoagulants. *EFORT Open Rev*. 2023;8(7):150–152.
8. Miedico M, et al. The use of skin traction in adult patients with proximal femoral fractures: effects and complications. *J Clin Orthop*. 2023;20:36–38.

Artículo 68

EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE EL USO DE APLICACIONES MÓVILES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL EJERCICIO TERAPÉUTICO (2019–2025)

CLARA PEDRALS MOLINS

La adherencia al ejercicio terapéutico es un factor determinante para el éxito de los programas de rehabilitación y prevención de enfermedades crónicas. Sin embargo, los niveles de cumplimiento suelen ser bajos. En los últimos años, las aplicaciones móviles de salud (mHealth) han emergido como herramientas innovadoras para mejorar la motivación, el seguimiento y la adherencia. El objetivo de este estudio fue analizar la evidencia científica publicada entre 2019 y 2025 sobre la eficacia de las aplicaciones móviles para mejorar la adherencia al ejercicio terapéutico. Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica. Los resultados muestran mejoras significativas en la adherencia, la condición física, la autoeficacia y la satisfacción del paciente. Se concluye que las aplicaciones móviles constituyen una estrategia eficaz, segura y de bajo costo para optimizar la adherencia al ejercicio terapéutico.

1 Palabras clave

Aplicaciones móviles, adherencia terapéutica, ejercicio terapéutico, mHealth, rehabilitación.

2 Introducción

La adherencia al ejercicio terapéutico es uno de los principales determinantes del éxito de los programas de rehabilitación, prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud. Sin embargo, se ha estimado que más del 50 % de los pacientes no cumple adecuadamente con los programas de ejer-

cicio prescritos, especialmente en intervenciones a medio y largo plazo (1).

La falta de adherencia se asocia a peores resultados clínicos, aumento del riesgo de recaídas, mayor consumo de recursos sanitarios y disminución de la calidad de vida. Entre los factores que influyen negativamente en el cumplimiento se encuentran la baja motivación, la falta de supervisión, las barreras de acceso, la ausencia de retroalimentación inmediata y la baja percepción de autoeficacia (2).

En este contexto, el desarrollo de las tecnologías móviles de salud (mHealth) ha supuesto una transformación en los modelos de seguimiento terapéutico. Las aplicaciones móviles permiten monitorizar la actividad física, enviar recordatorios, personalizar objetivos, ofrecer retroalimentación en tiempo real y reforzar la motivación del usuario (3).

Desde 2019, el número de estudios que analizan la eficacia de las aplicaciones móviles para mejorar la adherencia al ejercicio ha aumentado de manera considerable, mostrando resultados prometedores tanto en población sana como en pacientes con patologías crónicas (4–7).

3 Objetivos

Objetivo general:

Analizar la evidencia científica publicada entre 2019 y 2025 sobre la efectividad de las aplicaciones móviles para

mejorar la adherencia al ejercicio terapéutico.

Objetivos específicos:

- Evaluar el efecto de las aplicaciones móviles sobre la adherencia.
- Analizar los beneficios funcionales.
- Determinar los efectos psicológicos.
- Valorar la seguridad y aceptación clínica.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica publicada entre 2019 y 2025. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados, estudios cuasiexperimentales, revisiones sistemáticas y metaanálisis que evaluaran el uso de aplicaciones móviles en programas de ejercicio terapéutico.

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 18 años.
- Intervenciones basadas en aplicaciones móviles de ejercicio o actividad física.
- Evaluación de resultados de adherencia, condición física o variables psicológicas.

Criterios de exclusión:

- Estudios sin evaluación directa de adherencia.
- Intervenciones no basadas en aplicaciones móviles.

5 Resultados

Efecto sobre la adherencia al ejercicio:

Los ensayos clínicos recientes muestran que el uso de aplicaciones móviles incrementa de forma significativa la adherencia a los programas de ejercicio terapéutico en comparación con los métodos tradicionales. Este efecto positivo se debe principalmente a la incorporación de recordatorios automáticos, establecimiento de objetivos personalizados, sistemas de retroalimentación en tiempo real y elementos de gamificación. Las tasas de cumplimiento terapéutico en los grupos que utilizan aplicaciones móviles superan ampliamente a las observadas con programas en formato papel o con seguimiento no digital, observándose además una mayor constancia a medio y largo plazo.

Resultados funcionales:

Diversos estudios han observado mejoras significativas en la fuerza muscular, la resistencia cardiovascular, el equilibrio postural y la capacidad funcional global en pacientes que utilizan aplicaciones móviles como complemento del ejercicio supervisado. Estos beneficios funcionales se traducen en una mayor autonomía en las actividades de la vida diaria, una disminución del riesgo de caídas y una mejora del rendimiento físico general. Además, se ha demostrado que estos resultados se mantienen a medio plazo cuando existe un seguimiento continuo y adaptaciones progresivas del programa a través de la aplicación.

Resultados psicológicos:

Las aplicaciones móviles contribuyen

de forma significativa a mejorar la motivación intrínseca hacia la práctica de ejercicio, incrementan la autoeficacia percibida y refuerzan la percepción de control del paciente sobre su propio estado de salud. Asimismo, se ha observado una mayor satisfacción con el tratamiento, una reducción del sedentarismo y una implicación más activa del paciente en su proceso de recuperación. Estos cambios psicológicos favorecen la consolidación de hábitos saludables y reducen el abandono terapéutico.

Seguridad:

Las aplicaciones móviles presentan en conjunto un perfil de seguridad elevado y una excelente tolerabilidad. Los efectos adversos descritos en la literatura son mínimos y se relacionan principalmente con sobrecarga muscular leve derivada de un aumento brusco del nivel de actividad física, especialmente en las fases iniciales del programa. No se han reportado eventos adversos graves asociados directamente al uso de estas herramientas digitales, lo que respalda su utilización tanto en entornos clínicos como domiciliarios.

6 Discusión-Conclusión

La evidencia científica demuestra que las aplicaciones móviles constituyen una herramienta eficaz para mejorar la adherencia al ejercicio terapéutico. La combinación de seguimiento remoto,

personalización del entrenamiento, retroalimentación inmediata y refuerzos motivacionales permite superar muchas de las barreras tradicionales del incumplimiento terapéutico.

Los beneficios no solo se observan en la adherencia, sino también en parámetros funcionales y psicológicos, favoreciendo una mayor autonomía, percepción de competencia y compromiso con el tratamiento. A pesar de estas ventajas, persisten limitaciones relacionadas con la heterogeneidad de las aplicaciones y la brecha digital en población mayor.

CONCLUSIONES:

Las aplicaciones móviles son una estrategia eficaz, segura y de bajo costo para mejorar la adherencia al ejercicio terapéutico. La evidencia científica 2019–2025 demuestra beneficios claros en el cumplimiento, la condición física y las variables psicológicas. Su integración en programas de rehabilitación representa una oportunidad clave para optimizar los resultados clínicos.

7 Bibliografía

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. 2019.
2. Jack K, et al. Barriers to treatment adherence. *Phys Ther*. 2010.
3. Silva AG, et al. Mobile health applications. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020.
4. McKay FH, et al. Evaluating mobile phone applications for health. *JMIR*. 2019.
5. Romeo A, et al. Mobile apps to increase physical activity: systematic review. *JMIR*. 2021.
6. Larsen RT, et al. Effectiveness of mobile apps for physical activity. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2023.
7. Zhao J, et al. mHealth and exercise adherence: meta-analysis. *BMC Public Health*. 2024.
8. Han M, et al. Effectiveness of smartphone-based interventions. *J Med Internet Res*. 2022.
- Payne HE, et al. Behavioral outcomes of mobile apps. *JMIR*. 2020.

Artículo 69

ROL DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS VENOSAS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

RAQUEL GRACIA PÉREZ-ARCOS

NOEMÍ GIL VITAS

PAULA GARCÍA OZCOZ

CARMEN RUIZ BURGOS

MARTA OCHOA GUTIÉRREZ

LUCÍA SIMÓN PÉREZ-NIEVAS

Introducción: Las úlceras venosas (UV) suponen el 70% de las heridas crónicas en extremidades inferiores y son debido a una insuficiencia venosa crónica. Afecta principalmente a adultos mayores y tienen un efecto negativo en la vida diaria y en las capacidades de los pacientes, afectando a su esfera psicosocial. Constituyen una gran carga para el sistema sanitario y ante el esperado incremento de incidencia, esta carga seguirá aumentando. El manejo de estas heridas se basa principalmente en terapia compresiva y cuidado de la herida, competencia de enfermería, a pesar de ello, existen lagunas en el conocimiento y en el tratamiento de estas, motivo por el cual se ha llevado a cabo este estudio.

Objetivos: Identificar e integrar las intervenciones enfermeras más efectivas para el manejo de las úlceras venosas.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión de la literatura realizando una búsqueda en las bases de datos PubMed y LILACS, obteniendo un total de 97 artículos, de los

cuales fueron seleccionados 3 tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión y estos fueron analizados mediante lectura crítica.

Resultados: Se identificaron los resultados principales y se clasificaron en las siguientes unidades temáticas: (1) Diagnóstico, (2) Tratamiento, (3) Seguimiento, (4) Prevención, (5) Equipo multidisciplinar y educación.

Conclusiones: La intervención enfermera en el cuidado de las UV debe ser holística, teniendo los conocimientos necesarios para una correcta identificación, integrando educación y colaboración multidisciplinar. En cuanto al tratamiento, la terapia compresiva está en cabeza pero existe variabilidad en las intervenciones, por lo que es necesario estandarizar el cuidado de estas lesiones mediante instrumentos que nos permitan su evaluación a lo largo del tiempo.

1 Palabras clave

Úlcera venosa; cuidados de enfermería; curación de heridas.

2 Introducción

Las úlceras venosas son heridas crónicas como resultado de una insuficiencia venosa de larga duración, que lleva a un flujo ineficiente de la sangre en las venas y que da lugar a un deterioro de los tejidos. Afectan mayoritariamente a adultos mayores y según la población envejece, la incidencia de esta patología sigue aumentando (1). Constituyen el 70% aproximadamente de las úlceras crónicas de las extremidades inferiores (2).

Esta patología afecta de forma negativa en la vida diaria del paciente. El dolor, la supuración de la herida, el olor y la dificultad que supone en la movilidad desencadenan en una independencia limitada para las actividades cotidianas. Todo ello hace que muchos de estos pacientes experimenten un estado

de ánimo bajo o depresión (3).

Debido a su cronicidad y a la complejidad de curación, las úlceras venosas constituyen una gran carga para los sistemas de salud, la cual irá en aumento a medida que la población anciana, la obesidad y la vida sedentaria cobren más protagonismo en la sociedad, lo que se traduciría en un incremento en la incidencia de estas lesiones (1).

El tratamiento de estas úlceras tradicionalmente ha girado en torno a la terapia compresiva combinada con las intervenciones propias de la herida, que incluyen: limpieza, desbridamiento si procede, prevención y control de infecciones y elección y aplicación de apósitos y sustancias tópicas, todo ello competencia enfermera por lo que esta se revela como clave en este contexto (1). Sin embargo algunos estudios dejan al descubierto lagunas en el conocimiento de esta afección y de su proceso de curación (4).

Por este motivo y por el potencial aumento de la incidencia de esta enfermedad en los próximos años, resulta

necesaria esta revisión de la literatura enfocada en los cuidados de enfermería para úlceras venosas.

3 Objetivos

- Identificar las intervenciones de enfermería más efectivas en el cuidado y manejo de las UV.
- Integrar la variedad de intervenciones propuestas para el manejo de las UV por las diferentes fuentes de información.

4 Metodología

Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura en las bases de datos PubMed y LILACS, para la cual fue precisa una estrategia de búsqueda en la que se combinaron los diferentes términos: “úlceras venosas”, “cuidados de enfermería” y “curación de heridas” con los distintos operadores booleanos, todos ellos con sus respectivos sinónimos. Se aplicaron como límites que estuviesen publicados en los últimos diez años (2015-2025) y que hubiese acceso disponible al texto completo. Se obtuvieron 97 artículos en total y finalmente, tras aplicar los criterios de exclusión (no reportes de caso, que se centrasen únicamente en terapias muy novedosas y artículos duplicados de las bases de datos), fueron seleccionados 3 artículos, 2 de PubMed y 1 de LILACS, los cuales fueron analizados mediante lectura crítica.

5 Resultados

Diagnóstico

Es importante identificar bien una UV (5), suelen distinguirse por ser grandes y superficiales, de forma irregular y por aparecer en prominencias óseas, además producen un dolor intenso y punzante que se agrava a lo largo del día y se alivia al elevar la extremidad, todo ello junto a edema y prurito (5,6).

Tratamiento

El tratamiento está dirigido a la causa de la úlcera, es decir, la insuficiencia venosa, y a fomentar la cicatrización de ésta, e incluye: desbridamiento de tejido necrótico, si existe, terapia compresiva para reducir edema y dolor y mejorar el retorno venoso, ejercicio prescrito, apósitos y medicamentos como la pentoxifilina (5).

La compresión de la extremidad mediante vendajes es imprescindible (5, 6, 7), el tiempo que debe pasar entre vendaje y vendaje puede variar de 1 a 3 días en función del tipo de úlcera y del portador de esta (6). El vendaje debe ser elástico y realizarse de forma bidireccional para asegurar una compresión cruzada, disminuir el edema y promover el retorno venoso (6). Como contraindicaciones de la terapia compresiva están la insuficiencia arterial importante y la insuficiencia cardiaca congestiva no compensada (5).

En cuanto a apósitos, en el estudio de Marola et al. (2016) se describen los diferentes tipos de estos y la descrip-

ción de sus usos (6):

- El apósito hidrocoloide sirve para úlceras con drenaje bajo o moderado ya que al contactar con el exudado forma una especie de gel que promueve la rehidratación de la herida.
- El apósito de hidrogel es utilizado para heridas secas y favorece el desbridamiento autolítico. Es preciso un apósito adicional no absorbente.
- Los alginatos son adecuados para úlceras con moderado-abundante exudado, cavidades y lesiones complejas y facilita la rehidratación y el desbridamiento autolítico.
- Los antimicrobianos son seleccionados cuando se sospecha de una infección, por ejemplo los que contienen plata ionizada (Ag⁺), que tienen características antiinflamatorias y antimicrobianas de amplio espectro.
- El apósito de espuma sirve para todo tipo de heridas que presenten exudado, se colocan previo a hacer la compresión, favorecen la cicatrización y no permiten que el vendaje pueda adherirse a la herida.

Si tras la aplicación de las anteriores opciones terapéuticas la úlcera no progresa adecuadamente en un periodo aproximado de 30 días, se debería plantear tratamientos adyuvantes como los injertos o la intervención endovenosa (5). Lins et al. (2023) en su trabajo menciona como terapia avanzada el tratamiento con gel de plaquetas autólogo (7).

Además de estas intervenciones, algo

que también cobra mucha importancia es el estado nutricional del paciente, ya que este debe ser satisfactorio para poder favorecer la regeneración de tejidos (7).

Seguimiento

En relación al seguimiento, es necesario evaluar la herida de forma sistemática en cada valoración y llevar un control de la progresión de esta, independientemente de los cuidados administrados, mediante escalas como PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing), que es la que prevalece según Lins et al. (2023) en su estudio. Esto homogeniza la atención y ofrece una orientación acerca del tratamiento a implantar (7).

Prevención

Una vez alcanzada la curación completa de la lesión, se debe poner el foco en la prevención de recidivas, para ello es efectiva la intervención venosa, además de medias de compresión de forma regular, elevación de la extremidad en periodos de descanso y realizar una actividad que mejore el bombeo muscular del gemelo (5). Se ha demostrado que un apoyo social positivo y la autoeficacia del paciente en el cuidado promueven la no aparición de reincidencias (5).

Equipo multidisciplinar y educación

Tanto Lins et al. (2023) como Marola et al. (2026) remarcan en sus trabajos la importancia de que el enfoque en el manejo de este tipo de heridas debe ser multidisciplinar, integrando distintos profesionales de la salud cuando sea

preciso (6, 7).

Se trata de procesos de curación prolongados, por ello es muy relevante la educación que se ofrezca al paciente y/o cuidador sobre los cuidados que requiere la úlcera o aspectos que promueven o retrasan la cicatrización, y esforzarse en que comprendan la importancia de la adherencia al tratamiento (7).

La intervención por parte de enfermería en las UV requiere un abordaje integral que combine el diagnóstico preciso del tipo de lesión, el tratamiento etiológico y la administración correcta de terapias como la compresión y los apósitos específicos. La evaluación sistemática a través de escalas estandarizadas y la valoración del estado nutricional del paciente son imprescindibles para promover una correcta evolución. Cuando la cicatrización no progresa, se deben tener en consideración terapias avanzadas y la intervención de un equipo multidisciplinar. Finalmente, la educación sanitaria y la prevención de recidivas son pilares fundamentales para garantizar una continuidad en los cuidados y evitar nuevas lesiones.

6 Discusión-Conclusión

A partir de los resultados anteriores, pueden extraerse varias reflexiones críticas sobre el rol de la enfermería en el manejo de las UV:

El artículo de Millan et al. (2019) y el

de Marola et al. (2016) coinciden en que la terapia compresiva es la fundamental para promover la cicatrización de UV (5, 6). Lins et al. (2023) apoyan este hallazgo en su estudio al identificarla como la práctica más habitualmente utilizada entre los cuidados de enfermería (7). Esto sustentaría la introducción de la compresión en los planes de cuidados de enfermería, teniendo siempre en cuenta las características del paciente.

Aunque existen guías sobre el manejo de las UV, Marola et al. (2016) mencionan la diversidad en la elección de las terapias (6), lo que supondría que en la práctica no siempre se llevan a cabo las recomendaciones sistematizadas y esto podría influir en la calidad de los cuidados. La revisión de Lins et al. (2023) sugiere el uso de escalas, como la PUSH, como estándar en la valoración de la progresión de la úlcera, lo cual permitiría homogeneizar el seguimiento y facilitar la evaluación de los resultados a lo largo del tiempo (7). Es decir, existe una clara necesidad de protocolos de actuación y registro sistemático por parte del personal de enfermería.

Lins et al. (2023) también plantea que para que una atención sea eficaz, además de todo el tratamiento dirigido a la cicatrización de la úlcera, es necesario una valoración adecuada, educación al paciente y colaboración con otros profesionales (7), esto último respaldado también en el estudio de Marola et al (2016) (6). Este enfoque in-

tegral en el que la enfermería desempeña un papel imprescindible, puede promover la adherencia al tratamiento, la prevención de recidivas y mejorar la calidad de vida de los pacientes portadores de estas lesiones.

A pesar del consenso sobre la efectividad de algunas terapias, en la práctica real se observa diversidad en los cuidados, lo que se traduce en una falta de un estándar claro de atención. El hecho de que muchas de las intervenciones escogidas no detallen su base científica o su seguimiento, según refiere Lins et al. (2023), no permite evaluar adecuadamente su eficacia (7). Por todo ello, emerge la necesidad de continuar investigando acerca de cuidados de enfermería en úlceras venosas y de la utilización de herramientas validadas para la evaluación de resultados.

7 Bibliografía

1. Robles-Tenorio A, Ocampo-Candiani J. Venous leg ulcer. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2022 [citado 2025 Nov 27]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567802/>
2. Graves N, Phillips CJ, Harding K. A narrative review of the epidemiology and economics of chronic wounds. *Br J Dermatol*. 2012;187(2):141–8. doi:10.1111/bjd.20692
3. Green J, Jester R, McKinley R, Pooler A. The impact of chronic venous leg ulcers: A systematic re-

view. *J Wound Care*. 2014;23(12):601–12. doi:10.12968/jowc.2014.23.12.601

4. Ylönen M, Stolt M, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Nurses' knowledge about venous leg ulcer care: A literature review. *Int Nurs Rev*. 2014;61(2):194–202. doi:10.1111/inr.12088

5. Millan SB, Gan R, Townsend PE. Venous ulcers: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2019;100(5):298–305.

6. Marola S, Ferrarese A, Solej M, Enrico S, Nano M, Martino V. Management of venous ulcers: State of the art. *Int J Surg*. 2016;33 Suppl 1:S132–S134. doi:10.1016/j.ijsu.2016.06.015

7. Lins EM, Sales AA, Freire RVS, Silva BN, Eloy RAL, Canga BDG, et al. Cuidados prestados ao portador de úlcera venosa que auxiliam a cicatrizaç o da ferida. *Revista Nursing*. 2023;26(302):9805–9809. Disponible en: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3101>

Artículo 70

TERAPIAS EMERGENTES EN GLAUCOMA: AVANCES Y PERSPECTIVAS

MARIA CHACON GONZALEZ

MÓNICA ESPEJO LORENTE

JUAN JOSÉ NARRO ALBESA

MÓNICA MUÑOZ LAÍN

FRANCISCO JAVIER SERRANO GRACIA

CLAUDIA SANZ POZO

El glaucoma es una neuropatía óptica progresiva y una causa principal de ceguera irreversible en todo el mundo. Aunque la reducción de la presión intraocular (PIO) sigue siendo el pilar terapéutico, un número considerable de pacientes continúa mostrando progresión a pesar del control tensional. Este hecho ha impulsado el desarrollo de terapias emergentes orientadas no solo al descenso de la PIO, sino también a la neuroprotección, la neuroregeneración y la modulación molecular de las vías patogénicas. Entre las nuevas estrategias destacan los inhibidores de la vía Rho-quinasa (Rho/ROCK), los sistemas de liberación sostenida de fármacos, los agentes neuroprotectores, las aproximaciones de terapia génica y diversas tecnologías innovadoras como ultrasonidos, láseres de nueva generación y métodos de neuromodulación. Esta revisión sintetiza los avances recientes, la evidencia disponible y las perspectivas futuras de estas terapias en el manejo del glaucoma.

1 Palabras clave

Glaucoma; PIO; inhibidores Rho/ROCK; neuroprotección; liberación sostenida; terapia génica; neuromodulación; retina.

2 Introducción

El glaucoma constituye una de las principales causas de ceguera irreversible a nivel mundial y su prevalencia aumenta progresivamente con el envejecimiento de la población. Tradicionalmente, el manejo terapéutico se ha centrado de forma casi exclusiva en la reducción de la PIO, bien mediante tratamientos farmacológicos tópicos, láser o cirugía. Sin embargo, numerosas evidencias señalan que un porcentaje significativo de pacientes continúa mostrando progresión estructural y funcional a pesar de alcanzar niveles de PIO considerados adecuados. Este hecho ha impulsado la búsqueda de nuevas estrategias terapéuticas dirigidas no solo a la disminución de la PIO, sino también a la modulación de la fisiopatología subyacente del daño glaucomatoso.

El conocimiento actual del glaucoma lo concibe como una enfermedad neurodegenerativa multifactorial que implica mecanismos mecánicos y vasculares, estrés oxidativo, alteraciones mitocondriales, disfunción sináptica y procesos apoptóticos que afectan a las células ganglionares de la retina

y sus axones. En consecuencia, se ha intensificado el desarrollo de terapias emergentes centradas en neuroprotección, neuroregeneración y modulación molecular, con el objetivo de preservar la función visual a largo plazo.

Paralelamente, han surgido innovaciones significativas en farmacología ocular, con la introducción de moléculas que actúan sobre la malla trabecular mediante la inhibición de la vía Rho-quinasa (Rho/ROCK), así como en plataformas de liberación sostenida que buscan mejorar la adherencia y reducir la variabilidad de la respuesta clínica. En los últimos años, también se ha avanzado en terapias génicas experimentales dirigidas a genes implicados en formas hereditarias de glaucoma, como MYOC (myocilin), así como en aproximaciones que modulan la expresión de factores neurotróficos.

Además, la investigación translacional ha impulsado nuevas tecnologías complementarias, como dispositivos basados en ultrasonidos, láseres de nueva generación, sistemas de inteligencia artificial para personalizar el tratamiento y métodos de neuromodulación dirigidos al mantenimiento funcional de las vías visuales. Este conjunto de avances sugiere un cambio de paradigma en el que el tratamiento del glaucoma se orienta hacia un abordaje más integral, enfocado tanto en la reducción de la PIO como en la protección neuronal y la modificación de los mecanismos patogénicos.

El objetivo de esta revisión es sintetizar las principales terapias emergentes en glaucoma, analizar la evidencia disponible sobre su eficacia y seguridad, y explorar su relevancia potencial en la práctica clínica futura.

3 Objetivos

- Revisar los avances terapéuticos más relevantes en glaucoma en la última década.
- Evaluar la evidencia clínica y experimental disponible sobre nuevos fármacos, plataformas de administración, estrategias neuroprotectoras, terapia génica y tecnologías emergentes.
- Identificar líneas de investigación con potencial para modificar el curso de la enfermedad y futuros desafíos en su implementación clínica.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura publicada entre enero de 2015 y enero de 2025 en PubMed, Scopus y ClinicalTrials.gov. Se emplearon términos como glaucoma emerging therapies, neuroprotection, Rho-kinase inhibitors, sustained-release implants, gene therapy glaucoma y neuromodulation. Se incluyeron ensayos clínicos fase I-III, revisiones sistemáticas, estudios prospectivos y publicaciones de relevancia translacional. Se excluyeron estudios exclusivamente en modelos

animales, artículos sin resultados clínicos o con técnicas en desuso. La selección final reunió 45 artículos que cumplieran criterios de calidad y pertinencia.

5 Resultados

1. Nuevos fármacos hipotensores: inhibidores Rho/ROCK y moduladores trabeculares

Los inhibidores de la vía Rho-quinasa (Rho/ROCK), como netarsudil, actúan reduciendo la resistencia al flujo en la malla trabecular, disminuyendo la presión venosa episcleral y mejorando la dinámica humor acuoso. Los estudios clínicos han demostrado descensos significativos de PIO tanto en monoterapia como combinados con latanoprost, con mejoras en el control nocturno. Aunque suelen presentar hiperemia conjuntival como efecto secundario principal, su perfil de seguridad es adecuado y han ampliado las opciones terapéuticas en pacientes con respuesta insuficiente a fármacos tradicionales.

Otros moduladores trabeculares en investigación incluyen inhibidores selectivos de integrinas y agentes dirigidos al citoesqueleto que buscan restaurar la función del sistema de drenaje convencional, con resultados preliminares prometedores.

2. Sistemas de liberación sostenida y formulaciones de larga duración

El desarrollo de sistemas de liberación sostenida pretende mejorar la adheren-

cia terapéutica, un factor crítico en el control del glaucoma. El implante intracameral de bimatoprost de liberación prolongada ha mostrado reducciones consistentes de PIO durante varios meses con un perfil de seguridad favorable. Otros sistemas, como matrices biodegradables subconjuntivales, microdepósitos insertados en el canal de Schlemm y nanopartículas transportadoras, se encuentran en diferentes fases de ensayo.

Estas estrategias buscan minimizar la dependencia de la aplicación tópica diaria y reducir la variabilidad en la exposición a fármacos, lo que podría traducirse en un mejor control a largo plazo.

3. Terapias dirigidas a neuroprotección y neuroregeneración

Dado que la progresión del glaucoma no siempre se correlaciona exclusivamente con la PIO, se han desarrollado tratamientos orientados a preservar las células ganglionares de la retina. Entre estos destacan los antagonistas de receptores NMDA, los factores neurotróficos como el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y moduladores del estrés oxidativo. Ensayos en humanos han evaluado la administración intravítrea de neurotrofinas y agentes antioxidantes, con resultados preliminares que sugieren estabilización funcional en algunos pacientes.

La investigación actual también explora vías mitocondriales y modu-

ladores de apoptosis, así como estrategias para favorecer la regeneración axonal en etapas tempranas.

4. Terapia génica y modulación molecular

La terapia génica en glaucoma se centra en dos aproximaciones principales: Reducción de PIO mediante modificación del trabéculo, incluyendo vectores que disminuyen la resistencia al drenaje.

Tratamiento de formas hereditarias, especialmente mutaciones en MYOC (myocilin), donde tecnologías como CRISPR-Cas9 (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats – CRISPR associated protein 9) buscan suprimir la expresión génica anómala. Asimismo, se han desarrollado vectores que incrementan la expresión de factores neurotróficos o agentes anti-apoptóticos. Aunque aún en fases tempranas, la terapia génica representa una vía prometedora para tratamientos de larga duración.

5. Tecnologías emergentes: ultrasonidos, láseres avanzados, inteligencia artificial y neuromodulación

Nuevos dispositivos basados en ultrasonidos, como los sistemas de Ultrasonic Cycloplasty, apuntan a una remodelación no invasiva de la vía uveoescleral. Los láseres selectivos de nueva generación buscan aumentar la eficacia y disminuir la dispersión térmica.

La inteligencia artificial se ha incorporado al análisis de progresión y po-

dría permitir tratamientos personalizados basados en patrones predictivos. La neuromodulación retiniana y cortical, en evaluación experimental, estudia la posibilidad de influir en la supervivencia de las vías visuales mediante estimulación eléctrica o magnética.

6 Discusión-Conclusión

Los avances en el tratamiento del glaucoma reflejan un cambio de paradigma hacia un enfoque más integral, donde la reducción de la PIO sigue siendo esencial, pero no suficiente para abordar la naturaleza neurodegenerativa de la enfermedad. Los inhibidores Rho/ROCK ofrecen una alternativa farmacológica valiosa al actuar sobre el drenaje trabecular, mientras que los sistemas de liberación sostenida representan una solución prometedora al desafío de la adherencia terapéutica.

Las aproximaciones de neuroprotección y neuroregeneración están aún en fases iniciales, pero aportan un marco conceptual novedoso que podría modificar la historia natural del glaucoma si se consolidan como terapias efectivas. La terapia génica, aunque emergente, abre la puerta a intervenciones duraderas dirigidas tanto al control de la PIO como a la corrección de defectos moleculares. Por su parte, las tecnologías basadas en ultrasonidos, los láseres de última generación y la neuromodulación reflejan la tendencia hacia procedimientos menos invasivos y más

precisos.

Pese a estos avances, persisten retos importantes: la necesidad de biomarcadores sensibles de progresión, la validación de endpoints funcionales adecuados y la evaluación a largo plazo de seguridad y coste-efectividad. En conjunto, las terapias emergentes en glaucoma ofrecen un panorama dinámico y prometedor que podría transformar el abordaje de esta enfermedad en la próxima década.

7 Bibliografía

1. Weinreb RN, Aung T, Medeiros FA. The pathophysiology and treatment of glaucoma: a review. *JAMA*. 2014;311(18):1901–1911.
2. Hoyng PF, van Beek LM. Pharmacological therapy in glaucoma: efficacy and safety of new agents. *Prog Brain Res*. 2015;220:251–272.
3. Lewis RA, Levy B. Rho kinase inhibitors and their role in the management of glaucoma. *Surv Ophthalmol*. 2018;63(4):435–446.
4. Brandt JD, et al. Bimatoprost sustained-release implant: results of phase 1/2 clinical trials. *Am J Ophthalmol*. 2016;169:93–103.
5. Quigley HA, et al. Neuroprotection in glaucoma: where do we stand? *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2020;61(5):1–14.
6. Bijlsma WR, et al. Gene therapy for glaucoma: progress and perspectives. *Exp Eye Res*. 2021;205:108495.

7. Tseng VL, et al. Emerging laser and energy-based treatments for glaucoma. *Curr Opin Ophthalmol*. 2022;33(2):98–105.
8. Tsai JC, Katz LJ. Advances in drug delivery systems for glaucoma. *Curr Opin Ophthalmol*. 2023;34(2):121–128.
9. Calkins DJ. Retinal ganglion cell neuroprotection and regeneration in glaucoma. *Prog Retin Eye Res*. 2021;82:100923.
10. Johnstone MA. The role of trabecular biomechanics in glaucoma therapy. *Exp Eye Res*. 2020;197:108112.

Artículo 71

EL IMPACTO DE LAS REDES SOCIALES EN LA SALUD MENTAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

PAULA GARCÍA OZCOZ

LUCÍA SIMÓN PÉREZ-NIEVAS

NOEMÍ GIL VITAS

MARTA OCHOA GUTIÉRREZ

CARMEN RUIZ BURGOS

RAQUEL GRACIA PÉREZ-ARCOS

Introducción

El uso extendido de medios digitales entre niños y adolescentes ha generado preocupación debido a su impacto en la salud física, mental y social. Aunque estas tecnologías ofrecen beneficios como facilitar el aprendizaje y la comunicación, un uso excesivo o inadecuado se asocia con ansiedad, depresión y conductas autolesivas, especialmente en jóvenes con vulnerabilidad emocional. El uso problemático de Internet incluye no solo la navegación excesiva, sino también la interacción en redes sociales y la exposición a ciberacoso, lo que puede deteriorar la autoestima y las relaciones sociales. Frente a ello, los profesionales de la salud deben promover hábitos digitales responsables y supervisión del uso de pantallas.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como SciELO, Medline y Dialnet, seleccionando artículos publicados entre 2015 y 2025 en español e inglés.

Las palabras clave incluyeron “redes sociales”, “pantallas”, “trastorno mental” y “psiquiatría”, y se eligieron los estudios más relevantes y concretos sobre el tema.

Resultados

El uso excesivo de redes sociales afecta la salud mental de jóvenes de 16 a 26 años, provocando trastornos del sueño, ansiedad, depresión y baja autoestima. La exposición constante a contenido visual y la comparación social incrementan estos efectos, mientras que el ciberacoso genera un entorno hostil que deteriora la seguridad emocional. Asimismo, el consumo intensivo de contenidos relacionados con alimentación, peso e imagen corporal se vincula con trastornos de la conducta alimentaria, incluso sin cumplir criterios diagnósticos completos. Para reducir riesgos, se recomienda establecer horarios de uso, limitar la conexión antes de dormir, seleccionar contenido positivo, fomentar la interacción presencial y proteger la privacidad al compartir información en línea.

Discusión y Conclusión

La relación entre redes sociales y enfermería es clave para prevenir y promover la salud mental, utilizando estos espacios como herramientas educativas. El impacto de las redes sociales requiere investigación continua, y la labor de la enfermería resulta fundamental para educar, acompañar y crear entornos digitales más seguros, equilibrando los beneficios de la tecnología con la protección del bienestar emocional de los jóvenes.

1 Palabras clave

- Uso problemático de internet.
- Redes sociales.
- Salud mental.
- Psiquiatría.
- Pantalla.
- Internet.

2 Introducción

El uso extendido de los medios digitales entre niños y adolescentes ha generado una creciente inquietud debido a su posible impacto en distintas áreas de la salud. Aunque estas tecnologías pueden aportar beneficios en contextos específicos —como facilitar el apren-

dizaje o mejorar la comunicación—, su diseño actual y la forma en que suelen emplearse exponen a los menores a riesgos importantes. La evidencia científica señala que un uso excesivo o inadecuado de dispositivos electrónicos puede relacionarse con un aumento de síntomas de ansiedad, depresión y conductas autolesivas. Estos efectos suelen manifestarse con mayor intensidad en jóvenes que ya presentan algún tipo de vulnerabilidad emocional o psicológica previa.

Asimismo, el uso problemático de Internet abarca no solo la navegación excesiva, sino también la participación en redes sociales y la exposición a dinámicas nocivas como el ciberacoso. Estas

experiencias digitales pueden profundizar trastornos de salud mental ya existentes, deteriorar la autoestima y afectar las relaciones sociales o familiares.

En este contexto, se vuelve imprescindible que los profesionales sanitarios desarrollen estrategias preventivas que orienten a las familias y promuevan hábitos digitales saludables. Entre estas medidas destacan la supervisión constante del uso de pantallas, la definición de límites claros y la educación sobre un empleo responsable de la tecnología. Regular y acompañar el contacto de los menores con los dispositivos digitales es esencial para salvaguardar su bienestar físico, emocional y social, no solo en el presente, sino también a largo plazo.

3 Objetivos

- Analizar los principales problemas de salud mental derivados del uso inapropiado de las pantallas.
- Plantear medidas de uso seguro de pantallas en la población infantil.

4 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de fuentes científicas actualizadas en las bases de datos SciELO, medline y dialnet. Se ha limitado la búsqueda a artículos publicados entre 2015 y 2025 en castellano y en inglés. Las palabras clave han sido: redes sociales, pantallas, trastorno mental, psiquiatría. Después

se ha llevado a cabo una selección de los artículos que definan el tema propuesto de la forma más concreta.

5 Resultados

Analizar los principales problemas de salud mental derivados del uso inapropiado de las pantallas.

El uso excesivo de las redes sociales se ha convertido en un tema de creciente preocupación debido a sus efectos sobre la salud mental, especialmente en jóvenes entre 16 y 26 años. Aunque estas plataformas ofrecen oportunidades para la interacción y el fortalecimiento de relaciones, un consumo desmedido puede afectar la forma en que las personas se perciben a sí mismas y a los demás, extendiendo sus repercusiones más allá del entorno virtual.

Entre los principales problemas asociados al uso intensivo de redes sociales destacan los trastornos del sueño, la ansiedad, la depresión y la disminución de la autoestima. El constante estímulo de estar conectados y la necesidad de actualizarse permanentemente generan una presión que interfiere con los hábitos de descanso y alimentación, provocando dependencia y síntomas de abstinencia en algunos usuarios.

Otro fenómeno relevante es el ciberacoso o cyberbullying, cada vez más frecuente entre estudiantes y adultos jóvenes. Las redes sociales se han convertido en un espacio donde algunos usuarios descargan hostilidad y

rechazo hacia otros, aprovechando el anonimato y la ausencia de consecuencias inmediatas. Esta situación genera un entorno que puede intensificar problemas emocionales y afectar el desarrollo social y psicológico de los individuos.

Asimismo, el uso desmedido de estas plataformas fomenta la comparación constante, lo que contribuye a una percepción negativa de uno mismo y a la baja autoestima. Las interacciones digitales, aunque aparentemente inocuas, pueden convertirse en un parámetro de valoración personal, afectando el bienestar emocional y la seguridad individual.

Por último, se ha observado que el uso intensivo de redes sociales de carácter visual se relaciona con la aparición de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), así como con alteraciones en los hábitos alimenticios y en la percepción de la imagen corporal, incluso cuando no se cumplen los criterios diagnósticos completos de un trastorno. Los expertos señalan que no solo importa el tiempo de conexión, sino también el tipo de conducta que se realiza mientras se está en línea. Las comparaciones sociales frecuentes y la exposición a contenidos relacionados con alimentación, peso e imagen corporal son especialmente perjudiciales.

Plantear medidas de uso seguro de pantallas en la población infantil.

Para reducir los riesgos asociados al uso de redes sociales, es funda-

mental establecer límites y fomentar hábitos digitales saludables. Entre las estrategias recomendadas se encuentran definir horarios específicos para conectarse, evitando la sobreexposición y mejorando la concentración, así como reducir el uso antes de dormir para favorecer la calidad del sueño.

Además, es importante seleccionar cuidadosamente el contenido que se consume, priorizando información positiva y evitando aquello que genere ansiedad, comparaciones negativas o afecte la autoestima. Fomentar la interacción presencial y fortalecer las relaciones cara a cara contribuye a disminuir la dependencia digital y a mantener un equilibrio emocional. Asimismo, se debe tener cuidado con el contenido que se comparte, protegiendo la privacidad y evitando impactos negativos sobre la reputación o la percepción personal.

Aunque las redes sociales ofrecen numerosos beneficios, un uso excesivo o inadecuado puede perjudicar la salud mental. Por ello, identificar los peligros potenciales y aplicar hábitos responsables permite aprovechar sus ventajas sin comprometer el bienestar emocional. La clave está en lograr un equilibrio, reconociendo cuándo es necesario desconectarse y buscar ayuda profesional si el uso digital empieza a afectar la vida diaria. Aprender a gestionar el tiempo y la forma en que interactuamos en estas plataformas es esencial para proteger la salud mental y disfru-

tar de manera segura de las herramientas digitales.

6 Discusión-Conclusión

La relación entre las redes sociales y el ámbito de la enfermería resulta esencial para abordar la prevención y la promoción de la salud mental en la población. El creciente uso de estas plataformas digitales ha generado nuevas necesidades de intervención, ya que muchos usuarios, especialmente jóvenes, pueden verse afectados por la presión social, la comparación constante o la exposición a contenidos perjudiciales. Desde la enfermería, se considera fundamental utilizar estos espacios como herramientas educativas que permitan informar sobre los riesgos de un uso inadecuado de las redes y sobre los múltiples trastornos psicológicos asociados.

Gracias a la difusión de información sanitaria fiable en redes sociales, los pacientes tienen la oportunidad de identificar si están desarrollando comportamientos adictivos o si experimentan cambios emocionales negativos derivados de su actividad digital. Este acceso al conocimiento favorece que puedan reflexionar sobre su propio bienestar, reconocer señales de alarma y tomar decisiones informadas respecto a la necesidad de pedir ayuda profesional antes de que su situación derive en un problema grave.

Esta revisión bibliográfica subraya que

el impacto de las redes sociales en la salud mental es un fenómeno emergente y de gran relevancia en la actualidad, ya que afecta a un amplio sector de la población. Por ello, se insiste en la importancia de seguir investigando este campo para comprender mejor sus efectos y diseñar estrategias que permitan reducir los riesgos. En este sentido, la labor de la enfermería resulta clave, no solo para educar y acompañar, sino también para contribuir a la creación de entornos digitales más seguros y saludables.

7 Bibliografía

1. Ives LSEA, Huertas Patón A, Forti Buratti MA, Álvarez Pitti J, Salmerón-Ruiz MA, Rodríguez Hernández PJ, Real-López M. Impacto de las pantallas y las redes sociales en la salud mental. *Anales de Pediatría*. 2025;103(2):503909. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403325001444>
2. Troya-Fernández JC, Perinán-Sotelo N, Sánchez-Movellan-Pérez P. El impacto de las redes sociales en la salud mental. *Revisión bibliográfica. SANUM Revista Científico-Sanitaria*. 2023;7(1):18–28. Disponible en: https://revistacientificasanum.com/wp-content/uploads/vol7n1/Vol7n1-Articulos-PDF/sanum_v7_n1_ImpactoRedesSociales.pdf

Artículo 72

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL: REVISIÓN ACTUAL BASADA EN LA EVIDENCIA

CARMEN RUIZ BURGOS

NOEMÍ GIL VITAS

RAQUEL GRACIA PÉREZ-ARCOS

LUCÍA SIMÓN PÉREZ-NIEVAS

MARTA OCHOA GUTIÉRREZ

PAULA GARCÍA OZCOZ

Las vías venosas centrales (VVC) son consideradas una herramienta esencial en la atención de pacientes con tratamientos prolongados o en situación crítica. Los profesionales de enfermería juegan un papel importante, por lo que deben estar en continúa formación, siguiendo los protocolos creados para su manejo.

En este artículo se revisan las medidas necesarias para la inserción y mantenimiento del catéter venoso central, así como las posibles complicaciones que pueden surgir y los cuidados estipulados para evitarlo.

1 Palabras clave

ciones.

Vía venosa central; catéter venoso central; cuidados de enfermería; complica-

2 Introducción

El catéter venoso central (CVC) se puede insertar en 3 venas de gran calibre como la yugular, subclavia o la femoral. Si el acceso es través de la vena yugular o subclavia, la punta del catéter debe quedar entre la unión de la vena cava superior con la aurícula derecha, pero si se hace a través de la vena femoral, la punta del catéter debe situarse en la vena cava inferior.

La vía venosa central permite la administración de hemoderivados, fármacos vesicantes e irritantes, de nutriciones, así como de monitorización hemodinámica, por lo que resulta imprescindible para tratamiento de pacientes críticos, oncológicos o con tratamiento de larga duración.

La aplicación de protocolos basados en la evidencia, la vigilancia continua del punto de inserción de la vía central, el mantenimiento estricto de la técnica aséptica y la educación al paciente son estrategias necesarias para evitar la aparición de complicaciones. Igualmente, la formación continua del personal de enfermería y la estandarización de prácticas clínicas ayudan a reducir las tasas de eventos adversos y mejorar la calidad de la atención. De esta forma, resulta esencial el análisis y actualización de los cuidados de enfermería relacionados con el catéter venoso central, favoreciendo así una práctica clínica segura y centrada en el paciente.

3 Objetivos

- Analizar las prácticas de los cuidados de enfermería con el manejo del catéter venoso central a partir de la evidencia científica reciente.
- Identificar las principales complicaciones que pueden surgir y las medidas estipuladas para evitarlas.
- Describir los cuidados y mantenimiento de la vía venosa central.

4 Metodología

Para la elaboración del siguiente artículo se ha realizado una revisión bibliográfica.

Se consultaron bases de datos como Pubmed y Dialnet, seleccionando artículos publicados entre los últimos 5 y 10 años, usando las palabras clave “vía venosa central”, “catéter venoso central”, “enfermería” y “cuidados”.

5 Resultados

Tras la revisión de los estudios publicados recientemente, se observa que todos reiteran la importancia de tener una continua formación, así como de seguir las recomendaciones adecuadas para el manejo diario de la vía central. Los profesionales de enfermería son los principales encargados de los cuidados y mantenimiento de este tipo de vías.

Inserción y seguridad:

La inserción del catéter debe realizarse en condiciones de asepsia y de man-

era estéril, utilizando guantes, mascarilla, gorro, bata y campo estéril. La preparación de la piel utilizando Clorhexidina alcohólica al 2%. El uso del ecógrafo ayuda a reducir los fallos y evitar complicaciones.

Cuidados diarios:

Para el mantenimiento de la vía venosa central es importante que el profesional conozca los siguientes cuidados:

- Lavado de manos antes y después de cada manipulación de la vía.
- Cambio de apósito cada 7 días si se trata de apósito transparente.
- Valoración diaria del punto de inserción para detectar posibles complicaciones.
- Lavado de la luz con solución salina o con heparina según indicación.
- Revisión diaria de la necesidad de mantener el catéter venoso central, facilitando su retirada cuando ya no sea oportuno.

Complicaciones:

En el caso de que los cuidados no sean los apropiados pueden surgir distintos tipos de complicaciones.

- Mecánicas: Como malposición de la punta del catéter, perforación vascular, neumotórax o hemotórax.
- Trombóticas: provocando oclusión de la luz, trombosis venosa profunda.
- Infecciosas: Bacteriemia asociada al catéter venoso central. Las infecciones constituyen las complicaciones más graves y de mayor morbimortalidad hospitalaria.

Formación y trabajo:

El correcto manejo de la vía central precisa de la formación y destreza del equipo profesional. La participación de los profesionales de enfermería en programas educativos, así como la implementación de protocolos de inserción y cuidados de la vía central y evaluación de su necesidad, constituyen estrategias para evitar la aparición de complicaciones.

6 Discusión-Conclusión

La vía venosa es una herramienta terapéutica imprescindible y su seguridad va a depender de una aplicación rigurosa de las medidas preventivas basadas en la evidencia. La continua educación del personal, el establecimiento de protocolos de inserción y mantenimiento, así como la evaluación diaria del dispositivo son planteamientos imprescindibles para evitar complicaciones. Una atención segura y de calidad conlleva un manejo integral combinando competencia técnica y responsabilidad institucional.

Finalmente podemos afirmar que los cuidados de enfermería del catéter venoso central conllevan habilidades técnicas, a la vez que un enfoque integral centrado en la seguridad del paciente, lo que convierte esta actuación en una responsabilidad crítica en el entorno clínico y un pilar básico en la práctica de los profesionales de enfermería.

7 Bibliografía

1. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2023.
2. Pérez-López A, González-Martínez F. Rol de enfermería en la prevención de infecciones relacionadas con catéter venoso central. *Enferm Intensiva*. 2022;33(1):22-30.
3. De Jesus SC, Bertoncello KC, Vieira GT, et al. Nursing Care for Patients with Central Venous Catheter: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Res Rev J Nurs Health Sci*. 2020.
4. Yin Y, Tang C, Zhang L, Wu D, Sun Q. Establishment and implementation of a nurse-led interdisciplinary management strategy for central line maintenance: a single-center experience. *Int J Nurs Sci*. 2023;10(3):345–350.
5. Notshe T, ten Ham-Baloyi W, James S. Improving critical care nurses' knowledge of central venous catheter management through education. *Health SA Gesondheid*. 2025.
6. Pronovost P, et al. Central venous catheter insertion and maintenance: evidence-based clinical recommendations. 2020.

Artículo 73

IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA PRÁCTICA ENFERMERA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

LAURA VICENTE ALONSO

IZARBE DOÑATE BAREA

ELENA GALINDO MIGUEL

CRISTINA NOGALES ESCUSA

JULIA NAVARRO SUSINOS

TOMAS PUNTER SERRANO

Introducción: La inteligencia artificial puede ser una herramienta útil para la asistencia a los pacientes, tanto en la monitorización como en el diagnóstico, además, puede liberar a las enfermeras de tareas rutinarias. A pesar de estas ventajas, existen ciertos temores sobre la deshumanización y la privacidad.

Objetivos: Este artículo busca entender cómo la inteligencia artificial afecta en la seguridad del paciente, el trabajo enfermero, los retos éticos y la preparación del personal para su implementación.

Metodología: Para la elaboración del artículo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica existente.

Resultados: La evidencia muestra que la inteligencia artificial mejora la seguridad del paciente y ayuda a la detección precoz de complicaciones, además, reduce tareas

administrativas y carga laboral, aun así, genera ciertas preocupaciones éticas. Su aceptación depende del grado de formación en competencias digitales.

Discusión-conclusión: La inteligencia artificial puede mejorar la seguridad y eficiencia del personal de enfermería, debe implementarse de forma gradual, siempre con formación y supervisión, para garantizar la privacidad, la ética y la humanización de los cuidados.

1 Palabras clave

Inteligencia artificial; enfermería; seguridad del paciente; ética; monitorización.

2 Introducción

La inteligencia artificial es un tema que está sobre la mesa en los últimos años, el cual comprende tecnologías como el aprendizaje automático, los modelos predictivos o el procesamiento del lenguaje natural, lo cual se puede aplicar de forma directa en la práctica asistencial.

En el ámbito sanitario, la integración de la inteligencia artificial ha provocado un cambio profundo en la manera en la que los profesionales de la salud, sobre todo médicos y enfermeras, abordan la atención clínica diaria.

Diversos estudios han visto como el uso de la inteligencia artificial en hospitales puede mejorar la monitorización de los pacientes, permitir una identificación más temprana de los signos de empeoramiento así como optimizar la precisión al dar un diagnóstico, todo ello en base a mejorar la seguridad del paciente.

El uso de la inteligencia artificial en el caso de las enfermeras podría liberarlas de desarrollar tareas repetitivas, como por ejemplo la toma de constantes, permitiendo una mayor dedicación al cuidado directo, lo cual puede aumentar la calidad asistencial.

Sin embargo, el uso de la inteligencia artificial también puede provocar miedos e inquietudes entre estas profesionales, ya que se teme que la inteligencia artificial reduzca la humanización de los cuidados o pueda llegar a sustituir su juicio clínico. Además, también existe cierta preocupación acerca de la privacidad y el manejo de datos clínicos o confidenciales.

Si bien existen estos miedos entre las enfermeras, los estudios destacan que la percepción del uso de la inteligencia artificial depende del grado de formación tecnológica, ya que aquellas enfermeras que han recibido información en competencias digitales, están más receptivas a implementar su uso, mientras que aquellas que no, tienden a ser más escépticas o desconfiadas.

Por tanto, la inteligencia artificial puede verse como una oportunidad para mejorar la seguridad del paciente y el bienestar del profesional, aunque también plantea retos éticos y organi-

zativos.

Este artículo va a revisar la evidencia disponible para comprender el impacto de la inteligencia artificial y enfocar su uso en la práctica enfermera desde la responsabilidad.

3 Objetivos

Los objetivos de este artículo son:

- Analizar los efectos de la inteligencia artificial sobre la seguridad del paciente.
- Evaluar el impacto de la inteligencia artificial y su eficiencia operativa desde el punto de vista de la enfermería.
- Describir los desafíos éticos y organizativos asociados a la inteligencia artificial.
- Examinar la percepción y preparación de las enfermeras ante su implementación en el ámbito asistencial.

4 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda exhaustiva en las diferentes bases de datos: Pubmed y Google Scholar.

Como criterios de inclusión se han tenido en cuenta artículos tanto en inglés como en español, del año 2019 hasta la actualidad. Las palabras clave seleccionadas para realizar la búsqueda

han sido: artificial intelligence, nursing, patient safety, ethics y monitoring.

5 Resultados

Los resultados obtenidos se han organizado en cuatro categorías temáticas:

1. Impacto clínico y seguridad del paciente.

La inteligencia artificial puede ayudar a mejorar la monitorización continua de los pacientes así como la detección temprana de eventos adversos, ya que permite identificar cambios fisiológicos antes de que sean visibles clínicamente, favoreciendo una rápida intervención y disminuyendo el riesgo de complicaciones.

Si hablamos de cuidados críticos, la inteligencia artificial ha ayudado a observar infecciones o riesgo de sepsis con más precisión que sistemas tradicionales, lo cual ha ayudado a mejorar la seguridad del paciente gracias a una toma de decisión más rápida y precisa.

2. Eficiencia operativa y carga laboral.

La inteligencia artificial, además de utilizarse para el cuidado directo de los pacientes, también puede ser empleada en la automatización de tareas administrativas, como por ejemplo la documentación o la gestión de recursos, lo cual favorece a su vez una mayor dedicación a los cuidados directos.

Por tanto, su implementación puede contribuir a entornos profesionales más positivos, a reducir el burnout y a mejorar la toma de decisiones.

3. Ética, privacidad y desafíos profesionales.

El uso de la inteligencia artificial también provoca ciertas preocupaciones, como por ejemplo la pérdida de autonomía, la deshumanización de los cuidados, la disminución del juicio clínico o el riesgo de cometer errores por un exceso de confianza en los algoritmos.

En cuanto a la privacidad, puede haber un aumento del riesgo al acceso de contenidos no autorizados, fugas de información o falta de transparencia en los sistemas. Así mismo, también existe la duda sobre quién asume la responsabilidad cuando falla el algoritmo, aunque diversos estudios señalan que la inteligencia artificial debe ser supervisada por humanos para así minimizar los riesgos.

4. Percepción y preparación del personal de enfermería.

La percepción del personal de enfermería al uso de la inteligencia artificial, depende de la formación tecnológica de cada persona, es decir, aquellas que están familiarizadas con las competencias digitales, muestran más confianza que las que no han adquirido esta formación.

Si hablamos de los estudiantes de enfermería, estos presentan una actitud positiva hacia el uso de la inteligencia artificial en el desempeño de su carrera, aunque también con ciertas dudas sobre su futuro profesional.

6 Discusión-Conclusión

La evidencia muestra que la inteligencia artificial puede ser utilizada en la práctica enfermera, tanto para mejorar la seguridad del paciente como para la eficiencia asistencial.

Su capacidad para detectar cambios clínicos de manera precoz así como para ayudar a realizar tareas repetitivas, puede ayudar a que las enfermeras se centren en el cuidado directo de los pacientes.

Para poder implementar el uso de la inteligencia artificial de forma segura, hay que integrarla de forma gradual, proporcionar información específica en competencias digitales y ética a todo el personal sanitario que vaya a hacer uso de ella, así como asegurar que la inteligencia artificial complementa el juicio clínico, no que lo sustituya.

No obstante, también existen ciertos riesgos éticos y profesionales sobre los que se debe buscar una solución. La preocupación por la deshumanización de los cuidados, la pérdida de autonomía o la privacidad de los datos, deben sostenerse sobre unas políticas claras que se centren en el paciente.

En definitiva, la inteligencia artificial es una herramienta prometedora que puede ayudar a mejorar la calidad asistencial, pero su uso debe hacerse desde un punto de vista ético, responsable y centrado en el paciente.

7 Bibliografía

1. Al Khatib I, Ndiaye M. Análisis del rol de la IA en la transformación del rol de las enfermeras en la atención al paciente: Revisión sistemática. *JMIR Nurs* [Internet]. 2025;8:e63335. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/63335>
2. Badawy W, Zinhom H, Shaban M. Consideraciones éticas en el uso de inteligencia artificial para la atención al paciente: Una revisión sistemática. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2025;72(3):e13059. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/inr.13059>
3. Bodur G, Cakir H, Turan S, Seren AKH, Goktas P. Inteligencia artificial en la práctica de enfermería: un estudio cualitativo de las perspectivas de las enfermeras sobre oportunidades, desafíos e implicaciones éticas. *BMC Nurs* [Internet]. 2025;24(1):1263. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-025-03775-6>
4. El Arab RA, Alshakihs AH, Alabdulwahab SH, Almubarak YS, Alkhalifah SS, Abdrbo A, et al. Inteligencia artificial en enfermería: una revisión sistemática de actitudes, alfabetización, preparación e intenciones de adopción entre estudiantes de enfermería y enfermeras en ejercicio. *Front Digit Health* [Internet]. 2025;7(1666005):1666005. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fdgth.2025.1666005>
5. García-Gómez JM, Blanes-Selva V, Cenzano JC de B, Cebolla-Cornejo J, Doñate-Martínez A. Requisitos funcionales para mitigar el riesgo de daño a los pacientes procedente de la inteligencia artificial en la asistencia sanitaria [Internet]. *arXiv [cs.AI]*. 2023. Disponible en: <http://arxiv.org/abs/2309.10424>
6. Hassanein S, El Arab RA, Abdrbo A, Abu-Mahfouz MS, Gaballah MKF, Seweid MM, et al. Inteligencia artificial en enfermería: una revisión integral de los impactos clínicos y operativos. *Front Digit Health* [Internet]. 2025;7:1552372. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fdgth.2025.1552372>
7. Noboa Mora CJ, Martínez Benítez EJ, Martínez Benítez CC. Ética y desafíos de la implementación de la inteligencia artificial en la práctica de la enfermería. Revisión sistemática. Anál comport las líneas de crédito a través de corp financ nac su aporte al desarrollo las PYMES Guayaquil 2011-2015 [Internet]. 2025;9(2):323–39. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/9.\(2\).abril.2025.323-339](http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/9.(2).abril.2025.323-339)
8. Pereira SC de A, Ferreira RA, Ventura-Silva JM, Santos EJF, Fassarella CS, Ribeiro OMPL. El efecto de la inteligencia artificial en la promoción de entornos positivos para la práctica de enfermería: Revisión sistemática de métodos mixtos. *J Clin Nurs* [Internet]. 2025;(jocn.70127). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.70127>
9. Weiner EB, Dankwa-Mullan I, Nelson WA, Hassanpour S. Desafíos éticos y estrategias en evolución en la

integración de la inteligencia artificial
en la práctica clínica [Internet]. arXiv
[cs.CY]. 2024. Disponible en: [http://
arxiv.org/abs/2412.03576](http://arxiv.org/abs/2412.03576)

Artículo 74

LA IMPORTANCIA DE LOS CONTRASTES EN RADIOLOGÍA Y SU EVOLUCIÓN FUTURA

NATALIA FERNÁNDEZ CAMPO

JAVIER NAVARRO GARCÍA

SUSANA GUILLAMON CELADES

VICTOR MANUEL REQUENO CAURIN

EDUARDO JOSE PEÑARROCHA GARZON

SERGIO MAGEN GARCIA

Introducción: se describe la relevancia de los medios de contraste en las técnicas de imagen y su papel en la práctica radiológica.

Objetivos: se establece el propósito de analizar la utilidad, los tipos existentes y las posibilidades de sustitución futura.

Metodología: se detalla el procedimiento de revisión bibliográfica en fuentes científicas recientes.

Resultados: se discuten los beneficios diagnósticos, los diferentes tipos de contrastes y los avances hacia nuevos métodos complementarios.

Conclusiones: se sintetiza la importancia clínica de los contrastes y se valora la posibilidad de innovaciones futuras en este campo.

1 Palabras clave

Contrastes radiológicos; radiología; diagnóstico por imagen; gadolinio; yodo; agentes de contraste

2 Introducción

Los medios de contraste se han convertido en herramientas indispensables en los servicios de Radiología, ya que permiten mejorar la visualización de estructuras anatómicas y procesos patológicos que, sin su utilización, permanecerían ocultos o difíciles de diferenciar. Su función principal consiste en modificar la atenuación o la señal de determinados tejidos, incrementando el contraste natural entre órganos y fluidos corporales. Gracias a ello, las técnicas de imagen como la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y diversas modalidades intervencionistas logran obtener diagnósticos más precisos y fiables.

En la actualidad, los dos grupos de contrastes más utilizados son los basados en yodo para TC y los basados en gadolinio para RM. Cada uno de ellos presenta características físico-químicas específicas que determinan su comportamiento dentro del organismo. Estos productos permiten identificar lesiones tumorales, patologías vasculares, inflamatorias e infecciosas, así como valorar la perfusión y funcionalidad de distintos órganos. Su uso, por tanto, tiene un papel directo en la reducción de er-

rores diagnósticos y en la mejora del pronóstico del paciente.

Sin embargo, el empleo de contrastes no está exento de limitaciones, como reacciones adversas, nefrotoxicidad o depósito tisular, lo que ha impulsado la investigación de alternativas más seguras y eficaces. En los últimos años, se explora la posibilidad de desarrollar agentes con menor toxicidad, nanopartículas dirigidas, contrastes inteligentes activados por procesos metabólicos e incluso tecnologías que podrían reducir la necesidad de contrastes convencionales. Este capítulo analiza tanto la importancia clínica de los medios de contraste actuales como el posible futuro de estas sustancias dentro de la Radiología moderna.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar la importancia de los medios de contraste en Radiología y valorar la posibilidad de sustitutos o nuevas alternativas futuras.

Objetivos secundarios:

- Describir los tipos principales de contrastes utilizados actualmente.
- Evaluar los beneficios clínicos derivados del uso de contrastes.
- Identificar limitaciones y áreas de posible innovación tecnológica.

4 Metodología

El presente trabajo se basa en una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados entre 2015 y 2024. Las búsquedas se realizaron en bases de datos como PubMed, Scopus, Medline y Scielo utilizando términos como "radiology contrast agents", "iodinated contrast", "gadolinium safety", "alternative contrast methods" y "nanoparticles in imaging".

Se incluyeron revisiones sistemáticas, guías clínicas, estudios experimentales y publicaciones de sociedades radiológicas internacionales. También se consultaron informes técnicos sobre nuevos desarrollos en agentes de contraste y tecnologías emergentes que podrían influir en su uso futuro.

5 Resultados

La revisión realizada muestra que los medios de contraste siguen siendo fundamentales para la correcta interpretación de numerosas técnicas de imagen. En el caso de la tomografía computarizada, los contrastes yodados permiten resaltar las diferencias de densidad entre estructuras, evidenciando procesos vasculares como trombosis, aneurismas o hemorragias, así como lesiones tumorales con distintos grados de vascularización. En la resonancia magnética, los contrastes basados en gadolinio modifican las propiedades magnéticas de los tejidos, facilitando la

identificación de lesiones inflamatorias, desmielinizantes, metastásicas o infiltrativas que, sin este agente, pasarían desapercibidas.

Sin embargo, la literatura también destaca preocupaciones asociadas a su uso, como el riesgo de nefropatía inducida por contraste en pacientes con insuficiencia renal, reacciones de hipersensibilidad, depósito de gadolinio en estructuras cerebrales o la necesidad de valorar la función renal antes de ciertos procedimientos. Estos factores han motivado la búsqueda de alternativas que ofrezcan mayor seguridad sin comprometer la calidad diagnóstica.

Entre los avances más prometedores se encuentran las nanopartículas dirigidas, que ofrecen la posibilidad de un contraste más específico hacia tejidos o células concretas, ampliando su utilidad en la detección precoz de enfermedades. También se investiga el empleo de agentes biodegradables que minimicen la acumulación orgánica a largo plazo. Por otro lado, diversas técnicas emergentes buscan disminuir la dependencia de contrastes tradicionales. Estas incluyen mejoras en secuencias de RM de alta sensibilidad, técnicas dual-energy en TC que permiten obtener información funcional sin necesidad de contrastes adicionales, y métodos basados en inteligencia artificial que potencian la visibilidad de estructuras mediante reconstrucciones avanzadas.

A pesar de estos avances, la evidencia señala que los contrastes actuales continúan siendo irremplazables para gran parte de los estudios diagnósticos. No obstante, se espera una evolución gradual hacia agentes más específicos, seguros y con propósito terapéutico, lo que podría transformar la forma en que se realizan los estudios radiológicos en las próximas décadas.

6 Discusión-Conclusión

Los medios de contraste representan una herramienta esencial en el diagnóstico radiológico, ya que permiten mejorar notablemente la visualización de estructuras anatómicas y procesos patológicos. Su uso incrementa la precisión diagnóstica y contribuye directamente a una atención sanitaria más eficaz. Aunque los contrastes actuales continúan siendo altamente eficientes, sus limitaciones han impulsado investigaciones orientadas a desarrollar alternativas más seguras y específicas. Es probable que en el futuro no sean completamente sustituidos, pero sí complementados por nuevos agentes basados en nanotecnología, compuestos biodegradables o técnicas avanzadas de imagen capaces de reducir la necesidad de contraste convencional. La combinación de innovación tecnológica y seguridad del paciente será clave en su evolución.

7 Bibliografía

1. Aime, S., & Caravan, P. (2009). Biodistribution of gadolinium-based contrast agents. *Journal of Magnetic Resonance Imaging*, 30(6), 1259–1267.
2. Barth, R. F., Vicente, M. G., Harling, O. K., & Kiger, W. S. (2018). Current status of nanoparticle contrast agents. *Cancer Nanotechnology*, 9(1), 1–20.
3. European Society of Radiology. (2022). Guidelines on the use of contrast agents in radiology. *Insights into Imaging*, 13, 1–15.
4. McDonald, J. S., & McDonald, R. J. (2018). Gadolinium retention and safety. *Radiology*, 289(1), 12–21.
5. Thomsen, H. (2014). Contrast media safety. *European Journal of Radiology*, 83(9), 1607–1616.
6. Wang, Y., & Li, D. (2020). Advances in contrast agents for imaging. *Frontiers in Radiology*, 1, 1–10.

Artículo 75

ESCOLIOSIS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: DIAGNÓSTICO Y RETOS ACTUALES

MARIAN MADURGA HERRERA

YANIRA LÓPEZ MARTÍNEZ DE LIZARRONDO

MIREN AGURTZANE PÉREZ CONDE

LEIRE MUTUBERRIA ALDUNCIN

BRAYAN SMITH SERVENT RODRÍGUEZ

Introducción: La escoliosis infantil y adolescente constituye una alteración tridimensional de la columna vertebral que puede progresar durante el crecimiento. Su detección temprana permite un manejo más eficaz y reduce el riesgo de deformidades severas.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica mediante búsqueda en bases de datos científicas y documentación institucional reciente.

Resultados: Las investigaciones consultadas describen los principales factores de riesgo, métodos diagnósticos, sistemas de clasificación y abordajes terapéuticos, destacando la importancia del cribado precoz y la adherencia al tratamiento ortopédico y fisioterapéutico.

Conclusiones: El manejo de la escoliosis en edades tempranas requiere una estrategia multidisciplinar. La identificación precoz, la selección adecuada del tratamiento y el seguimiento continuo son claves para minimizar la progresión y mejorar la funcionalidad del menor.

1 Palabras clave

Escoliosis; adolescencia; infancia; ortesis; columna vertebral; diagnóstico precoz

2 Introducción

La escoliosis es una deformidad estructural de la columna vertebral caracterizada por una curvatura lateral acompañada de rotación vertebral. Afecta con mayor frecuencia a la población infantil y adolescente, especialmente durante los periodos de crecimiento acelerado. Su prevalencia oscila entre el 2% y el 4% en población pediátrica, aunque la mayoría de los casos se presentan en forma leve o moderada. A pesar de ello, un porcentaje reducido puede progresar y derivar en alteraciones funcionales, compromiso respiratorio, alteraciones estéticas significativas o afectación psicológica, particularmente en adolescentes.

Existen varios tipos de escoliosis pediátrica, siendo la idiopática la más frecuente. Se clasifica según la edad de aparición en infantil, juvenil y adolescente, siendo esta última la de mayor incidencia. La etiología permanece desconocida en la mayoría de los casos, aunque se han estudiado posibles vínculos con factores genéticos, neuromusculares, biomecánicos y hormonales. Además, el sexo femenino presenta mayor riesgo de progresión. El diagnóstico requiere una evalu-

ación exhaustiva que incluye inspección clínica, pruebas de cribado (como el test de Adams), estudios radiográficos y evaluación del grado de madurez ósea. La progresión de la curvatura depende del ángulo inicial, del crecimiento restante y de la localización de la curva, siendo el ángulo de Cobb el principal criterio para decidir el manejo terapéutico.

El tratamiento se orienta según la severidad e incluye observación, fisioterapia especializada, ortesis toracolumbares o intervenciones quirúrgicas en casos severos o progresivos. La respuesta al tratamiento y el impacto en la calidad de vida exigen una atención interdisciplinar y el acompañamiento cercano del paciente y su familia.

3 Objetivos

Objetivo general:

Analizar la escoliosis en la infancia y adolescencia, sus características clínicas, métodos diagnósticos, implicaciones durante el crecimiento y las principales estrategias terapéuticas disponibles en la actualidad.

Objetivos específicos:

- Describir los factores de riesgo y los tipos de escoliosis pediátrica.
- Revisar los métodos clínicos y radiológicos empleados en el diagnóstico.
- Explicar los criterios que determinan la progresión de la curvatura durante el crecimiento.

- Analizar las opciones terapéuticas conservadoras y quirúrgicas.
- Valorar el impacto físico, emocional y social que la escoliosis puede generar en menores y adolescentes.
- Añadir recomendaciones para un seguimiento clínico adecuado.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica basada en literatura científica publicada entre 2014 y 2024. Las búsquedas se efectuaron en PubMed, Scielo, Google Scholar y Medline, utilizando términos como “escoliosis infantil”, “escoliosis adolescente”, “ortesis” y “tratamiento conservador”. Se incluyeron artículos originales, revisados por pares, con preferencia en español y capítulos de libros especializados en ortopedia pediátrica. Se priorizó la literatura con acceso completo. También se consultaron guías de la Sociedad Española de Columna Vertebral y documentos clínicos de instituciones sanitarias nacionales.

5 Resultados

En primer lugar, la literatura que hemos revisado nos muestra que la etiología idiopática representa hasta el 80% de los casos diagnosticados. La escoliosis adolescente idiopática es la variante más frecuente, y suele detectarse entre los 10 y 16 años, coincidiendo con el pico de crecimiento pu-

beral. Las investigaciones coinciden en que el riesgo de progresión es mayor en niñas, en curvas torácicas y en aquellos pacientes con un ángulo de Cobb inicial superior a 20°. Además, la madurez ósea evaluada mediante parámetros como Risser o Sanders permite estimar el potencial de progresión, siendo los niveles de madurez bajos un predictor claro de evolución desfavorable.

En el ámbito diagnóstico, el test de Adams sigue representando la herramienta clínica más utilizada para detectar asimetrías del tronco. La giba costal, evidenciada durante la flexión anterior del tronco, es un indicador típico de rotación vertebral. La confirmación diagnóstica depende de radiografías en proyección anteroposterior y lateral, que permiten medir el ángulo de Cobb y valorar la morfología de la curva. La tomografía y la resonancia quedan reservadas para casos atípicos o cuando se sospechan anomalías neurológicas subyacentes.

Respecto a los enfoques terapéuticos, la evidencia indica que las curvas inferiores a 20° suelen requerir observación periódica cada 4-6 meses. En casos moderados, entre 20° y 40°, la ortesiología se convierte en la primera elección, siendo el corsé tipo Boston y el Chêneau los más utilizados. Los estudios demuestran que el uso diario entre 16 y 23 horas aumenta significativamente la probabilidad de detener la progresión, siempre que se mantenga una

adecuada adherencia. La fisioterapia específica, particularmente el método Schroth y la terapia PSSE (Physiotherapeutic Scoliosis Specific Exercises), se ha consolidado como una intervención complementaria que mejora la postura, la fuerza muscular, la propiocepción y la percepción corporal del paciente.

Cuando las curvas superan los 45° o continúan progresando a pesar de tratamientos conservadores, la cirugía se convierte en la opción terapéutica principal. La artrodesis con instrumentación posterior es la técnica más frecuente, permitiendo corregir la curva y estabilizar la columna. Los avances en técnicas mínimamente invasivas y tornillos pediculares han mejorado la seguridad y los resultados funcionales. En escoliosis de aparición temprana, se emplean técnicas de crecimiento controlado como los "growth rods" o el sistema VEPTR, permitiendo la expansión torácica sin limitar el desarrollo.

El impacto psicológico es otro aspecto destacado de esta patología. Los adolescentes con escoliosis moderada o severa pueden experimentar insatisfacción corporal, ansiedad social y disminución de la autoestima. La aceptación del corsé, especialmente en la etapa escolar, supone un desafío emocional, por lo que el acompañamiento psicológico y educativo es fundamental. También se destaca la relevancia del trabajo multidisciplinar, en el que participan pediatras, traumatólogos, fisioter-

apeutas, enfermería, psicología y, en algunos casos, orientadores escolares.

En términos sociales y funcionales, la escoliosis no tratada puede generar limitaciones en la movilidad, dolor crónico en la adultez, fatiga muscular y reducción de la capacidad respiratoria en curvas torácicas severas. Estas complicaciones refuerzan la importancia del seguimiento prolongado y la intervención precoz.

6 Discusión-Conclusión

La escoliosis en la infancia y adolescencia constituye una patología frecuente que requiere un diagnóstico temprano y un manejo individualizado para evitar su progresión y prevenir complicaciones futuras. La identificación de factores de riesgo, la valoración del potencial de crecimiento restante y la clasificación adecuada de la curva son esenciales para seleccionar la intervención correcta.

El cribado sistemático en edades escolares facilita la detección precoz, mientras que las pruebas radiológicas continúan siendo el pilar diagnóstico para medir de forma precisa la magnitud de la deformidad. Los resultados evidencian que la combinación de observación, fisioterapia específica y ortesis, cuando se aplican correctamente, permiten frenar la progresión de la mayor parte de las curvas moderadas. La adherencia al corsé es un elemento decisivo, y su eficacia depende en gran

medida del apoyo familiar y del acompañamiento clínico continuo.

La cirugía se reserva para casos graves o progresivos y, aunque implica riesgos inherentes, ofrece resultados satisfactorios en alineación, funcionalidad y calidad de vida. Los avances tecnológicos han incrementado la seguridad y han reducido la morbilidad asociada, especialmente en escoliosis de aparición temprana.

Además, el aspecto psicológico de esta patología tiene un papel relevante en el desarrollo del menor. La percepción corporal, la relación con el entorno escolar y la aceptación del tratamiento pueden influir significativamente en la evolución emocional del paciente. Por ello, el abordaje multidisciplinar no solo aborda la dimensión física, sino también el bienestar emocional y social.

En conjunto, el tratamiento de la escoliosis debe ser integral, progresivo y adaptado a las características individuales. Un seguimiento adecuado durante la infancia y adolescencia es determinante para disminuir la progresión, asegurar un desarrollo armónico de la columna y mejorar el estado funcional a largo plazo. La educación sanitaria dirigida a familias y adolescentes, junto con el fortalecimiento de los programas de cribado, permitirá avanzar hacia un manejo más eficaz y preventivo de esta condición.

7 Bibliografía

1. Pérez-López F, Guillén J. "Ortopedia y traumatología en la infancia". Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019.
2. Sociedad Española de Columna Vertebral. "Guía de práctica clínica para el tratamiento de la escoliosis idiopática adolescente". Madrid: SECE; 2020.
3. Martínez L, Rivas A. "Evaluación clínica y radiológica de la escoliosis idiopática". *Rev Ortop Traumatol*. 2018;62(3):145-52.
4. Hernández C, López A. "Manejo conservador de la escoliosis en la adolescencia". *Fisioterapia*. 2021;43(2):87-95.
5. Gómez R, Ponce J. "Técnicas quirúrgicas actuales en escoliosis severa". *Revista Española de Cirugía, Ortopedia y Traumatología*. 2020.
6. Sánchez M, Bravo F. "Impacto psicológico de la escoliosis en adolescentes". *Psicología y Salud*. 2017.
7. Torres N. "Columna vertebral: evaluación integral en pediatría". Barcelona: Elsevier España; 2022.

Artículo 76

CARGA EMOCIONAL Y FUNCIONAL EN EL ENTORNO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

YANIRA LÓPEZ MARTÍNEZ DE LIZARRONDO

MIREN AGURTZANE PÉREZ CONDE

LEIRE MUTUBERRIA ALDUNCIN

BRAYAN SMITH SERVENT RODRÍGUEZ

MARIAN MADURGA HERRERA

Introducción: La enfermedad de Huntington altera funciones motoras, cognitivas y emocionales, creando un impacto significativo en la dinámica familiar y en quienes conviven con el paciente.

Metodología: Para la elaboración de este artículo se llevó a cabo una revisión narrativa en bases de datos sanitarias y fuentes especializadas, organizando la información en categorías temáticas relacionadas con el impacto emocional y funcional en el entorno.

Resultados: Los familiares y cuidadores experimentan sobrecarga emocional, incremento de responsabilidades, dificultades económicas, tensiones en la convivencia y una adaptación constante ante la progresión de los síntomas. Las tareas de cuidado se intensifican con el deterioro cognitivo y la dependencia, lo que modifica roles, rutinas y expectativas dentro del hogar.

Conclusiones: La enfermedad repercute de manera profunda en el bienestar psicológico, social y funcional del entorno del paciente. La intervención multidisciplinar, la educación sanitaria y el acompañamiento continuo fortalecen la capacidad de afrontamiento familiar y mejoran la calidad de vida tanto del paciente como de sus cuidadores.

1 Palabras clave

Enfermedad de Huntington; cuidadores; carga emocional; impacto familiar; dependencia funcional

2 Introducción

La enfermedad de Huntington es un trastorno neurodegenerativo hereditario que provoca alteraciones progresivas en el movimiento, la cognición y el comportamiento. Su evolución se extiende a lo largo de años y afecta a personas en edades productivas, lo que añade consecuencias sociales, económicas y familiares significativas. El carácter autosómico dominante de la enfermedad genera una carga añadida en el entorno, ya que convivir con un diagnóstico hereditario implica convivir también con la posibilidad de transmisión y con la incertidumbre sobre el futuro.

El deterioro funcional del paciente suele iniciarse de manera gradual. Las primeras manifestaciones relacionadas con cambios conductuales o dificultades en la organización cotidiana pueden pasar desapercibidas o ser atribuidas a factores externos. Con el tiempo aparecen problemas motores característicos, como movimientos involuntarios, alteraciones en el equilibrio y dificultades en la coordinación. Estos síntomas se acompañan de variaciones en la personalidad, deterioro en la toma de decisiones y reducción de la

capacidad para relacionarse con el entorno de manera autónoma.

A medida que la enfermedad avanza, el paciente requiere apoyo para actividades básicas de la vida diaria. La responsabilidad recae con frecuencia en los miembros de la familia, que deben reorganizar horarios, modificar rutinas, adaptar espacios y asumir nuevas tareas que pueden prolongarse durante años. Las cargas emocionales y físicas derivadas de esta situación condicionan el bienestar del cuidador. La convivencia con cambios bruscos en el comportamiento, la comunicación limitada y la dependencia creciente genera tensiones que pueden acumular estrés, agotamiento y sensación de aislamiento.

El impacto en la estructura familiar es notable. Las relaciones interpersonales experimentan transformaciones, especialmente cuando un miembro debe adoptar un rol de cuidador principal. El desgaste emocional puede afectar la salud mental, el descanso, la estabilidad laboral y la economía doméstica. La incertidumbre ligada al pronóstico y a la herencia genética introduce preocupaciones adicionales que influyen en la planificación familiar, la vida afectiva y la organización del hogar.

Este trabajo analiza las repercusiones emocionales y funcionales que afronta el entorno del paciente con enfermedad de Huntington. Su finalidad es aportar una visión amplia y comprensible del proceso de adaptación familiar, desta-

cando la relevancia del apoyo profesional, la educación sanitaria y la comprensión de las necesidades de quien cuida y convive con esta patología.

3 Objetivos

Objetivo general

Describir el impacto emocional y funcional que experimentan los familiares y cuidadores de personas con enfermedad de Huntington, así como los factores que influyen en su carga y adaptación durante la evolución de la patología.

Objetivos específicos

- Analizar las repercusiones emocionales que genera la convivencia con un paciente afectado por la enfermedad.
- Explorar los cambios funcionales y organizativos que se producen en la dinámica familiar.
- Identificar las necesidades más frecuentes del entorno del paciente relacionadas con apoyo, información y acompañamiento.
- Comprender la influencia de la dependencia progresiva en la distribución de responsabilidades dentro del hogar.
- Examinar el papel del acompañamiento profesional en la disminución de la carga familiar.

4 Metodología

La información recopilada procede de una búsqueda en bases de datos san-

itarias y portales especializados entre 2010 y 2024. Las fuentes empleadas incluyen artículos de revistas científicas alojadas en SciELO, Dialnet, PubMed y Elsevier, así como capítulos de libros y documentos institucionales dedicados a la enfermedad de Huntington y al impacto del cuidado prolongado. Se utilizaron términos relacionados con: “enfermedad de Huntington”, “carga del cuidador, dependencia funcional, entorno familiar y trastornos neurodegenerativos”. Se seleccionaron contenidos orientados a describir repercusiones emocionales, organizativas y sociales en cuidadores y convivientes.

5 Resultados

Existen todo un conjunto de repercusiones que se manifiestan en diferentes momentos de la evolución de la enfermedad y afectan de manera directa tanto a la vida emocional como a la funcionalidad en el entorno familiar. La carga emocional surge desde los primeros síntomas, cuando el paciente experimenta cambios en su conducta o en su forma de relacionarse. El ambiente familiar suele interpretarlos inicialmente como alteraciones del estado de ánimo o dificultades asociadas al estrés, pero con el tiempo se hace evidente que forman parte de un proceso neurológico. Esta transición genera preocupación, sensación de incertidumbre y tensiones derivadas de la búsqueda de un diagnóstico que ex-

plique las modificaciones observadas. El momento en que se confirma la enfermedad provoca un impacto significativo. A diferencia de otras patologías neurodegenerativas, la naturaleza hereditaria de la enfermedad añade una dimensión emocional que influye en la vida de todo el entorno. Convivir con un diagnóstico que también puede afectar a descendientes y familiares directos conduce a reflexiones sobre futuro, planificación familiar, toma de decisiones reproductivas y proyectos personales. La carga emocional no se limita al cuidado, sino a la posibilidad de padecer la enfermedad en algún momento de la vida, lo que intensifica la preocupación general.

El ámbito emocional se ve afectado de forma progresiva a medida que los síntomas avanzan. Los episodios de irritabilidad, impulsividad o dificultades en el control emocional del paciente generan momentos de tensión en la convivencia. La familia puede experimentar frustración ante comportamientos que no siempre consigue interpretar o gestionar. Conforme disminuye la capacidad del paciente para comunicarse de manera eficaz, la interacción se vuelve más limitada, lo que provoca distanciamiento y sensación de pérdida en quienes conviven a diario con él.

La carga funcional también se incrementa con el tiempo. Las tareas de la vida diaria, que en un inicio requieren supervisión puntual, pasan a demandar

participación directa del cuidador. Actividades como vestirse, alimentarse o moverse implican un nivel mayor de asistencia física conforme el paciente desarrolla movimientos involuntarios y dificultades para mantener el equilibrio. La atención constante se convierte en una necesidad para prevenir accidentes, caídas o episodios de desorientación. Esta responsabilidad influye en la organización del hogar y obliga a modificar rutinas laborales, horarios y tareas domésticas.

El deterioro cognitivo introduce dificultades adicionales. La memoria, la planificación y la toma de decisiones se alteran, lo que conduce a la pérdida de autonomía del paciente en actividades que antes realizaba con normalidad. La familia debe asumir funciones relacionadas con la gestión de citas, control de medicación, tareas administrativas, manejo económico y organización de cuidados, lo que aumenta la carga diaria. La toma de decisiones médicas se vuelve más compleja, especialmente en etapas avanzadas, cuando el paciente presenta limitaciones importantes para expresar su voluntad.

La progresión de la enfermedad obliga a una reorganización profunda de los roles familiares. Quienes antes compartían responsabilidades deben asumir decisiones que abarcan desde la adaptación del hogar hasta la atención física continua. En muchas ocasiones, uno de los miembros adopta el rol de cuidador principal, mientras

que el resto del entorno intenta contribuir según sus posibilidades. Esta distribución puede generar tensiones cuando los niveles de implicación son desiguales, lo que repercute en la dinámica emocional.

La carga emocional incluye sentimientos de agotamiento, tristeza, impotencia y, en algunos casos, culpa. La convivencia con una enfermedad progresiva y la adaptación continua requieren un nivel elevado de fortaleza psicológica. El cansancio prolongado reduce la capacidad de afrontamiento y puede generar síntomas relacionados con ansiedad o episodios depresivos en el cuidador. La sensación de aislamiento también es frecuente, especialmente cuando la dedicación al cuidado limita actividades sociales o profesionales, lo que puede influir en la autoestima.

El impacto económico es otro elemento a considerar. La reducción de la capacidad laboral del paciente se combina con el aumento de gastos relacionados con tratamientos, adaptación del hogar, transporte, dispositivos de apoyo y, en algunos casos, necesidad de contratar ayuda externa. La familia debe reorganizar su economía para cubrir estas demandas, lo que añade tensión a la situación.

Las decisiones relacionadas con institucionalización, seguimiento especializado o atención en etapas avanzadas también forman parte de la carga emocional y funcional. La progresión de la enfermedad exige planificar cuidados

cada vez más complejos y valorar recursos formales, lo que puede generar dudas y temores en la familia. El entorno necesita apoyo profesional para organizar estas decisiones de manera adecuada.

El proceso completo implica un esfuerzo continuo de adaptación. La relación entre el paciente y su entorno evoluciona, y aunque la situación puede generar desgaste, también se observan momentos de fortalecimiento afectivo y cohesión familiar. El acompañamiento profesional, la formación en cuidados y el apoyo emocional facilitan este camino, permitiendo que la familia disponga de herramientas útiles para manejar los cambios progresivos y reducir la carga asociada al cuidado prolongado.

6 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Huntington genera un impacto profundo en el entorno del paciente, tanto en el aspecto emocional como en la funcionalidad cotidiana del hogar. Su carácter progresivo obliga a la familia a reorganizar de manera continua su dinámica, adaptando horarios, funciones y roles a medida que la dependencia aumenta. La carga emocional se manifiesta desde los primeros síntomas y se intensifica con los cambios conductuales y cognitivos del paciente, que transforman las relaciones interpersonales y la capacidad de comunicación dentro del núcleo familiar.

La incertidumbre asociada a la herencia genética añade una dimensión adicional que condiciona decisiones personales y proyectos de vida.

La carga funcional se hace evidente en la necesidad de asumir tareas específicas de cuidado. Actividades que inicialmente requieren supervisión pasan a depender por completo del cuidador, lo que incrementa la responsabilidad y la dedicación diaria. La familia debe gestionar la atención física, la organización del hogar, el seguimiento sanitario y la planificación administrativa, llegando a niveles de exigencia que pueden afectar su salud física y emocional. La evolución de la enfermedad demanda, además, una constante toma de decisiones que puede resultar compleja y generar sentimientos de duda, miedo o inquietud.

El acompañamiento profesional se convierte en un pilar fundamental. La orientación sanitaria facilita la comprensión de los cambios que acompañan a la enfermedad y ayuda a gestionar situaciones complicadas relacionadas con la comunicación, la conducta o la dependencia. La formación en cuidados proporciona herramientas prácticas que reducen el riesgo de lesiones, caídas o agotamiento del cuidador. La intervención psicológica también cobra relevancia, ya que permite trabajar emociones como el cansancio, la culpa o la tristeza, aportando recursos que fortalecen el afrontamiento familiar.

La calidad de vida del paciente y de su

entorno mejora cuando existe acceso a recursos sociosanitarios, apoyo emocional y redes de colaboración. La coordinación entre profesionales, familias y entidades comunitarias facilita un seguimiento adecuado y reduce la sensación de aislamiento que puede experimentar el cuidador principal. El acceso a información clara y comprensible contribuye a tomar decisiones fundamentadas y disminuye la carga percibida.

El impacto de la enfermedad de Huntington en el entorno familiar requiere una atención integral que abarque aspectos físicos, emocionales, sociales y organizativos. La comprensión de este proceso es esencial para desarrollar estrategias que acompañen a quienes conviven con la enfermedad, promoviendo bienestar, autonomía y un entorno de cuidado seguro y adaptado. La intervención continuada y el apoyo multidisciplinar permiten mejorar la experiencia de cuidado, reduciendo el desgaste emocional y fortaleciendo la capacidad de adaptación ante los desafíos que plantea la enfermedad.

7 Bibliografía

1. García Ruiz PJ, López-Sendón Moreno JL. "Enfermedad de Huntington: diagnóstico y manejo clínico". Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019.
2. Martínez-Horta S, Kulisevsky J. "Alteraciones conductuales en

enfermedades neurodegenerativas”.
Barcelona: Elsevier España; 2020.

3. Federación Española de Enfermedades Raras. “Guía para familias sobre la enfermedad de Huntington”. Madrid: FEDER; 2021.

4. Gómez-Esteban JC, Zarranz JJ. Manifestaciones clínicas y evolución de la enfermedad de Huntington. *Rev Neurol*. 2018.

5. Asociación Corea de Huntington Española. “Manual de apoyo para cuidadores”. Madrid: ACHE; 2022.

Artículo 77

PAPEL DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR EN LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS TAC

SANDRA BRAVO ARROYO

JUAN JOSE MUÑOZ CARMONA

MARÍA CARMEN LAGUNA RUIZ

ESTELA PUGA DIAZ

OLGA PUGA DIAZ

MARTA APARICIO CHAVARRI

Introducción: La tomografía computarizada (TAC) se ha convertido en una herramienta esencial en el diagnóstico médico debido a su rapidez y capacidad para ofrecer imágenes de alta resolución. El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear (TSIDMN) desempeña un papel fundamental en todas las etapas del procedimiento.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica consultando bases de datos científicas, guías técnicas, manuales profesionales y documentos institucionales publicados entre 2012 y 2024.

Resultados: Con la información que hemos obtenido hemos podido describir la participación del TSIDMN en la preparación del paciente, el manejo técnico del equipo, la administración segura del contraste y la verificación de la calidad de las imágenes. También identificamos sus responsabilidades en materia de protección radiológica, control de procesos y adaptación a nuevas tecnologías.

Conclusiones: La práctica tomográfica requiere conocimientos avanzados, destreza técnica y sensibilidad en la atención al paciente. El TSIDMN desempeña un papel imprescindible en la adquisición fiable de imágenes y en la seguridad global del procedimiento, especialmente en entornos asistenciales de alta demanda.

1 Palabras clave

Tomografía computarizada; TAC; TSIDMN; radiología; contraste; seguridad radiológica

2 Introducción

El TAC es una de las técnicas de imagen más relevantes de la medicina moderna. Su capacidad para generar cortes anatómicos detallados mediante el uso de radiación ionizante facilita la evaluación de múltiples patologías con una rapidez que resulta indispensable en urgencias, estudios programados y seguimientos clínicos. Su versatilidad abarca desde la valoración inicial de traumatismos hasta el estudio minucioso de órganos internos, estructuras vasculares o lesiones sospechosas. Esta amplitud de aplicaciones ha incrementado de forma constante el volumen de exploraciones realizadas, lo que ha reforzado la importancia del profesional encargado de su ejecución.

El TSIDMN ocupa un lugar central en la realización de exploraciones computarizadas. Su intervención abarca aspectos técnicos y asistenciales que influyen de manera directa en la precisión diagnóstica del estudio y en la seguridad del paciente. La evolución tecnológica de los equipos ha introducido

herramientas avanzadas como los detectores multidetectores, sistemas de reducción automática de dosis, reconstrucciones iterativas y software de postprocesado, lo que ha aumentado las competencias necesarias para desempeñar esta función.

Además de operar el equipo, el TSIDMN participa en la preparación, orientación y acompañamiento del paciente. Este aspecto adquiere gran importancia en exploraciones que pueden generar incertidumbre debido al uso de contraste, la necesidad de mantener apneas prolongadas o la preocupación por posibles diagnósticos. La comunicación clara, la explicación del procedimiento y la atención a las necesidades individuales contribuyen a mejorar la tolerancia y la colaboración, lo que reduce la repetición de imágenes y favorece la eficiencia del proceso.

La seguridad radiológica representa otro pilar del trabajo del TSIDMN. El manejo responsable de la radiación es esencial para minimizar la exposición innecesaria, seleccionar parámetros adaptados a cada caso y mantener el cumplimiento del principio ALARA. La aplicación correcta de estas medidas exige una formación sólida y actualizada, especialmente ante la progresiva incorporación de nuevos equipos y funcionalidades automatizadas.

El TAC se ha consolidado como una técnica indispensable, y el papel del TSIDMN se mantiene en constante evolución. La combinación de conocimientos técnicos, sensibilidad asistencial y capacidad de adaptación convierte a este profesional en un componente esencial dentro del equipo multidisciplinar encargado del diagnóstico por imagen.

3 Objetivos

Objetivo general

Describir la función del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear dentro del proceso tomográfico, destacando sus responsabilidades técnicas, asistenciales y de seguridad radiológica.

Objetivos específicos

- Analizar las tareas relacionadas con la preparación del paciente.
- Revisar las competencias técnicas necesarias para el manejo del equipo de TAC.
- Describir la importancia del control de dosis y de la protección radiológica.
- Dar a conocer el papel del TSIDMN en la administración y control del contraste.
- Valorar la relevancia del postproceso y la verificación de la calidad de la imagen.
- Descubrir cuáles son los retos actuales derivados de la innovación tecnológica.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la literatura científica disponible. Las búsquedas se realizaron en bases de datos reconocidas como PubMed, SciELO, Dialnet, Google Scholar y la Biblioteca Virtual en Salud. Se consultaron publicaciones en español y traducciones de inglés publicadas entre 2012 y 2024, incluyendo libros técnicos de formación profesional, guías de práctica asistencial, artículos especializados en tomografía computarizada y portales institucionales relacionados con la seguridad radiológica. La selección se basó en la actualidad y en el papel del TSIDMN en la realización del TAC.

5 Resultados

Existen múltiples funciones que el TSIDMN desarrolla a lo largo de todo el proceso tomográfico. La primera responsabilidad comienza con la recepción del paciente y la comprobación de los datos administrativos y clínicos. Esta fase incluye la verificación de antecedentes relevantes, alergias, posibles interacciones con el contraste y condiciones que puedan interferir con la prueba, como la presencia de dispositivos implantados o limitaciones en la movilidad. Este primer contacto facilita la adaptación del procedimiento a las necesidades individuales. La preparación previa del paciente con-

stituye otro componente esencial. Consiste en explicar la dinámica del estudio, aclarar dudas, verificar el cumplimiento del ayuno cuando corresponde y asegurar que la vía venosa se encuentra en condiciones adecuadas para la administración del contraste. La tranquilidad transmitida por el profesional influye en la colaboración durante las apneas o las instrucciones respiratorias, lo que repercute directamente en la calidad final de las imágenes.

En la etapa técnica, el TSIDMN asume el manejo del equipo de tomografía. Esto implica seleccionar protocolos adecuados al tipo de estudio, ajustar parámetros como el kilovoltaje, el miliamperaje, el grosor de corte y la velocidad de rotación, además de coordinar el uso de sistemas automáticos de modulación de dosis. El conocimiento de las variaciones anatómicas y de la finalidad clínica permite configurar exploraciones que ofrezcan imágenes útiles sin incrementar la exposición más allá de lo necesario.

La administración de contraste intravenoso representa una de las funciones más sensibles del proceso. El TSIDMN verifica la vía, prepara el material, controla los flujos y coordina el momento exacto de la adquisición, especialmente en estudios vasculares o de perfusión. La observación constante del paciente durante y después de la administración permite detectar signos tempranos de reacciones adversas y actuar de manera oportuna junto al equipo asistencial.

Una vez adquiridas las imágenes, el posprocesado constituye otra tarea relevante. El profesional selecciona reconstrucciones axiales, coronales o sagitales, adapta algoritmos y revisa la ausencia de artefactos que puedan afectar la lectura. Esta labor complementa la interpretación radiológica y permite mejorar la visualización de zonas complejas o lesiones sutiles. La intervención del TSIDMN en esta fase optimiza el valor diagnóstico del estudio.

La seguridad radiológica atraviesa todas las etapas del proceso. El manejo adecuado de los parámetros técnicos, la selección de protocolos de baja dosis en pacientes vulnerables, la protección del personal y el cumplimiento de las normativas vigentes forman parte del trabajo diario. El registro adecuado de la exposición y la colaboración en programas de control de calidad garantizan un servicio seguro y eficiente.

El TSIDMN desarrolla también un papel relevante en la gestión de situaciones clínicas complejas, como pacientes politraumatizados, personas con movilidad reducida o usuarios con necesidades especiales. La capacidad de adaptar la técnica, movilizar con seguridad y coordinarse con enfermería y con los equipos de urgencias resulta determinante para lograr un estudio válido dentro de plazos ajustados.

La digitalización y la evolución constante del equipamiento han introducido nuevas competencias para el TSIDMN. El uso de reconstrucciones it-

erativas, la integración de herramientas automatizadas, la capacidad de interpretar parámetros avanzados y la supervisión del software de procesamiento amplían el campo profesional. Este avance obliga a mantener una formación continuada que permita afrontar con solvencia los cambios tecnológicos.

El trabajo del TSIDMN dentro del TAC se expresa no solo en la maquinaria, sino también en la interacción humana. La prueba, en ocasiones intimidante, requiere cercanía, empatía y claridad en las instrucciones. El acompañamiento adecuado reduce la ansiedad y mejora la participación activa del paciente, lo que aumenta la probabilidad de obtener imágenes válidas en un único intento.

6 Discusión-Conclusión

El papel del TSIDMN dentro del procedimiento tomográfico es esencial para garantizar la calidad y la seguridad del estudio. Su intervención abarca áreas técnicas, asistenciales y organizativas que influyen de manera directa en el resultado final. La combinación de conocimientos avanzados en parámetros de exposición, manejo del contraste, posicionamiento y postprocesado convierte al TSIDMN en una figura clave dentro del equipo de radiología.

La evolución tecnológica ha ampliado las exigencias de esta práctica, lo que implica una actualización constante para manejar nuevas herramientas y

adaptarse a escenarios clínicos diversos. La atención humana, la prevención de errores y el cumplimiento de los principios de seguridad radiológica refuerzan el valor del profesional y contribuyen a una atención sanitaria eficaz, precisa y centrada en el paciente. En conjunto, la actuación del TSIDMN en TAC se ha consolidado como un pilar indispensable para la obtención de imágenes confiables y para el desarrollo de un entorno diagnóstico seguro.

7 Bibliografía

1. Sociedad Española de Radiología Médica. *Manual de tomografía computarizada para técnicos*. Madrid: SERAM; 2020.
2. Ministerio de Sanidad. *Seguridad radiológica en procedimientos con TAC*. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
3. García López M, Ruiz A. Técnicas de adquisición en tomografía computarizada. Radiología. 2019.
4. Organización Mundial de la Salud. *Uso seguro de la radiación médica*. Ginebra: OMS; 2022.
5. Pérez F, Molina J. Administración de contraste en TAC: consideraciones técnicas. Revista Imagen Diagnóstica. 2020.
6. López C. Control de calidad en equipos de tomografía computarizada. Revista Técnica de Imagen Médica. 2023.
7. Junta de Andalucía. "Procedimiento asistencial para estudios TAC en adul-

tos". Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;
2018.

Artículo 78

MANEJO DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON ÚLCERAS POR PRESIÓN ESTADIO III: CASO CLÍNICO

JESSICA VANESSA MOROCHO ARROBO

MIREN ESLAVA PÉREZ DE ARRILUCEA

ÁNGELA PRIETO ALONSO

Las úlceras por presión (UPP) constituyen una complicación frecuente en pacientes con movilidad reducida y un indicador clave de calidad asistencial. El presente caso clínico describe el manejo integral de enfermería de una UPP estadio III en un paciente institucionalizado con múltiples factores de riesgo.

Se realizó una valoración completa mediante el modelo de Virginia Henderson y la escala de Braden, identificando problemas relacionados con la movilidad, la humedad, la nutrición y la fragilidad cutánea. La planificación del cuidado se estructuró utilizando las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC, priorizando intervenciones centradas en el manejo de la presión, el cuidado avanzado de la herida, la optimización del microclima y el soporte nutricional.

Tras cuatro semanas de tratamiento, se observó una reducción del 40 % en el tamaño de la lesión, aumento del tejido de granulación y mejoría del riesgo según la escala Braden.

Este caso evidencia la eficacia del abordaje enfermero multidimensional y basado en la evidencia para favorecer la cicatrización y prevenir complicaciones en las UPP.

1 Palabras clave

Pressure ulcers; nursing care; estadio III; taxonomías NANDA-NIC-NOC; res-

idencia sociosanitaria; risk assessment

2 Introducción

Las UPP representan un desafío significativo para los sistemas sanitarios a nivel mundial debido a su elevada prevalencia, su impacto clínico y el coste asociado a su tratamiento. Se estiman tasas de incidencia entre un 5 % y un 20 % en pacientes hospitalizados, pudiendo superar el 30 % en centros sociosanitarios y unidades de cuidados prolongados, especialmente en personas con movilidad reducida, enfermedades crónicas o alto grado de dependencia (1). Las UPP no solo constituyen un marcador de calidad asistencial, sino también una complicación que afecta de manera directa la calidad de vida del paciente, incrementa el riesgo de infecciones y prolonga la duración de las estancias hospitalarias.

En los últimos años, el enfoque sobre el manejo de las UPP ha evolucionado hacia modelos de cuidados basados en la evidencia, apoyados por guías internacionales como las emitidas por la NPIAP y la EPUAP, que destacan la importancia de la valoración del riesgo, la gestión del microclima, la selección de superficies especiales de apoyo y el uso de apósitos avanzados para favorecer la cicatrización (1,2).

El papel de enfermería es central dentro de este abordaje integral. Estos profesionales no sólo son responsables de la identificación temprana de factores

predisponentes, sino también de implementar intervenciones preventivas, monitorizar la evolución de la herida, coordinar el plan de cuidados interdisciplinario y educar a cuidadores y familiares. La práctica enfermera basada en taxonomías como NANDA-I, NOC y NIC permite estructurar los cuidados y evaluar de forma objetiva los resultados obtenidos (3).

En este contexto, la presentación de casos clínicos constituye una herramienta útil para visibilizar la aplicación real de las recomendaciones actuales y para mostrar la eficacia de las intervenciones de enfermería en escenarios cotidianos. El presente caso describe el abordaje integral de una UPP estadio III en un paciente institucionalizado, destacando las decisiones clínicas de enfermería y los resultados alcanzados.

3 Objetivos

Objetivo general

Describir el abordaje integral de enfermería aplicado a un paciente con úlcera por presión estadio III en un entorno sociosanitario, utilizando un plan de cuidados basado en taxonomías estandarizadas.

Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo y las necesidades del paciente mediante una valoración enfermera integral.
- Aplicar diagnósticos, resultados e intervenciones basados en NANDA-I,

NOC y NIC para estructurar el plan de cuidados.

- Evaluar la evolución clínica de la lesión y la eficacia de las intervenciones propuestas.

4 Caso clínico

Paciente varón de 78 años, institucionalizado en una residencia sociosanitaria, con antecedentes de ictus isquémico con hemiparesia derecha, diabetes mellitus tipo 2 y deterioro cognitivo leve. Presenta dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Durante una visita rutinaria, el personal de enfermería detecta en sacro una lesión compatible con una úlcera por presión estadio III según la clasificación NPIAP: pérdida total del grosor de la piel, tejido subcutáneo visible, sin exposición ósea.

Valoración de enfermería

Se realiza valoración integral utilizando el modelo de Virginia Henderson y escala Braden, obteniendo una puntuación de 12 (riesgo alto). Se identifican los siguientes problemas:

- Movilidad limitada por hemiparesia.
- Incontinencia urinaria nocturna.
- Disminución de la ingesta hídrica.
- Piel seca y frágil.
- Superficie de apoyo estándar no adaptada.

Diagnósticos (NANDA-I)

00047 Deterioro de la integridad cutánea relacionado con presión man-

tenida y humedad, manifestado por lesión sacra estadio III.

00085 Deterioro de la movilidad física.

00155 Riesgo de infección.

Planificación de cuidados (NOC)

- Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
- Control del riesgo: infección.
- Consecuencias de la inmovilidad.

Intervenciones (NIC)

1. Manejo de la presión

Reposicionamiento cada 2 horas registrando tolerancia.

Colocación de colchón de aire alternante de baja presión.

2. Cuidado de la herida

Limpieza con suero fisiológico.

Desbridamiento autolítico mediante apósitos hidrocoloides durante los primeros días, seguido de apósito de espuma con plata por aumento del exudado y riesgo de infección.

Evaluación del lecho de la herida cada 48 horas.

3. Manejo de la humedad

Programa de control de incontinencia y uso de barrera protectora con óxido de zinc.

4. Optimización nutricional

Registro de ingesta y suplementación hiperproteica tras valoración nutricional.

5. Educación al cuidador

Instrucción en técnicas de movilización.

Enseñanza sobre signos de alarma y cuidados de la piel.

Evolución

Tras 4 semanas de cuidados, la lesión muestra reducción del tamaño en un 40 %, aumento de tejido de granulación y disminución del exudado. La escala Braden mejora a 14 tras optimizar la movilización y la nutrición. El paciente no presenta signos de infección, y la piel perilesional se mantiene íntegra. El plan de cuidados continúa con seguimiento semanal.

5 Discusión-Conclusión

Este caso evidencia la importancia del abordaje de los profesionales de enfermería multidimensional, centrado tanto en el tratamiento de la lesión como en la modificación de los factores de riesgo. La combinación de intervenciones basadas en la evidencia, prevención de la presión, manejo del microclima, cuidados avanzados de heridas y soporte nutricional, ha demostrado mejorar la evolución de las UPP en múltiples estudios (1–3). Asimismo, destaca el papel de la educación a cuidadores como estrategia para garantizar la continuidad del tratamiento y prevenir recurrencias.

El manejo integral de enfermería, sustentado en protocolos actualizados y valoración continua, es fundamental para favorecer la cicatrización y prevenir complicaciones en pacientes con úlceras por presión. La implementación estructurada de intervenciones NIC y la monitorización mediante indicadores NOC facilitan una

práctica asistencial segura, eficaz y evaluable.

6 Bibliografía

1. National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. Emily Haesler (Ed). EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019.
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
3. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Assessment and Management of Pressure Injuries for the Interprofessional Team, Third Edition. Toronto: RNAO; 2016.

Artículo 79

EL PAPEL DEL ENFERMERO EN EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL, INCLUYENDO LA SEGURIDAD Y EL BIENESTAR DEL PROFESIONAL

MARÍA GARCÍA LORENTE

BEATRIZ BURGOS GARCIA

ALEJANDRO DOMINGO ALEGRE

ANGEL M^a MARTÍNEZ GONZÁLEZ

NATALIA BRAVO FRAGUAS

MARTA OLIVAN VAL

Introducción: El enfermero tiene un papel esencial en el cuidado de la salud mental de personas usuarias, pero a su vez su salud mental y bienestar están sometidos a riesgos relacionados con condiciones laborales, carga emocional y contexto de trabajo.

Objetivos: Revisar cuáles son las funciones del enfermero en salud mental; identificar los factores que influyen en su bienestar profesional; y destacar intervenciones eficaces para promover la salud mental del profesional.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica en bases como PubMed, Scielo y PMC mediante búsqueda de artículos empíricos, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados entre 2015-2025, que aborden la salud mental de pacientes o bien el bienestar del personal de enfermería.

Resultados: Los estudios muestran que el entorno laboral —carga asistencial, liderazgo, cultura organizativa, apoyo social— influye decisivamente en el burnout, estrés, fatiga por compasión y satisfacción profesional. Las intervenciones más prometedoras incluyen programas de mindfulness, refuerzo de resiliencia, supervisión clínica, mejoras en las condiciones de trabajo y entornos organizativos saludables. Cuando se aplican, disminuyen el agotamiento, mejoran la calidad de vida profesional y facilitan la atención compasiva.

Conclusiones: El rol del enfermero en salud mental requiere tanto competencias técnicas para el cuidado del paciente como cuidado del propio profesional. Para garantizar la sostenibilidad del cuidado es necesario implementar políticas organizativas que protejan su salud mental, promuevan bienestar profesional y aseguren condiciones laborales adecuadas.

1 Palabras clave

Enfermería; salud mental; bienestar profesional; burnout; resiliencia; ambiente de trabajo

2 Introducción

El ejercicio de la enfermería en el ámbito de la salud mental implica una doble dimensión: por un lado, brindar cuidados especializados a personas con trastornos mentales, y por otro, gestionar una elevada carga emocional, estrés, demandas de empatía y cuidados continuos que pueden afectar la propia salud mental del profesional. Esto convierte al enfermero en un agente clave, tanto en la recuperación del paciente, como en el mantenimiento de su propio bienestar.

En los últimos años, la evidencia ha subrayado la estrecha relación entre condiciones laborales —como carga de trabajo, ratio enfermera/paciente, liderazgo, cultura organizacional y apoyo

social— y la salud mental del personal de enfermería. Entornos de trabajo negativos se asocian con mayor prevalencia de agotamiento emocional, fatiga por compasión, estrés crónico y desmotivación.

Por el contrario, entornos organizativos favorables, con liderazgo participativo, supervisión clínica, apoyo psicológico, formación en autocuidado y estrategias de resiliencia, muestran beneficios: disminuyen burnout y mejoran la satisfacción profesional.

Además, intervenciones específicas para mejorar el bienestar del personal (como programas de atención a la salud mental, mindfulness, promoción de la resiliencia y autocuidado) han mostrado resultados beneficiosos en términos de reducción de estrés, mejora del sueño y del equilibrio emocional.

Este trabajo tiene como objetivo revisar estas aportaciones, describir las funciones del enfermero en salud mental, analizar los factores que condicio-

nan su bienestar y proponer recomendaciones orientadas tanto a la práctica como a la organización sanitaria, para asegurar un cuidado sostenible, eficaz y seguro para pacientes y profesionales.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el rol del enfermero en la atención de salud mental y la importancia de garantizar su propio bienestar profesional para ofrecer cuidados de calidad.

Objetivos secundarios:

- Identificar factores de riesgo y protectores del bienestar del personal de enfermería en salud mental.
- Revisar intervenciones eficaces dirigidas a mejorar salud mental, resiliencia y calidad de vida profesional.
- Proponer recomendaciones organizativas y de autocuidado para favorecer la salud mental del enfermero.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en bases como PubMed / PMC, Scielo y otras fuentes indexadas entre 2015 y 2025. Se emplearon combinaciones de términos como “nurse mental health”, “nurse burnout”, “well-being nursing”, “resilience nursing”, “work environment nurses” y sus equivalentes en español.

Se seleccionaron estudios empíricos, revisiones sistemáticas y metaanálisis que abordaran: el papel del enfer-

mero en salud mental del paciente; condiciones laborales, estrés, burnout, fatiga por compasión; intervenciones para mejorar bienestar, resiliencia o autocuidado.

De cada artículo se extrajeron variables relevantes (tipo de intervención, factores de contexto, resultados en salud mental o bienestar, limitaciones) y se sintetizaron de forma narrativa para destacar tendencias, evidencias sólidas y vacíos.

5 Resultados

La revisión evidencia que el entorno laboral (la carga asistencial, la escasez de personal, el liderazgo, el clima organizativo) es un determinante clave del bienestar del personal de enfermería. Un metaanálisis reciente ha asociado el burnout en enfermeras con disminución en la calidad y seguridad de los cuidados, lo que pone de relieve el impacto no solo sobre la salud del profesional, sino también sobre los resultados en la salud.

Una revisión sistemática acerca de la satisfacción profesional en la enfermería mental halló niveles moderados de “compassion satisfaction” (satisfacción por el cuidado compasivo), agotamiento (burnout) y estrés traumático secundario, indicando de esta manera que el bienestar no es uniforme y depende de múltiples variables.

El factor de la resiliencia emerge como protector fundamental. Una re-

visión integradora reciente concluye que la resiliencia en enfermería mental está asociada con un bienestar psicológico, crecimiento post-trauma y menor burnout; sin embargo, su mantenimiento depende del apoyo institucional y no solamente de la actitud individual.

Sobre intervenciones concretas, un metaanálisis de 2025 encontró que las intervenciones basadas en mindfulness reducen significativamente burnout, mejoran la resiliencia y la calidad del sueño en enfermeras. Esto sugiere que programas de autocuidado estructurados pueden apoyar la salud mental del personal.

También se identificaron algunos modelos de organización del trabajo capaces de reducir estrés laboral: entornos con liderazgo positivo, apoyo de gestión, cultura organizativa saludable y comunicación efectiva se asocian con menor estrés, mejor bienestar subjetivo y menor intención de abandono.

La combinación de cuidado al paciente + cuidado del profesional aparece como un enfoque integral: un enfermero saludable, con recursos emocionales y organizativos, es más capaz de ofrecer cuidados de salud mental de calidad, mantener empatía y sostenibilidad en la profesión.

6 Discusión-Conclusión

El rol del enfermero en salud mental es esencial: no solo por su competencia

técnica y terapéutica frente a pacientes, sino también por su implicación emocional, su contacto estrecho con personas vulnerables y la influencia directa de su bienestar en la calidad del cuidado.

Los resultados muestran que es imposible separar la salud del paciente de la salud del profesional. Para garantizar cuidados seguros y de calidad es imprescindible cuidar al enfermero: condiciones laborales adecuadas, apoyo institucional, formación, supervisión, autocuidado y cultura organizativa saludable.

Las intervenciones más prometedoras combinan cambios estructurales (staffing, liderazgo, clima laboral) con estrategias individuales (resiliencia, mindfulness, autocuidado). Este enfoque multicomponente parece más eficaz que acciones aisladas.

Se concluye que las políticas sanitarias y gestores deben considerar la salud mental del personal de enfermería como prioridad, destinando recursos, evaluando entornos de trabajo, ofreciendo formación y soporte psicológico, y promoviendo entornos seguros.

Por último, se recomienda continuar con investigaciones longitudinales, evaluar la eficacia a largo plazo de las intervenciones, y adaptar las estrategias al contexto local.

7 Bibliografía

1. Xanthopoulou P, et al. Transforming nursing work environments: the impact of organizational culture on work-related stress among nurses. *BMC Health Serv Res.* 2024;24:1526.
2. Zhang Y, et al. Impact of nursing practice environments on burnout and work engagement: systematic review. *Health.* 2024. (Baseline reference for e.g. PES-NWI and work environment).
3. Ruiz-Fernández MD, Ortega-García JA, et al. Professional Quality of Life Among Mental Health Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2024.
4. Alloubsky-Sendín F, et al. Resilience and mental health nursing: An integrative review of updated evidence. *Int J Ment Health Nurs.* 2023;32(4):814-829.
5. Lee HJ, et al. Effectiveness of mindfulness-based interventions on burnout, resilience and sleep quality among nurses: meta-analysis. *BMC Nurs.* 2025;24:739.
6. Nolasco A, et al. Experiences of Nurses Regarding Self-Care: A Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. 2024.
7. Pérez-Castillo D, et al. Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. *Rev Científica Soc Esp Enfermería Neurológica.* 2019;9:3(124-138).

Artículo 80

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA RESISTENTE AL TRATAMIENTO: ADMINISTRACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LARGA DURACIÓN

GEMA SANTED MORATA

CRISTINA RECALDE VALLEJO

ANDREA GIRON HERNANDEZ

PABLO GARCÍA ECED

NOELIA GAJATE GARMENDIA

CARMEN SANCHO MUR

Introducción: la esquizofrenia resistente al tratamiento (ERT) constituye un desafío clínico que requiere estrategias terapéuticas especializadas. Entre ellas, los antipsicóticos inyectables de larga duración (AILD) representan una opción eficaz para mejorar la adherencia y estabilizar síntomas persistentes.

Objetivos: analizar el papel de enfermería en la administración y seguimiento de AILD en pacientes con ERT, destacando cuidados específicos, seguridad, monitorización y acompañamiento terapéutico.

Metodología: revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2015 y 2024,

guías clínicas de salud mental y protocolos institucionales sobre administración de AILD.

Resultados: la enfermería desempeña un rol determinante en la preparación, administración segura, educación al paciente, seguimiento de efectos clínicos y detección precoz de efectos adversos. La supervisión continuada y la comunicación terapéutica mejoran la adherencia y consolidan la estabilidad clínica.

Discusión-Conclusión: el cuidado enfermero en pacientes con ERT tratados con AILD garantiza una intervención técnica, segura y humanizada orientada a la continuidad terapéutica y a la prevención de recaídas.

1 Palabras clave

Esquizofrenia resistente; antipsicóticos inyectables; larga duración; enfermería; adherencia

2 Introducción

La ERT afecta aproximadamente a un 20-30% de los pacientes diagnosticados y se caracteriza por una respuesta subóptima o nula a dos o más antipsicóticos administrados en dosis y tiempos adecuados. Esta situación se asocia a un deterioro funcional significativo, riesgo elevado de recaídas, mayor utilización de recursos sanitarios y un impacto profundo en la vida del paciente y su entorno. Entre las opciones terapéuticas disponibles, los AILD han adquirido relevancia al ofrecer niveles estables de medicación, mejorar la adherencia y reducir las fluctuaciones farmacológicas responsables de descompensaciones inesperadas.

El papel de la enfermería en este contexto es central. El profesional enfermero participa en todas las fases

del proceso: valoración inicial, planificación de la administración, supervisión postinyección y seguimiento continuado. Además, actúa como referente terapéutico para el paciente, ofreciendo educación sanitaria, apoyo emocional y detección precoz de signos de recaída o efectos adversos. Esta interacción cercana permite abordar barreras frecuentes como la falta de conciencia de enfermedad, el miedo a las inyecciones o las creencias negativas sobre el tratamiento.

La ERT requiere un enfoque multidisciplinar en el cual la enfermería integra conocimientos clínicos, habilidades comunicativas y competencia técnica en la administración de antipsicóticos de liberación prolongada. La combinación de estos elementos garantiza un procedimiento seguro, eficaz y respetuoso, permitiendo que el paciente reciba el tratamiento con mayor estabilidad y adherencia.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar los cuidados enfermeros asociados a la administración y seguimiento de antipsicóticos inyectables de larga duración en pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento.

Objetivos secundarios:

- Describir el procedimiento seguro de administración de AILD.
- Identificar las estrategias enfermeras para mejorar la adherencia y la relación terapéutica.
- Evaluar el seguimiento clínico y la detección precoz de efectos adversos.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de guías clínicas nacionales e internacionales, protocolos hospitalarios y literatura científica entre 2015 y 2024. Las fuentes incluyeron PubMed, Scielo y Dialnet, así como documentos de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM) y la OMS. Se incluyeron estudios centrados en esquizofrenia resistente, adherencia al tratamiento y manejo enfermero de antipsicóticos inyectables de larga duración.

5 Resultados

La intervención enfermera en pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento tratados con AILD abarca cuidados previos, administración técnica, seguimiento clínico y abordaje psicoeducativo. La revisión evidencia

que la correcta ejecución de estas funciones tiene un impacto directo en la estabilidad clínica, la adherencia y la reducción de recaídas.

En la valoración inicial, la enfermería recoge datos sobre el historial terapéutico, tolerancia previa a antipsicóticos orales, comorbilidades, alergias, hábitos de vida y nivel de conciencia de enfermedad. Esta fase permite anticipar barreras y ajustar la intervención educativa. La valoración del estado mental —nivel de ansiedad, presencia de síntomas positivos o negativos, insight— orienta el modo en que se presentará el procedimiento al paciente. Asimismo, se verifica la prescripción médica, la fecha de la última inyección y el intervalo adecuado entre dosis.

La preparación del procedimiento exige revisar la medicación, confirmar la identidad del paciente siguiendo las normas de seguridad, preparar el material estéril y seleccionar el lugar de administración según el fármaco indicado. Algunos AILD se administran por vía intramuscular glútea profunda, mientras que otros permiten inyección deltoidea. La enfermería informa al paciente de forma clara y calmada sobre el procedimiento para reducir ansiedad y favorecer la colaboración.

Durante la administración, la técnica debe ser precisa y aséptica. La enfermería realiza la inyección siguiendo el protocolo específico del fármaco, comprobando la correcta localización anatómica y aplicando las medidas

necesarias para minimizar el dolor y las molestias. Algunos antipsicóticos requieren agitación previa de la suspensión; otros deben administrarse lentamente para evitar reacciones locales o sistémicas. La observación constante del paciente durante el procedimiento permite detectar signos de ansiedad intensa, riesgo de agitación o efectos adversos inmediatos.

En el seguimiento postinyección inmediato, la enfermería permanece junto al paciente durante los primeros minutos para descartar reacciones locales —dolor, inflamación, induración— o efectos sistémicos como mareo, hipotensión o somnolencia excesiva. En algunos medicamentos, como olanzapina pamoato, se requiere monitorización prolongada por riesgo de síndrome postinyección.

La monitorización a medio y largo plazo es uno de los pilares del cuidado enfermero. Esta supervisión incluye la observación de cambios en el comportamiento, aparición de síntomas prodrómicos de recaída (insomnio, irritabilidad, retraimiento), evaluación de efectos secundarios extrapiramidales, control del peso, glucemia y parámetros cardiovasculares según el perfil del fármaco. La enfermería realiza entrevistas periódicas, fomentando la expresión de preocupaciones y reforzando el valor del tratamiento.

El acompañamiento psicoeducativo es esencial en esta población. Muchos pacientes presentan bajo insight o difi-

cultades para comprender la importancia del tratamiento continuado. La enfermería trabaja en la motivación, explica los beneficios del AILD, aclara dudas y desmitifica temores; esto favorece la adherencia y fortalece la alianza terapéutica. La revisión evidencia que la adherencia mejora cuando el paciente siente que participa activamente en el proceso y que su opinión es escuchada. La coordinación interdisciplinar garantiza una atención integral. Enfermería comunica incidencias al psiquiatra, colabora con trabajo social para aspectos comunitarios, y mantiene contacto con el entorno familiar o cuidadores cuando es pertinente, especialmente en pacientes con dificultades funcionales. La continuidad asistencial se apoya en un registro detallado de dosis, fechas de administración, reacciones observadas y evolución clínica.

6 Discusión-Conclusión

La administración y seguimiento de antipsicóticos inyectables de larga duración en pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento constituye una intervención enfermera compleja, que combina técnica, observación clínica, educación sanitaria y apoyo emocional. La evidencia demuestra que la enfermería, a través de su presencia constante y su relación terapéutica, contribuye de manera decisiva a la estabilidad y adherencia del paciente.

La calidad del procedimiento —desde la preparación hasta el seguimiento— influye directamente en la percepción del tratamiento y en la confianza del paciente. La educación sanitaria adaptada, la monitorización sistemática y la detección precoz de efectos adversos son elementos esenciales para evitar recaídas y mejorar la calidad de vida.

En conclusión, el papel enfermero en el manejo de AILD constituye un pilar fundamental en el tratamiento de la esquizofrenia resistente. Su intervención técnica y humanizada garantiza seguridad, continuidad terapéutica y acompañamiento, contribuyendo a un abordaje integral y eficaz en el contexto de las unidades de salud mental.

coterapia inyectable de liberación prolongada. *Enferm Clin.* 2022;32(4):601–608.

7 Bibliografía

1. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM). Guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia resistente. Madrid; 2022.
2. Ministerio de Sanidad. Protocolos de administración de antipsicóticos de larga duración. Madrid; 2021.
3. Correll CU, et al. Long-acting injectable antipsychotics in treatment-resistant schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2020;81(2):19–27.
4. Kane JM, et al. Role of long-acting injectables in adherence and relapse prevention. *Schizophr Bull.* 2021;47(1):20–29.
5. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. Cuidados de enfermería en antipsi-

Artículo 81

OPTIMIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA OBSOLESCENCIA TECNOLÓGICA EN ORGANIZACIONES SANITARIAS

BEATRIZ MARTÍNEZ ZAMORA

LIDIA PANO HURTADO

JORGE MARIN AYARZA

NOELIA LASHERAS JIMENEZ

PILAR ÁNGELA PULIDO ARELLANO

CRISTINA HERNANDO HERNANDEZ

Introducción:

La rápida evolución tecnológica en el sector sanitario genera la obsolescencia de equipos médicos y sistemas hospitalarios, impactando la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la eficiencia de los centros de salud. La gestión adecuada de la obsolescencia tecnológica es fundamental para garantizar la continuidad asistencial y optimizar los recursos disponibles.

Objetivos:

Analizar estrategias de gestión de la obsolescencia tecnológica en centros sanitarios, identificando prácticas efectivas para la renovación de equipos, mantenimiento preventivo y planificación de inversiones.

Metodología:

Se realizó una revisión narrativa de estudios y guías publicadas entre 2010 y 2024 sobre gestión tecnológica en hospitales y centros de salud. Se incluyeron artículos

que abordaran planificación de renovación tecnológica, mantenimiento de equipos médicos, gestión de ciclos de vida de la tecnología y evaluación de riesgos asociados a la obsolescencia.

Resultados:

La revisión evidencia que la implementación de planes estratégicos de renovación tecnológica, mantenimiento preventivo regular, auditorías de equipos y evaluación de riesgo asociado a fallas tecnológicas reduce la interrupción de servicios y mejora la seguridad del paciente. Centros con políticas claras de actualización tecnológica mostraron mayor eficiencia operativa, menor coste de reparación de equipos y mayor satisfacción del personal sanitario. La integración de sistemas de información hospitalarios permite monitorear el estado de los equipos y planificar inversiones de manera óptima.

Conclusión:

La gestión eficaz de la obsolescencia tecnológica en centros sanitarios es esencial para mantener la seguridad, eficiencia y calidad asistencial. La combinación de planificación estratégica, mantenimiento preventivo, auditorías periódicas y capacitación del personal permite reducir riesgos, optimizar recursos y mejorar los resultados en la atención sanitaria.

1 Palabras clave

Obsolescencia tecnológica; Gestión de equipamiento sanitario; Ingeniería clínica; Tecnología sanitaria; Planificación tecnológica; Ciclo de vida del equipamiento; Evaluación de tecnologías sanitarias; Infraestructura hospitalaria; Sostenibilidad tecnológica; Mantenimiento hospitalario; Renovación tecnológica; Gestión estratégica; Riesgo tecnológico; Eficiencia operativa.

2 Introducción

La tecnología sanitaria constituye un pilar fundamental para la prestación de servicios asistenciales seguros, eficaces y de calidad. Sin embargo, el acelerado

ritmo de innovación, junto con la creciente complejidad de los dispositivos médicos y de los sistemas de información, ha intensificado el desafío de gestionar adecuadamente su ciclo de vida. En este contexto, la obsolescencia tecnológica se ha convertido en un problema crítico para los centros sanitarios, ya que influye directamente en la continuidad asistencial, los costes operativos, la seguridad del paciente y la capacidad de respuesta del sistema de salud ante nuevas necesidades clínicas.

La obsolescencia puede presentarse de forma funcional, cuando un equipo deja de cumplir estándares clínicos o de seguridad; tecnológica, cuando emergen soluciones más avanzadas que mejoran sustancialmente la práctica asistencial; económica, cuando el man-

tenimiento deja de ser coste-efectivo; o regulatoria, cuando cambian normativas que obligan a su retirada o actualización. Estas dimensiones, combinadas con factores organizativos y presupuestarios, hacen imprescindible una gestión estratégica que permita anticipar riesgos, priorizar inversiones y optimizar recursos.

En muchos centros sanitarios, la renovación tecnológica se aborda de manera reactiva, motivada por averías, incidentes o presiones asistenciales. Sin embargo, este enfoque no solo incrementa los costes, sino que también expone al sistema a fallos críticos, disminuye la eficiencia operativa y compromete la seguridad del paciente. Frente a ello, se requiere una planificación sistemática, basada en criterios objetivos, que integre la perspectiva clínica, económica, funcional y de riesgos. La Ingeniería Clínica juega un papel clave en este proceso mediante la aplicación de metodologías de evaluación, análisis de ciclo de vida, gestión del mantenimiento y priorización de recursos.

La correcta gestión de la obsolescencia tecnológica debe contemplarse como un proceso multidimensional que implica a equipos directivos, servicios clínicos, unidades de compras, departamentos de tecnología y agentes externos. Además, requiere herramientas de apoyo a la decisión, como inventarios actualizados, análisis de criticidad, indicadores de desempeño, evaluaciones de tecnologías sanitarias y modelos

predictivos de reemplazo. Su implementación permite mejorar la sostenibilidad del equipamiento, optimizar la asignación presupuestaria y reducir la variabilidad en la toma de decisiones.

En un contexto sanitario marcado por la digitalización, el envejecimiento de las infraestructuras y la creciente demanda asistencial, la capacidad de anticipar y gestionar la obsolescencia tecnológica se convierte en un factor estratégico para garantizar la calidad del servicio. Este artículo analiza los principales desafíos asociados a esta problemática y describe enfoques y herramientas de gestión que permiten a los centros sanitarios desarrollar políticas tecnológicas más eficientes, seguras y alineadas con las necesidades presentes y futuras del sistema de salud.

3 Objetivos

El objetivo general de este trabajo es analizar y describir estrategias de gestión que permitan anticipar, evaluar y reducir los efectos de la obsolescencia tecnológica en los centros sanitarios, contribuyendo a mejorar la seguridad del paciente, la eficiencia operativa y la sostenibilidad del equipamiento médico.

Como objetivos específicos, se plantean los siguientes:

- Identificar los principales tipos y causas de obsolescencia tecnológica presentes en el ámbito sanitario, con-

siderando factores funcionales, clínicos, regulatorios, económicos y organizativos que influyen en el deterioro del equipamiento y en la pérdida de su utilidad.

- Examinar el impacto clínico, económico y operativo de la obsolescencia tecnológica, analizando cómo afecta a la calidad asistencial, a los riesgos para el paciente, al desempeño de los profesionales y a la gestión de recursos en los centros sanitarios.
- Revisar los modelos y metodologías utilizados para la evaluación del ciclo de vida del equipamiento sanitario, incluyendo el análisis de criticidad, la priorización de reemplazos, la planificación de inversiones y la integración de herramientas de gestión basadas en datos.
- Describir las estrategias de intervención adoptadas por instituciones sanitarias para gestionar la obsolescencia, tanto desde la Ingeniería Clínica como desde la gestión directiva, destacando buenas prácticas y enfoques que permiten una toma de decisiones más eficiente y objetiva.
- Proponer recomendaciones orientadas a mejorar la planificación tecnológica en los centros de salud, fomentando la adopción de políticas proactivas que aseguren la continuidad asistencial, minimicen riesgos y garanticen la sostenibilidad del parque tecnológico.

Con el cumplimiento de estos objetivos, se pretende aportar un marco de análisis

útil para profesionales y gestores sanitarios, facilitando la implantación de modelos de gestión más robustos y alineados con las necesidades presentes y futuras del sistema sanitario.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica y guías técnicas publicadas entre 2010 y 2024 sobre gestión tecnológica en centros sanitarios. Las fuentes incluyeron bases de datos como PubMed, Scopus, Web of Science y SciELO, así como documentos de organismos internacionales de salud y asociaciones de ingeniería hospitalaria.

Se establecieron criterios de inclusión: estudios centrados en la gestión de la obsolescencia tecnológica, planificación de renovación de equipos médicos, mantenimiento preventivo, evaluación del ciclo de vida de la tecnología y gestión de riesgos asociados a fallas tecnológicas. Se excluyeron publicaciones centradas únicamente en aspectos clínicos sin relación con la gestión tecnológica, y artículos sin acceso completo al texto.

Los datos extraídos incluyeron: tipo de tecnología analizada, estrategias de gestión implementadas, resultados en eficiencia, seguridad del paciente y costos operativos. Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo y comparativo de las estrategias, identificando buenas prácticas y recomendaciones

para la planificación y gestión de la obsolescencia tecnológica en hospitales y centros de atención primaria.

5 Resultados

El análisis realizado permitió identificar múltiples patrones y tendencias en la gestión de la obsolescencia tecnológica en centros sanitarios, así como los factores que favorecen o dificultan una gestión eficiente. En primer lugar, se observó que existe una gran heterogeneidad en la antigüedad y el estado del equipamiento médico, lo que repercute directamente en la calidad de la atención y en la eficiencia operativa. En muchos casos, los equipos críticos para el diagnóstico y tratamiento presentan ciclos de vida prolongados más allá de lo recomendable, generando riesgos de fallo y limitando la capacidad de respuesta ante necesidades clínicas emergentes. Esta situación es especialmente evidente en áreas de imagenología, laboratorio clínico y dispositivos electromédicos de uso constante.

Los centros que disponen de inventarios digitales actualizados y sistemas de seguimiento del ciclo de vida del equipamiento muestran una mayor capacidad para anticipar necesidades de renovación y para priorizar la sustitución de equipos según criterios clínicos, funcionales y económicos. Por el contrario, los centros que carecen de registros sistematizados adoptan

un enfoque reactivo, sustituyendo o reparando equipos únicamente cuando ocurren fallos. Este enfoque reactivo se asocia con mayores costes de mantenimiento correctivo, interrupciones en la prestación de servicios y un incremento del riesgo para los pacientes.

El uso de herramientas de análisis de criticidad se identificó como un factor determinante para la priorización de intervenciones. Estas herramientas integran variables como riesgo clínico, frecuencia de uso, coste de mantenimiento y impacto operativo, permitiendo una toma de decisiones más objetiva y basada en evidencia. Los centros que aplican estos modelos reportan mejoras en la eficiencia de la planificación tecnológica, reducción de tiempos de inactividad y optimización de recursos financieros.

Asimismo, los resultados evidenciaron que la integración de la Ingeniería Clínica en la gestión tecnológica contribuye significativamente a la mitigación de la obsolescencia. Los departamentos de Ingeniería Clínica que participan en la evaluación de necesidades, planificación de compras, mantenimiento preventivo y seguimiento del desempeño de los equipos logran reducir la incidencia de fallos críticos, mejorar la disponibilidad del equipamiento y asegurar la conformidad con normativas de seguridad. La coordinación multidisciplinar entre servicios clínicos, administración y mantenimiento se identificó como un elemento

clave para lograr una gestión más eficiente y sostenible.

Otro hallazgo relevante es la importancia de la planificación estratégica y la evaluación continua de tecnologías sanitarias. La adopción de metodologías de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) permite anticipar los beneficios clínicos y económicos de la renovación tecnológica, favoreciendo decisiones basadas en evidencia y no únicamente en criterios presupuestarios. Los centros que aplican estas metodologías reportan una mayor alineación entre inversiones tecnológicas y objetivos asistenciales, así como una mejora en la satisfacción del personal y de los pacientes.

Finalmente, se observó que los modelos de gestión proactiva, que combinan planificación, evaluación de criticidad, mantenimiento preventivo y formación del personal, permiten mitigar los efectos negativos de la obsolescencia tecnológica. La implementación de estos modelos se asocia con una mayor sostenibilidad del equipamiento, reducción de riesgos clínicos, optimización de costes y mejor continuidad asistencial, consolidando la gestión tecnológica como un componente estratégico del funcionamiento de los centros sanitarios.

En conjunto, los resultados muestran que una gestión estructurada, basada en datos y apoyada en criterios clínicos, funcionales y económicos, constituye la estrategia más efectiva para afrontar

la obsolescencia tecnológica, garantizando seguridad, eficiencia y sostenibilidad en los servicios de salud.

6 Discusión-Conclusión

La obsolescencia tecnológica en los centros sanitarios constituye un desafío creciente que impacta directamente en la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la eficiencia operativa. Los resultados obtenidos evidencian que una parte significativa del equipamiento médico presenta ciclos de vida prolongados más allá de lo recomendable, especialmente en áreas críticas como imagenología, laboratorio y dispositivos electromédicos de uso continuo. Esta situación refleja que muchos centros aún adoptan enfoques reactivos frente a la obsolescencia, priorizando la reparación sobre la planificación estratégica, lo que incrementa los costes operativos y expone a los pacientes a riesgos innecesarios.

La evidencia sugiere que los centros que implementan modelos de gestión proactiva, basados en inventarios actualizados, análisis de criticidad y mantenimiento preventivo, logran optimizar la disponibilidad del equipamiento y reducir los riesgos asociados a fallos tecnológicos. La integración de la Ingeniería Clínica en la gestión del ciclo de vida de los equipos se revela como un factor clave, permitiendo una evaluación más objetiva de necesidades, priorización de reempla-

zos y alineación de inversiones con los objetivos asistenciales. Estos hallazgos concuerdan con estudios previos que destacan la importancia de la planificación estratégica y la toma de decisiones basada en evidencia para garantizar la sostenibilidad tecnológica en los entornos de salud.

Asimismo, los resultados muestran que la utilización de metodologías de ETS y herramientas de análisis de criticidad proporciona un marco estructurado para anticipar riesgos, mejorar la eficiencia operativa y asegurar la conformidad normativa. La coordinación multidisciplinar entre servicios clínicos, administración y mantenimiento emerge como un elemento central para lograr una gestión integral, disminuyendo la variabilidad en la toma de decisiones y promoviendo la transparencia en la asignación de recursos.

Desde una perspectiva práctica, estos hallazgos enfatizan que la obsolescencia tecnológica no puede abordarse únicamente desde un enfoque económico o reactivo. La planificación sistemática, el seguimiento continuo y la actualización tecnológica deben formar parte de la estrategia organizativa de los centros sanitarios, considerando tanto la seguridad del paciente como la optimización de recursos y la sostenibilidad a largo plazo. La inversión en gestión tecnológica proactiva no solo reduce costes correctivos, sino que también mejora la eficiencia del personal y for-

talece la confianza en los servicios de salud.

En conclusión, la gestión de la obsolescencia tecnológica en centros sanitarios requiere un enfoque multidimensional, que combine planificación estratégica, mantenimiento preventivo, análisis de criticidad y coordinación interdisciplinar. La adopción de estas estrategias permite mitigar los riesgos asociados a equipos obsoletos, optimizar la asignación de recursos y garantizar la continuidad asistencial de manera segura y eficiente. Los centros que implementan modelos estructurados y basados en evidencia logran no solo prolongar la vida útil de sus equipos, sino también fortalecer la calidad de la atención y la sostenibilidad del sistema sanitario en un contexto de rápida evolución tecnológica.

7 Bibliografía

1. Aunión-Villa J, Gómez-Chaparro M, García-Sanz-Calcedo J. Assessment of the maintenance costs of electro-medical equipment in Spanish hospitals.
2. Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN). Perfil tecnológico hospitalario y propuestas para la renovación de tecnologías sanitarias. Informe 2021. Madrid; 2021.
3. Estudio (Internacional) sobre estrategias de mantenimiento: "Two Different Maintenance Strategies in the Hospital Environment: Preventive Maintenance".

nance for Older Technology Devices and Predictive Maintenance for Newer High-Tech Devices.” PubMed. 2016.

4. Fenin. Perfil tecnológico hospitalario y propuestas para la renovación de tecnologías sanitarias. Informe 2021. Estudio de referencia sobre el parque tecnológico hospitalario en España.

Artículo 82

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA EDUCACIÓN SANITARIA BÁSICA: COLABORACIÓN EN LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES Y AUTOCUIDADOS

ANA CRISTINA JULVE ZALDIVAR

GYONGYI SABOU TOTH

CAROLINA CUELLO FONTANA

MARIA TERESA GONZÁLEZ FUMAT

PILAR GRANDE MELCHOR

SANDRA SUBIAS ROMERO

Introducción: La educación sanitaria constituye un pilar esencial en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel clave en la transmisión de conocimientos básicos de salud, la detección de necesidades y el acompañamiento del paciente en sus autocuidados.

Objetivos: Analizar la función del TCAE en la educación sanitaria básica, destacando su contribución en la promoción de hábitos saludables, la prevención de riesgos y el refuerzo de la autonomía del paciente.

Metodología: Revisión narrativa de documentos institucionales y literatura científica entre 2015 y 2024 en PubMed, Scielo y Dialnet, centrada en la educación sanitaria y el rol del TCAE.

Resultados: El TCAE participa en la información directa al paciente, en el refuerzo de mensajes educativos proporcionados por enfermería, en el apoyo a la adherencia terapéutica y en la observación de necesidades individuales relacionadas con higiene, alimentación, ejercicio, descanso y prevención de enfermedades.

Discusión-Conclusión: La colaboración del TCAE en la educación sanitaria contribuye a mejorar la calidad de vida, prevenir complicaciones y fomentar la autonomía del paciente. Su proximidad y trato directo lo convierten en un agente clave dentro del equipo asistencial.

1 Palabras clave

TCAE; educación sanitaria; autocuidados; promoción de la salud; hábitos saludables

2 Introducción

La educación sanitaria es una estrategia fundamental en los sistemas de salud modernos, orientada a capacitar a las personas para tomar decisiones informadas que favorezcan su bienestar físico, emocional y social. En el ámbito asistencial, el TCAE es una figura profesional que, por su contacto continuo con el paciente, desempeña un papel especialmente relevante en el refuerzo de medidas educativas y en la promoción de hábitos saludables. Su interacción diaria le permite detectar necesidades, resolver dudas básicas y acompañar al usuario en el desarrollo de conductas de autocuidado.

El papel del TCAE no se limita únicamente a la asistencia técnica, sino que abarca la comunicación constante con

los pacientes, la observación de sus rutinas y la transmisión de información básica que complementa las intervenciones enfermeras. Su trabajo resulta esencial en ámbitos como la higiene personal, la movilidad, la alimentación, el descanso, el control de la medicación y la prevención de riesgos. De esta manera, el TCAE contribuye a establecer un ambiente terapéutico que facilita la adquisición de hábitos saludables y la adherencia a las recomendaciones sanitarias.

Además, el TCAE ocupa una posición privilegiada para reforzar la educación sanitaria dirigida por los profesionales de enfermería. Su presencia continua junto a los pacientes facilita la repetición de mensajes educativos, la aclaración de conceptos y la identificación de barreras prácticas que puedan dificultar la autonomía del usuario. Esta cercanía refuerza la confianza del paciente y contribuye a crear un clima de apoyo que facilita la adopción de conductas saludables.

En entornos de atención primaria, hos-

pitalización y cuidados sociosanitarios, la intervención del TCAE se convierte en una herramienta clave para promover el autocuidado y prevenir complicaciones. Su participación activa en la educación sanitaria favorece la prevención de enfermedades, mejora la calidad de vida y contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario mediante la promoción de estilos de vida saludables.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar la colaboración del TCAE en la educación sanitaria básica y en la promoción de hábitos saludables y autocuidados.

Objetivos secundarios:

- Identificar las áreas clave en las que el TCAE refuerza la educación sanitaria del paciente.
- Describir la importancia del acompañamiento y la comunicación en el proceso educativo.
- Evaluar el impacto del TCAE en la autonomía y bienestar del paciente.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de guías clínicas, protocolos asistenciales y literatura científica publicada entre 2015 y 2024 en PubMed, Scielo y Dialnet. Se incluyeron documentos relacionados con educación sanitaria, promoción de la salud, autocuidados y rol

del TCAE en entornos asistenciales y comunitarios. La selección se centró en estudios que abordaran intervenciones educativas complementadas por el personal auxiliar y su impacto en la salud del paciente.

5 Resultados

La educación sanitaria básica es un proceso continuo que implica la transmisión de conocimientos y el acompañamiento en la adopción de conductas saludables. En este contexto, el TCAE se convierte en un eslabón fundamental del equipo de cuidados, aportando una labor cercana y centrada en las necesidades reales del paciente. Su capacidad para observar rutinas, identificar dificultades y reforzar recomendaciones convierte su participación en un elemento indispensable en la promoción de hábitos saludables.

Una de las áreas de mayor relevancia es la higiene personal, donde el TCAE no solo asiste al paciente dependiente, sino que también explica la importancia del lavado regular, el cuidado de la piel, la correcta higiene bucodental y la prevención de infecciones. En pacientes con movilidad reducida, su apoyo evita la aparición de úlceras por presión, infecciones cutáneas y complicaciones derivadas del sedentarismo. Esta labor educativa se integra en el cuidado diario, favoreciendo la percepción del paciente sobre la importancia del autocuidado.

La alimentación saludable constituye otro ámbito central. El TCAE participa en la observación de la ingesta, identifica dificultades para alimentarse y refuerza los consejos sobre hidratación, elección de alimentos adecuados y cumplimiento de dietas pautadas. Su intervención resulta especialmente relevante en pacientes con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión o desnutrición, donde el seguimiento y la corrección de hábitos contribuyen al control de la enfermedad.

En relación con la movilidad y ejercicio, la enfermería delega al TCAE actividades que fomentan la actividad física adaptada, la prevención de rigideces articulares y la reducción del riesgo de caídas. El TCAE motiva al paciente a realizar cambios posturales, movilizaciones suaves y ejercicios indicados, explicando los beneficios y corrigiendo las posturas cuando es necesario. Este acompañamiento continuado facilita que el paciente recupere confianza en su movilidad y participe activamente en su rehabilitación.

El descanso y la gestión del estrés también forman parte de la educación sanitaria. El TCAE puede ayudar a crear un entorno tranquilo, explicar la importancia del sueño reparador y detectar signos de ansiedad o insomnio que requieran intervención. Su papel de observación es clave para informar al equipo de enfermería sobre alteraciones emocionales que puedan interferir en la recuperación del paciente.

Además, el TCAE tiene un papel esencial en el refuerzo de la adherencia terapéutica, recordando horarios, explicando la finalidad de ciertos cuidados y supervisando que el paciente comprenda las recomendaciones recibidas. En casos de pacientes ambulatorios o con alta hospitalaria reciente, su apoyo puede ser determinante para evitar olvidos, errores en la medicación o incumplimiento de pautas higiénico-dietéticas.

La prevención de riesgos es otra competencia relevante. El TCAE participa en la identificación de barreras arquitectónicas, en la colocación de dispositivos de seguridad, en la vigilancia del entorno y en la educación sobre el uso seguro de ayudas técnicas. Estas intervenciones educativas reducen el riesgo de accidentes y fomentan la autonomía del paciente en actividades básicas de la vida diaria.

A través de la comunicación directa y accesible, el TCAE fortalece el proceso educativo. Su lenguaje claro y cercano facilita que el paciente exprese dudas y temores, generando un clima de confianza. Esta relación interpersonal convierte al TCAE en un puente entre el paciente y el resto del equipo, contribuyendo a la continuidad educativa y al seguimiento de las indicaciones terapéuticas.

Los estudios revisados coinciden en que la intervención del TCAE en educación sanitaria mejora la adherencia a los tratamientos, reduce complica-

ciones hospitalarias y favorece una recuperación más rápida. En entornos comunitarios, su labor educativa tiene un impacto positivo en la prevención de enfermedades crónicas y en la promoción de estilos de vida saludables.

6 Discusión-Conclusión

El TCAE desempeña un papel fundamental en la educación sanitaria básica, convirtiéndose en un agente cercano y accesible para promover hábitos saludables y fomentar los autocuidados. Su contacto continuo con el paciente le permite detectar necesidades y reforzar recomendaciones esenciales para la prevención de complicaciones y la mejora del bienestar. La colaboración con enfermería asegura una intervención coordinada, mientras que su capacidad comunicativa facilita la comprensión de las indicaciones y crea un entorno de apoyo.

La educación sanitaria liderada por el TCAE contribuye a aumentar la autonomía del paciente, favorece la adherencia terapéutica y reduce la carga asistencial mediante la prevención. Su profesionalidad y compromiso consolidan una atención humanizada, donde el cuidado técnico y educativo conviven para mejorar la calidad de vida.

En conclusión, el TCAE es una figura clave en la promoción de la salud y los autocuidados. Su participación activa, combinada con la formación continua, garantiza una educación sani-

taria eficaz, estructurada y centrada en las necesidades de cada persona.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Madrid; 2021.
2. Sociedad Española de Enfermería Comunitaria (SEEC). Educación sanitaria y autocuidados: guía práctica para profesionales. Madrid; 2022.
3. Instituto de Salud Carlos III. Promoción de hábitos saludables en la práctica asistencial. Madrid; 2020.
4. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. El papel del TCAE en la educación sanitaria: refuerzo de hábitos y acompañamiento. *Enferm Clin.* 2021;31(6):554-560.
5. Rodríguez-Peña J, García Ortega L. Autocuidados y adherencia: colaboración del TCAE en la promoción de la salud. *Rev Esp Salud Pública.* 2022;96:e202206327.

Artículo 83

LA INFLUENCIA DE LAS FAMILIAS FRENTE AL ACOSO ESCOLAR

PILAR ÁNGELA PULIDO ARELLANO

CRISTINA HERNANDO HERNANDEZ

BEATRIZ MARTÍNEZ ZAMORA

LIDIA PANO HURTADO

JORGE MARIN AYARZA

NOELIA LASHERAS JIMENEZ

Este trabajo se centra en conocer la influencia de las familias frente al acoso escolar, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre los conceptos de familia, la diversidad familiar, protocolos de actuación frente al acoso escolar y el ciberbullying y métodos de intervención socioeducativos. Además, se ha realizado una pequeña propuesta de innovación social para la correcta intervención con este colectivo en la que han ido acorde con la hipótesis planteada: La óptima influencia de los familiares de los y las menores es positiva para que no se dé el acoso escolar en los centros educativos.

1 Palabras clave

Acoso escolar, familias, menores.

2 Introducción

El acoso escolar o bullying es un fenómeno que existe desde hace ya décadas y que es una realidad que sufren muchos alumnos y alumnas a lo largo de su vida. Por ello, veo conveniente re-

alizer una revisión bibliográfica sobre el concepto y las repercusiones que tiene para el alumnado que realiza y sufre el mismo.

Mi aportación a este proyecto, es la intervención social sistémica del menor a través de técnicas como la entrevista, las dinámicas grupales, los talleres y las terapias de grupo y familiares con el fin de paliar dicha problemática.

Además, es importante tener en cuenta el proceso de mediación en estos casos para gestionar de una forma adecuada los conflictos que hubiese en el entorno educativo y conseguir establecer un entorno saludable para el alumnado.

A raíz de la temática propuesta me surgen ciertas dudas a la hora de abordarlo como pueden ser: ¿por qué las actividades y los proyectos educativos son un medio para combatir el acoso escolar? ¿qué tienen en común la familia, el alumnado agresor y el alumnado víctima de bullying? ¿qué procesos promueve en los y las menores que sufren acoso escolar, cyberbullying o los familiares del alumnado víctima de acoso la intervención social? ¿Por qué la mediación familiar es, por tanto, una herramienta socioeducativa? ¿cómo plantear los talleres y acompañar los procesos de creación? En este trabajo intentaré contestar a estas preguntas, aportando el resultado de mis conocimientos sociales que conseguí a través del “Grado en Trabajo Social” y del voluntariado que realicé con Cruz Roja en el barrio sevillano

de “Polígono Sur” con el alumnado del C.E.I.P Andalucía, en el cual, realizaba diversas actividades con menores de 6 a 12 años intentando que consiguiesen adquirir habilidades sociales, educación en valores y educación emocional y tener un buen rendimiento académico.

En los últimos años se ha implementado en algunos centros educativos el aula de mediación y talleres sobre el bullying; no obstante, en muchas escuelas este espacio tan enriquecedor no existe por lo que es importante dar visibilidad a dicha problemática y tratarla desde diferentes disciplinas como son el trabajo social, la mediación, la psicología, la pedagogía y la educación social. En dicho proyecto nos centraremos en explicar la intervención social y la mediación familiar principalmente, aunque es importante tener en cuenta que existen otras propuestas de intervención muy relevantes e importantes para tratar dicha problemática educativa.

3 Objetivos

El objetivo principal es tener un conocimiento previo sobre el fenómeno del bullying, las familias, la intervención social y la mediación familiar para abordar una pequeña propuesta de intervención con menores y familias trabajando las habilidades sociales, la inteligencia emocional, la gestión emocional y el cambio de perspectiva

en los menores de ganar/perder por el ganar/ganar en los conflictos que se den en el ámbito escolar para crear un ambiente saludable centrado en la cooperación.

4 Metodología

La metodología del artículo se centra principalmente en realizar una búsqueda bibliográfica por diferentes páginas de carácter científico como Scielo y Dialnet para conocer la importancia del acoso escolar, como tratarlo y como prevenirlo.

Asimismo, conocer la importancia de incluir a las familias de los menores para dar visibilidad a dicha problemática.

5 Resultados

Primeramente, es necesario explicar que según Estremero, J., & García, X., la familia es el primer grupo social al que pertenecemos y que cada familia está formada por un tejido de afectos, valores y sentimientos que son imprescindibles para los y las menores y supone una fuente de estímulo para los mismos. Es importante tener en cuenta que las familias han ido cambiando, y existen varios tipos de familias, como puede ser la familia monoparental; la cual está formada por un padre o una madre y su hijo/a, familias extensas formada por dos madres, abuelas y los hijos, etc.

Hay que tener en cuenta también que las familias pasan por crisis evolutivas que son cambios esperables por los cuales atraviesan la mayoría de las personas y requieren un cambio de adaptación para enfrentar nuevos desafíos, que forman parte del desarrollo de vida de la misma o una crisis inesperada, que sobreviene bruscamente como puede ser pérdida de empleo, exilio forzoso, muerte temprana de un padre, etc. (Estremero, J., & Gacia, X).

Según como se sobrelleven este tipo de crisis las familias y los/as menores aprenderán unos patrones de resolución de conflictos que dependerá también de ello, el adecuado desarrollo del/de la menor, una buena gestión de conflictos, una buena autoestima y autoconcepto, etc.

Por ello, creo conveniente en los casos que se de una mala gestión de conflictos, crisis, una incorrecta gestión emocional, etc... llevar a cabo una intervención familiar educativa, con todos los miembros implicados en el caso para que creen una cohesión entre ellos/as y la familia salga reforzada de ello. La intervención familiar desde este modelo se centra en la enseñanza de comportamientos y habilidades educativas parentales. También puede ocuparse de la reeducación de los hijos. En general, se preocupa de todos los procesos educativos, independientemente del contexto institucional en el que tienen lugar. Dependiendo de la orientación teórica, las interven-

ciones pueden tener un carácter preventivo, optimizador, correctivo y/o compensatorio. Tiende a ser un modelo dirigido más a la colectividad, a los grupos más que a un solo individuo, aunque cuando el caso lo requiere se practica individualmente. (Máiquez, M.L. & Capote, C., 2001).

Por tanto, centrándonos más en el tema en cuestión, es necesario abordar una intervención familiar educativa en casos como el acoso escolar que según Albores-Gallo L. et al. (2011), se refiere al uso repetido y deliberado de agresiones verbales, psicológicas o físicas para lastimar y dominar a otro niño, sin que haya sido precedidas de provocación y en el conocimiento de que la víctima carece de posibilidades de defenderse. Los participantes en el acoso escolar se pueden clasificar en cuatro categorías: “agresor” (bully), “víctima”, “víctima-agresor”, y el “neutro” (compañero no implicado en el fenómeno del acoso).

Actualmente, debido a las nuevas tecnologías los y las menores se relacionan también a través de redes sociales como Instagram, WhatsApp y Twitter, entre otras. Debido a ello, el acoso escolar no solo se da en el centro educativo sino, que se puede dar en la casa 24 horas al día los siete días de la semana por lo que es muy sofocante para el menor o la menor que lo sufre porque no puede desconectar de ese maltrato por parte de su agresor/a.

Este fenómeno se denomina ciber-

bullying, el cual, puede ser definido como la intimidación psicológica u hostigamiento que se produce entre iguales, frecuentemente dentro del ámbito escolar (pero no exclusivamente), ya que como he mencionado anteriormente puede estar sostenida en el tiempo y cometida con cierta regularidad, utilizando como medio las tecnologías de la información y la comunicación, cuya naturaleza determina las características del fenómeno (inmediatez, publicidad, amplificada, difusión instantánea, viralización), con el objetivo de dañar a la víctima, minando su autoestima y llevándola a una situación de terror, impotencia y estrés.

Debido a ello, es importante que los padres y madres estén al tanto de los movimientos que tienen sus hijos e hijas a través de las redes y que pongan un área para utilizar los dispositivos electrónicos en el que ellos/as puedan ver que realizan. Además, es significativo la relación que exista entre ambos/as para que los y las menores tengan la confianza suficiente para contarle las cosas a ellos/as y evitar dicha problemática solucionándola en el centro educativo a través del aula de mediación.

6 Discusión-Conclusión

Tras el desarrollo de la búsqueda bibliográfica y la pequeña propuesta de intervención llevada a cabo se puede concluir lo siguiente:

Como se ha podido comprobar con el estudio, la influencia positiva de las familias frente al bullying ayuda a que los y las menores aumenten su respeto y tolerancia frente a otros menores y adquieran herramientas positivas para convivir en la comunidad educativa.

Sin embargo, se puede observar que, aunque se ha experimentado un avance en la inclusión de aulas de mediación escolar aún hay menores que predicen con la posición de ganar/perder cuando existe un problema con otro igual, por lo que considero relevante mi propuesta de intervención sistémica dando un conocimiento a los menores y a los familiares de los mismos de técnicas y herramientas que favorezcan la inclusión de todas las personas del ámbito escolar. Esto nos hace entender que con una sesión de estos talleres no se puede llegar a toda la población, sino que se necesita una continuidad.

Por ello, sería interesante crear un espacio en los centros educativos en el que se hable de cuestiones relacionadas con el bullying y las consecuencias del mismo, con objeto de contribuir a que las generaciones tengan integrados valores como el respeto, la no discriminación, la tolerancia, que no tengan prejuicios hacia las demás personas, etc.

Dichos espacios deberían estar incluidos en el currículo de educación ya que, contribuyen, además, a la educación inclusiva y a favorecer las habilidades sociales y la óptima gestión emo-

cional y adecuada resolución de conflictos de los y las menores y sus familiares. De esta manera, se está promoviendo el beneficio de todas las personas del entorno educativo, alumnos/as y docentes directamente y a las familias indirectamente.

Asimismo, en esos espacios no sólo debería de hablarse del acoso escolar, sino enseñar a los y las menores porque existen este tipo de violencias y qué consecuencias tiene tanto para la víctima como para las personas que ejercen el acoso escolar, siempre desde actividades lúdicas de las que éstos/as puedan ser partícipes.

Por otro lado, dichos espacios deberían ser lugares donde los y las alumnas puedan desarrollarse como personas, enseñándoles a tener una visión crítica ante las situaciones, donde se les permita mostrar sus diferentes gustos e intereses sin tener en cuenta los prejuicios y opiniones de los demás y que adquieran poco a poco una personalidad bien forjada.

En definitiva, que haya un convenio de las instituciones que realizan estos talleres con las instituciones educativas que comprenda todo el curso escolar para tratar temas relacionados con la diversidad, y hacer entender a los y las menores que todas las personas son diversas en cuestión a lo que le gusta y lo que desea y que no por ello deben ser juzgadas.

Asimismo, considero que la familia es un pilar muy importante en la edu-

cación de los y las menores, por lo que deberían estar incluidas en los talleres de educación emocional, habilidades sociales y resolución de conflictos, así como en las charlas sobre el acoso escolar y el ciberbullying para que conozcan herramientas, métodos y técnicas de cómo actuar frente a estos casos a través de la Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPA).

7 Bibliografía

1. Albores-Gallo, L. et al. (2011). El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Pública Méx.*; no 53. Pp. 220-227.
2. Estremero, J., & Gacia, X. Familia y ciclo vital familiar. Recuperado de: [file:///Users/pilarpulidoarellano/Downloads/Familia%20y%20ciclo%20vital%20familiar%20\(1\).pdf](file:///Users/pilarpulidoarellano/Downloads/Familia%20y%20ciclo%20vital%20familiar%20(1).pdf)
3. Máiquez, M.L. & Capote, C. (2001). Modelos y enfoques en intervención familiar. Universidad de la Laguna, Tenerife. *Intervención Psicosocial*. Vol. 10. No 2. Pp. 185-198.

Artículo 84

FRAGILIDAD ÓSEA EN EL ADULTO MAYOR: FRACTURAS MÁS FRECUENTES

ANTONIA ARROYO PEREZ

ANTONIO RAYA ANTUNEZ

MARÍA LAFUENTE ADE

M^a TERESA TELLO DOMINGUEZ

CRISTINA MIHAELA FLENCHES

VIOLETA SORINA MACAVEI

Introducción: La fragilidad ósea en el adulto mayor constituye un problema sanitario creciente que favorece la aparición de fracturas ante traumatismos mínimos, afectando la autonomía y la calidad de vida.

Metodología: Para este trabajo se consultaron bases de datos biomédicas, libros especializados y documentos institucionales publicados entre 2015 y 2024.

Resultados: Se describen los procesos biológicos que conducen a la pérdida de resistencia ósea, las fracturas más habituales en este grupo de edad y los factores que influyen en su aparición. Se analizan implicaciones clínicas, funcionales y sociales, así como estrategias preventivas y de abordaje multidisciplinar.

Conclusiones: La fragilidad ósea requiere una actuación integral orientada a la detección precoz, el control de factores de riesgo y la intervención coordinada para reducir la incidencia de fracturas y sus consecuencias en la población mayor.

1 Palabras clave

Fragilidad ósea; fracturas osteoporóticas; adulto mayor; envejecimiento; prevención

2 Introducción

El aumento de la longevidad ha dado lugar a un crecimiento del número de personas mayores de 65 años, lo que ha incrementado la prevalencia de patologías asociadas a la edad. Entre ellas, la fragilidad ósea destaca como uno de los retos clínicos y sociales de mayor impacto, debido a que condiciona la aparición de fracturas ante traumatismos de baja energía y repercute de forma directa en la capacidad funcional, la dependencia y la calidad de vida.

Con el paso de los años, el equilibrio entre formación y resorción del tejido óseo se altera, predominando la pérdida de masa ósea. Este deterioro se ve potenciado por factores como la disminución de la producción hormonal, la malnutrición, la reducción de la actividad física y la coexistencia de enfermedades crónicas. Cuando la resistencia del hueso es insuficiente para soportar cargas habituales, aparecen fracturas de fragilidad, uno de los principales motivos de ingreso hospitalario en personas mayores.

Las fracturas en este grupo generan consecuencias que van más allá del daño físico. Con frecuencia se aso-

cian a dolor persistente, pérdida de movilidad, deterioro cognitivo acelerado, institucionalización y aumento de la mortalidad durante el año posterior al evento. Entre las fracturas más habituales destacan las de cadera, vértebras, húmero proximal y radio distal, todas ellas relacionadas con una mayor probabilidad de caídas y una resistencia ósea progresivamente reducida.

La importancia del abordaje integral de la fragilidad ósea radica en su impacto sanitario y socioeconómico. La atención a estos pacientes requiere recursos asistenciales prolongados, rehabilitación intensiva y apoyo social, lo que supone una carga considerable para los sistemas de salud. Al mismo tiempo, la prevención y el reconocimiento temprano de los factores de riesgo ayudan a reducir la incidencia de estas lesiones y sus complicaciones.

3 Objetivos

Objetivo general:

Describir la fragilidad ósea en el adulto mayor y las fracturas más frecuentes, sus implicaciones clínicas y las estrategias orientadas a su prevención y manejo integral.

Objetivos específicos:

- Conocer los mecanismos biológicos que llevan a la pérdida de masa y resistencia ósea con el envejecimiento.
- Identificar las fracturas más comunes asociadas a la fragilidad en la población mayor.

- Describir los factores que contribuyen a la aparición de estas fracturas y sus repercusiones funcionales.
- Describir intervenciones preventivas orientadas a reducir el riesgo de fracturas y mejorar la salud ósea.
- Analizar el impacto social, emocional y sanitario derivado de las fracturas de fragilidad en este colectivo.

4 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se consultaron fuentes académicas centradas en fragilidad ósea y fracturas frecuentes en adultos mayores. Se utilizaron bases de datos como PubMed, Scielo y Dialnet, seleccionando artículos entre 2015 y 2024. También se revisaron capítulos de libros especializados en geriatría y traumatología además de guías de instituciones geriátricas (residencias).

5 Resultados

La fragilidad ósea en adultos mayores se debe a un conjunto de cambios fisiológicos que afectan a la estructura y resistencia del hueso. Con la edad, disminuye la actividad de los osteoblastos encargados de la formación ósea, mientras que los osteoclastos mantienen o incrementan su acción, favoreciendo la resorción. Este desequilibrio reduce la densidad mineral y convierte al hueso en una estructura más porosa y vulnerable. Además, el deterioro del hueso

contribuye a una menor absorción de impactos, lo que facilita las fracturas incluso en situaciones de bajo riesgo.

Uno de los elementos clave en la aparición de fracturas es la caída, un evento común en la población mayor. Problemas de movilidad, alteraciones del equilibrio, deterioro visual o uso de medicamentos que afectan la coordinación aumentan la probabilidad de sufrir caídas. Cuando el hueso es incapaz de soportar fuerzas que antaño habrían sido tolerables, una caída desde la propia altura puede desencadenar lesiones graves. Por ello, la fragilidad ósea y el riesgo de caída deben considerarse de forma conjunta al analizar la aparición de fracturas.

La fractura de cadera es una de las más frecuentes y también una de las más severas en este grupo de edad. A menudo afecta al cuello femoral o a la región intertrocantérica y provoca dolor intenso, inmovilidad inmediata y necesidad de intervención quirúrgica. Tras este tipo de fractura, muchos pacientes experimentan pérdida de autonomía y dificultad para recuperar su nivel previo de actividad. En algunos casos, la recuperación funcional es limitada, lo que incrementa la dependencia y el riesgo de institucionalización. La mortalidad durante el primer año posterior a la fractura también se ve incrementada, debido a complicaciones como infecciones, tromboembolismos o deterioro funcional acelerado.

Las fracturas vertebrales representan

otra manifestación frecuente de la fragilidad ósea. Aunque en ocasiones pasan desapercibidas o se confunden con molestias lumbares crónicas, pueden generar colapso vertebral, reducción de la estatura y alteraciones posturales. Con el tiempo, la sucesión de microfracturas compromete la movilidad global y favorece la aparición de cifosis dorsal. Este cambio postural no solo afecta la imagen corporal, sino que también dificulta la respiración y reduce la capacidad de realizar actividades cotidianas. El dolor crónico asociado a estas fracturas puede limitar la participación social y contribuir al aislamiento.

Las fracturas de radio distal son habituales tras una caída con apoyo de la mano en el suelo. Aunque su gravedad es menor en comparación con fracturas de cadera, pueden comprometer la funcionalidad de la extremidad superior, afectar la destreza y limitar actividades como vestirse, cocinar o realizar tareas domésticas. La pérdida temporal o persistente de movilidad de la muñeca puede repercutir en la autonomía y aumentar la dependencia de terceros para actividades básicas.

Otra fractura común es la de húmero proximal, que aparece generalmente tras un traumatismo directo sobre el hombro. Esta lesión puede generar dolor intenso y limitar la rotación y la elevación del brazo, dificultando la higiene personal y otras tareas de la vida diaria. La recuperación puede ser prolongada y, en ocasiones, la movili-

dad no se restaura por completo, especialmente si el paciente presenta otras enfermedades que dificultan la rehabilitación.

Los factores que influyen en la aparición de estas fracturas son múltiples. Uno de los más relevantes es la desnutrición, frecuente en personas mayores debido a la disminución del apetito, problemas digestivos o dificultades para preparar alimentos. La falta de proteínas y nutrientes esenciales debilita el tejido óseo y afecta la función muscular, lo que incrementa el riesgo de caídas. La sarcopenia, caracterizada por la disminución progresiva de la masa y la fuerza muscular, también contribuye a la pérdida de estabilidad y dificulta la absorción del impacto en caso de caída.

La reducción de la actividad física es otro factor importante. El ejercicio regular, especialmente el que implica carga sobre el hueso, favorece su remodelación y fortalece la masa ósea. Cuando el organismo deja de recibir estímulos mecánicos adecuados, la densidad ósea disminuye y el hueso se vuelve más frágil. Además, la falta de movimiento genera rigidez articular y menor coordinación, lo que aumenta la exposición a caídas.

Las enfermedades crónicas también contribuyen a la fragilidad ósea. La artritis reumatoide, la insuficiencia renal, los trastornos endocrinos y la osteoporosis diagnosticada son ejemplos de condiciones que modifican el

metabolismo óseo y disminuyen su resistencia. Algunos tratamientos farmacológicos prolongados, como los corticoides, aceleran la pérdida de masa ósea y aumentan la vulnerabilidad a las fracturas. Por ello, la evaluación clínica de los pacientes mayores debe incluir un análisis detallado de los tratamientos que reciben y de los posibles efectos sobre el hueso.

En cuanto al impacto de las fracturas en la vida cotidiana, muchas personas mayores experimentan miedo a volver a caerse después de una fractura, lo que conduce a una reducción voluntaria de sus desplazamientos y actividades. Esta situación genera un círculo de sedentarismo que debilita aún más la musculatura y aumenta el riesgo de nuevas caídas. La pérdida de autonomía puede provocar sentimientos de frustración y afectar el equilibrio emocional.

Los familiares también se ven afectados. La necesidad de cuidados prolongados, la reorganización del hogar y las demandas asociadas a la rehabilitación pueden generar una carga importante para los cuidadores. La fragilidad ósea, por tanto, no solo repercute en la persona que sufre la fractura, sino que también influye en su entorno más cercano.

La prevención es fundamental, mantener niveles adecuados de calcio y vitamina D contribuye a preservar la salud ósea. La exposición moderada al sol y la ingesta de alimentos ricos en estos nutrientes facilitan la absorción y el metabolismo adecuados. El ejercicio

físico adaptado, fortalece tanto el hueso como la musculatura. En el hogar, la eliminación de obstáculos, la correcta iluminación y el uso de ayudas técnicas cuando están indicadas disminuyen la probabilidad de caídas.

6 Discusión-Conclusión

La fragilidad ósea en el adulto mayor representa un desafío sanitario y social de gran magnitud debido a su relación directa con la aparición de fracturas de diversa gravedad. La pérdida progresiva de resistencia ósea, combinada con la mayor frecuencia de caídas en esta etapa de la vida, contribuye a que el riesgo de fracturas aumente. Comprender los procesos que intervienen en la fragilidad, así como los factores que la potencian, permite adoptar intervenciones tempranas.

Las fracturas de cadera, vértebras, radio distal y húmero proximal destacan por su prevalencia y por las repercusiones que generan en la vida de las personas mayores. Estas fracturas producen dolor, limitación funcional y dependencia, afectando el equilibrio emocional y social del paciente. El temor a nuevas caídas, la pérdida de confianza en las propias capacidades y la disminución de la movilidad pueden conducir a un deterioro progresivo que afecta el bienestar general.

La prevención incluye intervenciones relacionadas con la nutrición, el ejercicio físico y la adecuación del entorno.

Mantener niveles óptimos de calcio y vitamina D, fomentar la actividad física adaptada y mejorar la estabilidad postural son pilares fundamentales para fortalecer el hueso y reducir caídas. El objetivo es garantizar una atención integral que abarque tanto el aspecto clínico como el funcional y social.

Por otro lado, es fundamental tener en cuenta el entorno familiar y el papel que desempeñan los cuidadores. La educación sobre prevención, manejo del dolor, movilidad y seguridad en el hogar es esencial para reducir riesgos y mejorar la calidad del cuidado proporcionado. La fragilidad ósea y sus fracturas asociadas no solo afectan a la persona mayor, sino también a quienes participan en su atención diaria.

En definitiva, la fragilidad ósea en el adulto mayor requiere una visión amplia que abarque la prevención, la detección precoz y la intervención multidisciplinar. Reducir la incidencia de fracturas y sus consecuencias implica un compromiso sostenido tanto por parte de los profesionales sanitarios como de la propia comunidad. Promover hábitos saludables, adaptar el entorno y fomentar la participación activa en el autocuidado son elementos clave para mejorar los resultados y garantizar una mejor calidad de vida.

tratamiento”. Madrid: Panamericana; 2018.

2. López Sáez JF, Pérez Cano R. “Geriatría para profesionales sanitarios”. Barcelona: Elsevier; 2020.

3. Ministerio de Sanidad. “Estrategia de promoción de la salud y prevención en la población mayor”. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.

4. Díaz Curiel M. “Metabolismo óseo y mineral en el envejecimiento”. Madrid: Fundación Hispana de Osteoporosis; 2019.

5. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. “Guía práctica de fragilidad y caídas en el anciano”. Madrid: SEGG; 2021.

7 Bibliografía

1. González Macías J, Olmos JM. “Osteoporosis: diagnóstico, prevención y

Artículo 85

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES FRÁGILES: FACTORES DE RIESGO, ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA Y EDUCACIÓN SANITARIA

NARELYS DELGADO HERNÁNDEZ

LUIS ROBERTO MEDEROS MESA

TANIA IBAÑEZ BOIX

PAULA IRANZO GAUTHIER

MARÍA ÁNGELES SELLÉS ANDREO

ROCIO GUADALUPE TOLEDO REYES

Introducción: las caídas en pacientes frágiles constituyen uno de los eventos adversos más frecuentes en el ámbito sanitario y suponen un riesgo significativo de morbilidad, pérdida funcional y prolongación de la estancia hospitalaria. La enfermería desempeña un papel clave en su identificación precoz y prevención.

Objetivos: analizar los factores de riesgo asociados a caídas en pacientes frágiles y describir las estrategias de vigilancia y educación sanitaria que la enfermería implementa para prevenirlas.

Metodología: revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2015 y 2024, junto con guías clínicas y protocolos institucionales de prevención de caídas.

Resultados: la valoración funcional, la detección de riesgos ambientales, la vigilancia continua, la educación sanitaria y la aplicación sistemática de escalas validadas son pilares fundamentales en la prevención de caídas.

Discusión-Conclusión: la prevención eficaz requiere una combinación de vigilancia activa, intervenciones individualizadas y una educación sanitaria adaptada que promueva la seguridad y preserve la autonomía del paciente frágil.

1 Palabras clave

Caídas; fragilidad; prevención; enfermería; educación sanitaria

2 Introducción

La caída en el paciente frágil constituye un evento adverso relevante debido a sus potenciales consecuencias clínicas, funcionales y emocionales. En el entorno hospitalario y sociosanitario, la fragilidad se asocia con disminución de la reserva fisiológica, pérdida progresiva de fuerza, deterioro cognitivo, polimedicación y dificultades en la movilidad, factores que aumentan significativamente el riesgo de sufrir caídas. Estas caídas no solo generan lesiones físicas, sino que también provocan miedo, pérdida de autonomía y un mayor riesgo de institucionalización o reingreso hospitalario.

Ante esta realidad, la prevención de caídas se convierte en una prioridad asistencial. La enfermería, por su contacto continuo con los pacientes y su capacidad para valorar riesgos de forma dinámica, ocupa una posición estratégica para detectar señales tempranas de inestabilidad, vigilar los cambios clíni-

cos y organizar intervenciones preventivas. Su rol incluye tanto la observación directa como la aplicación de escalas estandarizadas de riesgo y la educación sanitaria, elementos que permiten anticiparse a las situaciones peligrosas.

La identificación de factores de riesgo es esencial para establecer un plan preventivo eficaz. Entre ellos destacan la debilidad muscular, la hipotensión ortostática, las alteraciones de la marcha, las patologías neurológicas, el deterioro cognitivo, la polifarmacia y los entornos poco adaptados. La combinación de estos factores convierte a la población frágil en un grupo especialmente vulnerable, que requiere una vigilancia constante y adaptada a su estado funcional.

La prevención de caídas no se basa únicamente en la vigilancia; también implica educar al paciente y a su familia, promover conductas seguras y adaptar el entorno físico. La enfermería debe integrar intervenciones personalizadas que contemplen la movilidad, la higiene del sueño, la programación de actividades, el uso adecuado de dispositivos de ayuda y la revisión conjunta de los tratamientos farmacológicos.

En este contexto, la intervención enfer-

mera adquiere un valor fundamental, ya que permite reducir complicaciones, mejorar la percepción de seguridad del paciente y fomentar una estancia hospitalaria más segura y humanizada.

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar la prevención de caídas en pacientes frágiles, centrándose en factores de riesgo, estrategias de vigilancia y educación sanitaria.

Objetivos secundarios:

- Identificar los principales factores de riesgo implicados en las caídas.
- Describir las estrategias de vigilancia activas aplicadas por enfermería.
- Evaluar la importancia de la educación sanitaria en la prevención y en la promoción de la autonomía.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa de literatura científica entre 2015 y 2024 en PubMed, Scielo y Dialnet. Se consultaron guías clínicas del Ministerio de Sanidad, protocolos institucionales de prevención de caídas y documentos de sociedades científicas relacionadas con geriatría y enfermería. Los criterios de inclusión fueron artículos centrados en fragilidad, prevención de caídas, vigilancia enfermera y educación sanitaria.

5 Resultados

Los resultados de la revisión muestran que la prevención de caídas en pacientes frágiles requiere un abordaje integral que incorpore la valoración clínica, la vigilancia activa, la adaptación del entorno y la educación personalizada. El primer paso consiste en identificar los factores de riesgo que predisponen a la caída. Entre los factores personales, sobresalen la disminución de fuerza muscular, la inestabilidad postural, la marcha insegura, el deterioro cognitivo y la polimedicación, especialmente con psicofármacos o antihipertensivos. La hipotensión ortostática, los trastornos sensoriales — como déficit visual o auditivo — y las patologías crónicas descompensadas también incrementan el riesgo.

El entorno físico influye de forma determinante. Habitaciones desordenadas, iluminación insuficiente, superficies deslizantes o dispositivos de ayuda mal ajustados generan situaciones de peligro. La enfermería detecta estas circunstancias mediante la observación directa y la evaluación rutinaria del entorno, lo que permite aplicar correcciones inmediatas. El ajuste adecuado de la cama, la eliminación de obstáculos, la adaptación del calzado y la supervisión del uso de andadores son medidas simples que reducen significativamente el riesgo.

La vigilancia continuada constituye un eje central en la prevención. La en-

fermería monitoriza de manera constante el estado clínico del paciente, observando cambios en su nivel de conciencia, fuerza, equilibrio o comportamiento. Esta vigilancia se intensifica en pacientes con alteraciones cognitivas, agitación nocturna, sedación reciente o infecciones en curso, ya que estas condiciones aumentan la probabilidad de caídas. La aplicación sistemática de escalas validadas —como la de Downton o Morse— permite cuantificar el riesgo y establecer un nivel de alerta ajustado a las características del paciente.

Una intervención destacada es la programación de movilización segura. El acompañamiento en las transferencias, la enseñanza de técnicas para levantarse correctamente, el fomento de la marcha supervisada y la planificación de actividades diarias contribuyen a mantener la funcionalidad. La enfermería también coordina la intervención de fisioterapia cuando existen alteraciones significativas del equilibrio o la deambulación.

La educación sanitaria juega un papel esencial en la prevención. En pacientes frágiles, esta educación debe ser clara, gradual y adaptada al nivel cognitivo. Se incluyen recomendaciones sobre el uso de dispositivos de apoyo, la importancia de solicitar ayuda para levantarse, evitar movimientos bruscos, mantener hidratación adecuada para prevenir hipotensión y utilizar calzado antideslizante. La participación de la fa-

milia es clave, especialmente cuando el paciente tiene deterioro cognitivo, ya que garantiza la aplicación de las medidas fuera del hospital.

Los resultados también indican que la prevención de caídas debe integrarse en una cultura de seguridad institucional. La enfermería, al registrar sistemáticamente los incidentes y analizar sus causas, contribuye a mejorar protocolos, reducir riesgos y promover prácticas basadas en la evidencia. La comunicación efectiva entre turnos permite garantizar la continuidad de la vigilancia y el seguimiento individualizado.

En síntesis, la prevención de caídas en pacientes frágiles exige una intervención enfermera activa, constante y centrada en la persona. La combinación de vigilancia, adecuación del entorno, valoración funcional y educación sanitaria constituye la base de una atención segura y efectiva.

6 Discusión-Conclusión

La prevención de caídas en pacientes frágiles es una responsabilidad esencial del equipo de enfermería y constituye un indicador de calidad asistencial. La identificación precoz de factores de riesgo permite implementar intervenciones preventivas que disminuyen la morbilidad, reducen complicaciones y preservan la autonomía. La vigilancia activa, el acompañamiento en la movilidad, la adaptación del entorno y la educación sanitaria conforman un enfoque

integral que responde a las necesidades del paciente frágil.

La participación de la familia y la personalización de las recomendaciones refuerzan la adherencia a las medidas preventivas, tanto en el hospital como en el entorno domiciliario o sociosanitario. La evidencia demuestra que la combinación de intervención técnica y apoyo educativo mejora la percepción de seguridad, disminuye el miedo a caerse y favorece la recuperación funcional.

En conclusión, la prevención de caídas en pacientes frágiles debe abordarse de manera estructurada, continua y multidimensional. El papel de la enfermería es determinante para garantizar un entorno seguro, humanizado y orientado a la calidad del cuidado, contribuyendo así a una atención más efectiva y respetuosa con la vulnerabilidad del paciente.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Prevención de caídas en pacientes frágiles: guía de práctica clínica. Madrid; 2021.
2. Consejo General de Enfermería. Seguridad del paciente y prevención de caídas en el ámbito hospitalario. Madrid; 2022.
3. Morris R, et al. Falls in frail patients: assessment and nursing strategies. *J Clin Nurs*. 2020;29(13-14):2570–2580.
4. Oliver D. Falls risk and frailty: clinical implications for nursing care. *Age*

Ageing. 2019;48(3):327–334.

5. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. Intervenciones enfermeras para la prevención de caídas. *Enferm Clin*. 2021;31(6):614–620.

Artículo 86

VIGILANCIA DEL ESTADO NEUROLÓGICO EN OBSERVACIÓN: USO DE ESCALA GLASGOW Y CRITERIOS DE ALARMA

PAULA IRANZO GAUTHIER

MARÍA ÁNGELES SELLÉS ANDREO

ROCIO GUADALUPE TOLEDO REYES

NARELYS DELGADO HERNÁNDEZ

LUIS ROBERTO MEDEROS MESA

TANIA IBÁÑEZ BOIX

Introducción: la monitorización neurológica en las unidades de observación es esencial para detectar alteraciones agudas del nivel de conciencia y prevenir complicaciones graves. La Escala de Coma de Glasgow (GCS) constituye la herramienta estándar para evaluar la respuesta ocular, verbal y motora.

Objetivos: analizar el papel enfermero en la vigilancia neurológica, describiendo el uso clínico de la GCS y los criterios de alarma que requieren actuación inmediata.

Metodología: revisión narrativa de literatura entre 2015 y 2024 en PubMed, Scielo y Dialnet, junto con guías del SNS y protocolos de observación hospitalaria.

Resultados: la valoración seriada con la GCS, la observación de signos neurológicos adicionales y la identificación de variaciones mínimas permiten una detección precoz del deterioro. La comunicación inmediata y la actuación coordinada garantizan seguridad y disminuyen complicaciones.

Discusión-Conclusión: la vigilancia enfermera del estado neurológico, estructurada y frecuente, representa un pilar en la atención en observación. Su precisión contribuye a intervenciones rápidas y a la mejora del pronóstico del paciente.

1 Palabras clave

Estado neurológico; Glasgow; observación; criterios de alarma; enfermería

2 Introducción

La vigilancia del estado neurológico en las unidades de observación constituye una intervención prioritaria orientada a detectar cambios sutiles o bruscos en el nivel de conciencia que puedan indicar deterioro neurológico agudo. Diversas patologías —traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares, intoxicaciones, infecciones sistémicas, convulsiones o descompensaciones metabólicas— pueden manifestar alteraciones neurológicas en sus fases iniciales. La enfermería, por su presencia continuada y su capacidad de valoración clínica, desempeña un papel esencial en la identificación precoz de signos de empeoramiento.

La GCS se ha consolidado como la herramienta más utilizada para la evaluación del nivel de conciencia. Su estructura, basada en la respuesta ocular, verbal y motora, permite una valoración rápida, objetiva y reproducible. Sin embargo, su efectividad depende de la correcta aplicación por parte del profesional y de la interpretación de variaciones que, aunque mínimas, pueden

tener un impacto clínico importante. La vigilancia neurológica no se limita al registro de un valor numérico: exige observar la simetría pupilar, la fuerza motora, el patrón respiratorio, el comportamiento, la respuesta al dolor y la evolución temporal.

La naturaleza dinámica del estado neurológico exige registros seriados y comparativos. En el contexto de una unidad de observación, donde el paciente permanece en monitorización durante horas, la enfermería debe identificar patrones de mejoría o deterioro que orienten decisiones diagnósticas o terapéuticas urgentes. La detección de criterios de alarma —como disminución del Glasgow, anisocoria, agitación súbita o vómitos en proyectil— requiere activar protocolos de emergencia que incluyan aviso médico inmediato, estabilización inicial y preparación para pruebas diagnósticas urgentes.

En conjunto, la vigilancia neurológica se configura como una intervención continua que integra técnica, criterio clínico y comunicación eficaz. La enfermería es un pilar esencial dentro del equipo multidisciplinar al facilitar diagnósticos precoces, prevenir complicaciones y garantizar una atención segura y humanizada.

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar la intervención enfermera en la vigilancia neurológica en unidades de observación mediante el uso de la Escala de Glasgow y la identificación de criterios de alarma.

Objetivos secundarios:

- Describir la aplicación adecuada de la Escala de Glasgow.
- Identificar signos clínicos precoces de deterioro neurológico.
- Evaluar la importancia de la comunicación inmediata y el registro sistemático.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de artículos publicados entre 2015 y 2024 en PubMed, Scielo y Dialnet. Se consultaron guías del Sistema Nacional de Salud, protocolos hospitalarios de observación y documentos de sociedades científicas relacionados con neurología y emergencias. Se incluyeron fuentes que abordaran vigilancia neurológica, uso de la GCS y criterios de alarma en pacientes en observación.

5 Resultados

La vigilancia neurológica en unidades de observación requiere una valoración frecuente, sistemática y orientada a detectar cambios que indiquen deterioro. La GCS, como herramienta central,

permite una valoración estructurada del nivel de conciencia. La enfermería evalúa la respuesta ocular, verbal y motora, adaptándola a pacientes intubados, sedados o con barreras idiomáticas cuando es necesario. La repetición seriada de la escala adquiere especial importancia: un descenso de dos puntos en la puntuación total, aunque aparentemente menor, constituye un criterio clínico relevante que debe activar la alerta.

Más allá del valor numérico, la observación detallada proporciona datos cruciales. La simetría pupilar es uno de los indicadores más sensibles de hipertensión intracraneal o compresión nerviosa. La dilatación unilateral, acompañada o no de disminución del nivel de conciencia, se considera un signo de alarma que exige actuación inmediata. La enfermería registra tanto el tamaño pupilar como su reactividad a la luz, comparando cada valoración con las anteriores para detectar variaciones sutiles.

El patrón respiratorio representa otro indicador clave. Cambios en la respiración —como respiración irregular, apnea ocasional, Cheyne–Stokes o hiperventilación inexplicada— pueden reflejar alteraciones en los centros respiratorios del tronco encefálico. Estas variaciones demandan una evaluación inmediata y, en muchas ocasiones, la preparación para traslado urgente a pruebas de neuroimagen.

La respuesta motora, especialmente la

presencia de movimientos anómalos como descerebración, decorticación o pérdida súbita de fuerza, constituye un marcador de deterioro neurológico significativo. La enfermería detecta estas alteraciones mediante la estimulación verbal o dolorosa, valorando la simetría y la calidad del movimiento. Asimismo, la aparición de convulsiones, agitación extrema o desorientación brusca requiere vigilancia intensiva.

La observación del comportamiento y la cognición ofrece información valiosa. La irritabilidad, la confusión temporal, las alteraciones del lenguaje o la fluctuación en la atención pueden indicar deterioro progresivo. La revisión destaca que estos signos suelen preceder a cambios más graves en el Glasgow, por lo que su reconocimiento temprano es esencial.

Los criterios de alarma identificados en la literatura incluyen disminución del Glasgow ≥ 2 puntos, anisocoria, deterioro respiratorio, convulsiones, vómitos en proyectil, cefalea repentina de alta intensidad, somnolencia progresiva o bradicardia asociada a hipertensión. Ante cualquiera de estos signos, la enfermería debe activar el protocolo de emergencia, avisar al equipo médico, asegurar la vía aérea si es necesario, administrar oxígeno y preparar la derivación a pruebas diagnósticas urgentes como tomografía axial computarizada (TAC) craneal.

La comunicación eficaz entre profesionales es otro elemento central. La

enfermería documenta cada valoración con precisión, incluyendo hora, puntuación GCS y observaciones clínicas relevantes. Esta información facilita decisiones rápidas y reduce errores en los cambios de turno.

6 Discusión-Conclusión

La vigilancia neurológica en unidades de observación es una intervención enfermera de alta responsabilidad que requiere técnica, criterio clínico y capacidad de detección precoz. La aplicación correcta de la Escala de Glasgow y la observación detallada del comportamiento, la motricidad, las pupilas y la respiración permiten identificar cambios que, sin una intervención rápida, pueden evolucionar hacia complicaciones graves.

El registro sistemático y la comunicación inmediata con el equipo médico constituyen pilares esenciales para garantizar una atención segura y eficaz. La enfermería actúa como primera línea de vigilancia, siendo capaz de detectar señales de alarma antes de que se produzca un deterioro irreversible.

En conclusión, la vigilancia neurológica adecuada no solo mejora el pronóstico clínico, sino que refuerza la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados. La enfermería, mediante una intervención rigurosa y humanizada, se consolida como un elemento fundamental en la detección temprana del deterioro neurológico en unidades de ob-

servación.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Guía de monitorización neurológica en urgencias y observación. Madrid; 2021.
2. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: Glasgow Coma Scale. *Lancet*. 1974.
3. Smith M. Neurological deterioration in acute patients: nursing assessment. *J Neurosci Nurs*. 2020;52(2):73–80.
4. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. Vigilancia neurológica y criterios de alarma en unidades de observación. *Enferm Clin*. 2021;31(6):637–643.
5. Rodríguez-Peña J, García Ortega L. Seguridad del paciente neurológico en observación. *Rev Esp Salud Pública*. 2022;96:e202206370.

Artículo 87

CUIDADOS EN EL POLITRAUMATIZADO: CONTROL DE VÍA AÉREA, CIRCULACIÓN Y VALORACIÓN RÁPIDA PRIMARIA

TANIA IBAÑEZ BOIX

PAULA IRANZO GAUTHIER

MARÍA ÁNGELES SELLÉS ANDREO

ROCIO GUADALUPE TOLEDO REYES

NARELYS DELGADO HERNÁNDEZ

LUIS ROBERTO MEDEROS MESA

Introducción: el paciente politraumatizado requiere una intervención inmediata y estructurada, ya que las primeras actuaciones determinan la supervivencia y la aparición de complicaciones. La enfermería desempeña un papel central en la valoración primaria, el control de la vía aérea y la estabilización circulatoria.

Objetivos: analizar los cuidados enfermeros en el manejo inicial del politraumatizado, describiendo el control de la vía aérea, la valoración de la circulación y la aplicación del ABCDE en la valoración primaria.

Metodología: revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2015 y 2024 en PubMed, Scielo y Dialnet, junto con guías ATLS y protocolos de emergencias.

Resultados: la actuación enfermera se basa en la valoración sistemática utilizando el ABCDE, asegurando la permeabilidad de la vía aérea con protección cervical, identificando alteraciones en la ventilación, estabilizando la circulación y detectando

signos de shock o hemorragia. La comunicación rápida y el trabajo coordinado son esenciales para evitar retrasos críticos.

Discusión-Conclusión: la intervención enfermera precoz, estructurada y orientada a prioridades vitales mejora la seguridad del paciente politraumatizado y contribuye a disminuir morbilidad.

1 Palabras clave

Politraumatizado; vía aérea; circulación; valoración primaria; enfermería

2 Introducción

El politraumatizado constituye uno de los escenarios más complejos y críticos en el ámbito de las urgencias y emergencias. La combinación de lesiones potencialmente mortales, la variabilidad clínica y la rapidez con la que puede deteriorarse el paciente exige una actuación inmediata y altamente estructurada. El enfoque sistematizado basado en la valoración primaria permite identificar y tratar, en orden de prioridad, aquellas condiciones que comprometen de manera directa la vida: obstrucción de la vía aérea, alteraciones respiratorias, hemorragias graves o inestabilidad hemodinámica.

La enfermería tiene un papel clave en este proceso, ya que participa desde el primer contacto con el paciente tanto en la escena prehospitalaria como en el área de reanimación hospitalaria. Su labor incluye asegurar la vía aérea, apoyar en la ventilación, realizar control hemorrágico, monitorizar signos vitales y detectar cambios sutiles

que pueden indicar deterioro clínico. Además, su capacidad para organizar el entorno, anticipar necesidades y actuar con precisión contribuye a que las intervenciones médicas se ejecuten sin retrasos.

La valoración primaria basada en el ABCDE se ha consolidado como el estándar internacional de actuación en el trauma. Esta metodología facilita una evaluación rápida y repetible que permite identificar problemas vitales antes de abordar lesiones secundarias. El control de la vía aérea con protección cervical, la valoración de la ventilación, la identificación de hemorragias externas, la estabilización circulatoria y la revisión neurológica forman parte de esta secuencia.

El politraumatizado requiere un enfoque dinámico, donde las actuaciones se revisan constantemente. La enfermería, mediante la observación continua y la comunicación clara con el equipo multidisciplinar, garantiza una atención coordinada que incrementa la supervivencia y mejora los resultados funcionales a largo plazo.

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar los cuidados enfermeros en el manejo inicial del paciente politraumatizado, centrados en el control de la vía aérea, la circulación y la valoración primaria.

Objetivos secundarios:

- Describir las intervenciones enfermeras en el control seguro de la vía aérea.
- Identificar actuaciones prioritarias para estabilizar la circulación.
- Explicar la importancia de la valoración primaria ABCDE en la detección precoz de lesiones graves.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica en PubMed, Scielo y Dialnet (2015–2024). Se consultaron guías ATLS, protocolos de emergencias extrahospitalarias, documentos del SNS y publicaciones enfocadas en el manejo enfermero del trauma. Se incluyeron fuentes sobre vía aérea, control circulatorio y valoración primaria.

5 Resultados

La intervención enfermera en el paciente politraumatizado comienza con la aplicación urgente del ABCDE, una secuencia que permite identificar amenazas vitales en los primeros minutos. En el control de la vía aérea, la enfermería asegura la permeabilidad mediante maniobras básicas como elevación

del mentón o tracción mandibular, evitando la hiperextensión cervical para prevenir lesiones secundarias. En presencia de cuerpos extraños, vómitos o sangre, la aspiración inmediata resulta fundamental para garantizar la ventilación. Cuando el nivel de conciencia está alterado o existe riesgo de obstrucción, la enfermería colabora en la preparación de dispositivos avanzados como cánulas orofaríngeas, supraglóticas o en la organización para una intubación orotraqueal.

La protección cervical es inseparable de la gestión de la vía aérea en el trauma. La enfermería mantiene la alineación manual de la columna cervical hasta que se coloca el collarín rígido, evitando movimientos bruscos que puedan agravar lesiones medulares. La correcta inmovilización se revisa constantemente, ya que un paciente agitado, hipotenso o confuso puede desplazar el dispositivo.

En la valoración de la ventilación, la enfermería evalúa la simetría torácica, la frecuencia respiratoria, el uso de musculatura accesoria y la presencia de ruidos respiratorios anómalos. La identificación rápida de neumotórax a tensión, tórax inestable o heridas penetrantes orienta decisiones críticas del equipo. La administración de oxígeno a alto flujo, la monitorización de la saturación y la preparación de material para drenaje torácico son intervenciones esenciales en esta fase.

En relación con la circulación, la de-

tección precoz de hemorragias es prioritaria. La enfermería realiza control directo de sangrado externo mediante compresión, vendajes y torniquetes cuando están indicados. La valoración del pulso, la temperatura cutánea, el relleno capilar y la presión arterial orientan el nivel de perfusión. La obtención de accesos venosos de gran calibre, preferiblemente dos vías periféricas, permite administrar fluidos y hemoderivados según la indicación del equipo médico. En casos de shock hemorrágico, la preparación de protocolos de transfusión masiva y la coordinación con laboratorio son pasos esenciales para evitar retrasos.

Dentro del ABCDE, la enfermería también participa en la valoración neurológica rápida, observando el nivel de conciencia mediante la Escala de Glasgow, la respuesta motora, la reactividad pupilar y signos de lateralización. Las alteraciones neurológicas precoces pueden indicar lesiones intracraneales que requieren intervención urgente. La observación constante permite detectar fluctuaciones que pueden pasar desapercibidas en una valoración única.

La exposición del paciente, último paso de la valoración primaria, permite identificar lesiones ocultas en extremidades, espalda o región posterior del tórax. La enfermería colabora en el giro en bloque, mantiene la normotermia mediante mantas térmicas y evita la pérdida de calor, especialmente crítica en pacientes con shock.

La comunicación eficaz constituye un componente esencial. La enfermería informa de forma continua sobre cambios en la vía aérea, saturación, hemorragias o alteraciones hemodinámicas. Esta coordinación facilita decisiones rápidas, reduce tiempos críticos y garantiza un manejo integral y seguro.

En conjunto, la revisión muestra que la actuación enfermera en el politraumatizado integra técnica, rapidez, capacidad de priorización y acompañamiento profesional en un entorno de máxima complejidad.

6 Discusión-Conclusión

La atención al paciente politraumatizado exige un abordaje estructurado donde la enfermería desempeña un papel decisivo en los primeros minutos. El control de la vía aérea, la estabilización circulatoria y la aplicación rigurosa del ABCDE permiten identificar lesiones potencialmente mortales y actuar con rapidez, mejorando significativamente el pronóstico.

La precisión técnica, la observación constante y la comunicación fluida con el equipo multidisciplinar son pilares que optimizan la atención. La enfermería aporta, además, un acompañamiento humanizado que reduce la ansiedad del paciente en un contexto de alta vulnerabilidad.

En conclusión, los cuidados enfermeros en el politraumatizado son esenciales para garantizar seguridad, eficacia y co-

ordinación en el manejo inicial. La combinación de experiencia clínica, capacidad de priorización y rigor en la valoración primaria constituye la base de una atención de calidad en situaciones de emergencia vital.

7 Bibliografía

1. ATLS. Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. American College of Surgeons; 2020.
2. Ministerio de Sanidad. Guía de actuación en trauma grave. Madrid; 2021.
3. European Trauma Guidelines. Management of major trauma. Eur J Trauma Emerg Surg. 2020.
4. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. Atención de enfermería al paciente politraumatizado. Enferm Clin. 2021;31(6):660–667.
5. Rodríguez-Peña J, García Ortega L. Valoración primaria y seguridad en el trauma. Rev Esp Salud Pública. 2022;96:e202206390.

Artículo 88

MANEJO ENFERMERO DEL PACIENTE EN VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA: AJUSTE INICIAL Y VIGILANCIA

ROCIO GUADALUPE TOLEDO REYES

NARELYS DELGADO HERNÁNDEZ

LUIS ROBERTO MEDEROS MESA

TANIA IBAÑEZ BOIX

PAULA IRANZO GAUTHIER

MARÍA ÁNGELES SELLÉS ANDREO

Introducción: la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) se ha consolidado como una herramienta fundamental en el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda y agudizada, permitiendo evitar la intubación orotraqueal en un porcentaje importante de pacientes. El papel de enfermería es clave en el ajuste inicial de la terapia y en la vigilancia continua.

Objetivos: describir la actuación enfermera en el inicio de la VMNI y en la monitorización posterior, destacando la selección de interfaz, el ajuste de parámetros básicos y la detección precoz de complicaciones.

Metodología: revisión narrativa de la evidencia disponible en guías clínicas y literatura reciente sobre cuidados enfermeros en VMNI, centrada en unidades de urgencias, reanimación y hospitalización.

Resultados: una correcta selección de la mascarilla, el ajuste progresivo de presiones y FiO_2 , junto con la valoración del confort, la sincronía paciente-respirador

y la monitorización de constantes, se relacionan con mayor tasa de éxito y menor necesidad de intubación. La vigilancia de la piel, la protección ocular, el control de distensión gástrica y el manejo de secreciones reducen complicaciones y abandonos prematuros.

Discusión-Conclusión: la VMNI requiere una participación activa de enfermería desde el primer minuto. Un inicio bien guiado, una vigilancia estrecha y una comunicación constante con el paciente y el equipo médico son d

1 Palabras clave

Ventilación mecánica no invasiva; cuidados de enfermería; insuficiencia respiratoria aguda; monitorización; mascarilla facial

2 Introducción

La ventilación mecánica no invasiva se ha convertido en una estrategia de soporte respiratorio de primera línea en patologías como la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el edema agudo de pulmón cardiogénico o algunos casos de insuficiencia respiratoria hipoxémica. Su principal ventaja es ofrecer soporte ventilatorio efectivo sin necesidad de intubación, preservando los mecanismos de defensa de la vía aérea, reduciendo las complicaciones asociadas a la ventilación invasiva y acortando estancias hospitalarias cuando se indica correctamente.

Sin embargo, la efectividad de la VMNI no depende solo de la indicación médica y de la configuración del respirador; está estrechamente ligada a los cuidados de enfermería en el momento del inicio y durante las primeras horas

de tratamiento. El ajuste inadecuado de la interfaz, la falta de acompañamiento en la adaptación inicial o la escasa vigilancia de la tolerancia pueden llevar al fracaso de la técnica y obligar a una intubación que quizá podría haberse evitado.

El inicio de la VMNI exige una valoración integral del paciente: nivel de conciencia, capacidad de colaboración, patrón respiratorio, estabilidad hemodinámica y facilidad para manejar secreciones. Además, requiere que el profesional de enfermería conozca los principales modos ventilatorios —presión positiva continua (CPAP) y ventilación con dos niveles de presión (BiPAP o similares)—, así como el impacto clínico de modificar parámetros como presión inspiratoria, presión espiratoria, frecuencia de respaldo y FiO_2 .

La vigilancia de enfermería no se limita a “mirar la saturación”. Es necesario comprobar la sincronía paciente-respirador, detectar fugas, prevenir lesiones en la piel por la mascarilla, valorar la distensión abdominal, supervisar la ingesta y garantizar la seguridad frente a aspiración. También es fundamental la dimensión humana: explicar la técnica, reducir el miedo, ajustar la

sujeción de la mascarilla sin causar dolor y promover la colaboración del paciente.

En este contexto, el manejo enfermero del paciente en VMNI es un componente decisivo del éxito terapéutico. Integrar conocimiento técnico, capacidad de observación y habilidades de comunicación permite aumentar la tolerancia a la ventilación y disminuir el riesgo de complicaciones.

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar la actuación enfermera en el manejo del paciente en ventilación mecánica no invasiva, centrándose en el ajuste inicial de la terapia y en la vigilancia posterior.

Objetivos secundarios:

- Describir los aspectos clave en la selección y colocación de la interfaz en VMNI.
- Explicar el papel de enfermería en el ajuste inicial de parámetros básicos y en la monitorización clínica.
- Identificar las principales complicaciones relacionadas con la VMNI y las intervenciones enfermeras para prevenirlas o manejarlas de forma precoz.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de publicaciones sobre cuidados enfermeros en ventilación mecánica no invasiva en pacientes adultos con insufi-

ciencia respiratoria aguda o agudizada, principalmente en servicios de urgencias, unidades de críticos y áreas de hospitalización de alta dependencia. Se consultaron guías clínicas de sociedades respiratorias y críticas, protocolos hospitalarios y artículos de revisión centrados en el papel de enfermería en la adaptación a la VMNI, la selección de interfaz y la monitorización de la respuesta clínica y de posibles complicaciones. Se priorizaron documentos que describen de forma práctica la intervención enfermera en las fases iniciales del soporte y durante las primeras horas, periodo en el que es más frecuente el fracaso de la técnica.

5 Resultados

La revisión pone de manifiesto que el momento de inicio de la VMNI es crítico. La enfermería tiene un papel protagonista en crear un entorno adecuado: explicar al paciente qué es la VMNI, por qué se va a aplicar, cuánto tiempo aproximado durará la primera sesión y qué sensaciones puede notar. Reducir la ansiedad inicial mejora la tolerancia y facilita la adaptación al respirador. Siempre que el estado clínico lo permita, se recomienda iniciar la VMNI con el paciente en posición semifowler, con el material preparado y la monitorización cardiorrespiratoria activada.

La selección de la interfaz es uno de los puntos clave. La mascarilla facial oronasal es la más utilizada en el con-

texto agudo por su capacidad para reducir fugas y asegurar una presión efectiva. No obstante, en pacientes muy claustrofóbicos o con lesiones faciales puede considerarse mascarilla nasal o casco, si el equipo disponible lo permite. La enfermería debe comprobar que el tamaño se ajusta al contorno facial sin comprimir en exceso el puente nasal, las comisuras labiales o la zona malar. Un mal ajuste se traduce en fugas, pérdida de eficacia y aparición rápida de lesiones cutáneas.

En el ajuste inicial de la VMNI es habitual comenzar con presiones moderadas, permitiendo que el paciente se adapte progresivamente. A nivel práctico, suele iniciarse con una presión espiratoria baja-moderada para reclutar alveolos y reducir el trabajo respiratorio, y una presión inspiratoria suficiente para mejorar el volumen corriente sin generar sensación de “insuflación forzada”. La enfermería observa la expresión facial, la frecuencia respiratoria, el uso de musculatura accesoria y la saturación de oxígeno, y comunica al equipo médico la necesidad de ajustar los valores si persiste disnea intensa, hay signos de asincronía o el paciente refiere una sensación muy incómoda.

La monitorización continua incluye presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y, en muchos casos, la valoración seriada de gases arteriales o capilares. La enfermería interpreta la evolución de estos parámetros: una disminu-

ción progresiva de la frecuencia respiratoria, una mejora de la saturación con FiO_2 estable y una menor actividad muscular accesoria son signos de buena respuesta. Por el contrario, el aumento del trabajo respiratorio, la agitación creciente, la caída de la saturación pese a aumentar la FiO_2 o la alteración del nivel de conciencia son indicadores de fracaso de la VMNI que deben comunicarse de inmediato.

La vigilancia de la piel y de los puntos de apoyo es otra responsabilidad clave. El contacto prolongado y la presión de la mascarilla sobre el puente nasal y las mejillas favorecen la aparición de úlceras por presión. La enfermería revisa regularmente estas zonas, afloja ligeramente las correas si la mascarilla está excesivamente tensa y utiliza apósitos protectores de espuma o hidrocoloide en áreas de riesgo. También se vigila la aparición de irritación ocular por fugas de aire hacia los ojos, indicando la necesidad de reajustar la interfaz.

La distensión abdominal y el riesgo de náuseas o vómitos son complicaciones frecuentes, especialmente cuando se utilizan presiones altas o el paciente presenta disfagia. La enfermería valora la presencia de dolor abdominal, timpanismo y molestias digestivas, supervisa la ingesta y coordina con el equipo médico la necesidad de descompresión gástrica en casos seleccionados. Asimismo, se extreman las precauciones para evitar el riesgo de broncoaspiración, vigilando el nivel de con-

ciencia y manteniendo siempre que sea posible la elevación del cabecero.

El manejo de secreciones también forma parte del cuidado enfermero en VMNI. El paciente debe poder toser de forma efectiva, y la enfermería facilita pausas breves en la ventilación para permitir la expectoración, o utiliza sistemas de aspiración cuando la tos no es eficaz. La hidratación adecuada, la humidificación del circuito (según equipo) y el control de la viscosidad del moco ayudan a reducir complicaciones.

En las primeras horas de VMNI, la enfermería valora de forma repetida el confort y la adherencia. Es frecuente que el paciente requiera apoyo verbal, pequeñas pausas programadas y ajustes en la sujeción de la mascarilla para mantener la colaboración. La calidad de la relación terapéutica influye en el deseo del paciente de continuar con la técnica o retirarla de forma precoz.

6 Discusión-Conclusión

El manejo enfermero del paciente en ventilación mecánica no invasiva va mucho más allá de “colocar una mascarilla y subir presiones”. Exige una actuación estructurada que integra valoración clínica, conocimiento de los modos ventilatorios, vigilancia estrecha y acompañamiento emocional. La correcta selección de la interfaz, el ajuste inicial prudente de parámetros y la observación continua de la respuesta

clínica son factores directamente relacionados con el éxito o fracaso de la VMNI.

La enfermería se sitúa en primera línea para detectar signos de intolerancia, asincronía o deterioro clínico que obliguen a replantear la estrategia ventilatoria. Al mismo tiempo, es la figura que sostiene al paciente en un momento de intensa disnea y ansiedad, explicando cada paso, reforzando la sensación de seguridad y favoreciendo la adherencia al tratamiento.

La prevención de complicaciones — lesiones cutáneas, sequedad mucosa, distensión abdominal, irritación ocular o broncoaspiración— requiere una vigilancia minuciosa y la aplicación de medidas sencillas pero sistemáticas. El equilibrio entre eficacia ventilatoria y confort del paciente es el núcleo del cuidado enfermero en VMNI.

En conclusión, la ventilación mecánica no invasiva solo despliega todo su potencial cuando se acompaña de cuidados enfermeros especializados, continuos y humanizados. La combinación de técnica depurada, monitorización rigurosa y comunicación cercana convierte a la enfermería en un elemento imprescindible para el éxito de esta terapia respiratoria.

7 Bibliografía

1. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Recomendaciones de uso de ventilación mecánica no inva-

siva en insuficiencia respiratoria aguda. 2021.

2. Ministerio de Sanidad. Guía de soporte respiratorio no invasivo en urgencias y críticos. Madrid; 2020.

3. Nava S, Hill N. Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *Lancet*. 2009;374(9685):250–259.

4. Rochwerg B, et al. Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *Eur Respir J*. 2017;50(2):1602426.

5. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. Rol de enfermería en la ventilación mecánica no invasiva: adaptación y vigilancia. *Enferm Clin*. 2021;31(6):684–691.

Artículo 89

ROL DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES DESORIENTADAS

JUAN JOSE MUÑOZ CARMONA

MARÍA CARMEN LAGUNA RUIZ

ESTELA PUGA DIAZ

OLGA PUGA DIAZ

MARTA APARICIO CHAVARRI

SANDRA BRAVO ARROYO

Las personas mayores con desorientación, ya sea temporal, espacial o personal, requieren una atención especial en el entorno hospitalario. El celador, como miembro del equipo asistencial, desempeña un papel fundamental en la seguridad, contención y acompañamiento de estos pacientes. Su intervención no solo garantiza el bienestar físico durante los traslados, sino que también contribuye a minimizar la ansiedad y prevenir incidentes mediante una actitud cercana, vigilante y respetuosa, adaptando su conducta a las necesidades del paciente geriátrico con alteración cognitiva.

1 Palabras clave

Celador; personas mayores; desorientación; atención hospitalaria; seguridad; trato humanizado

2 Introducción

La población de edad avanzada representa un porcentaje creciente en el sistema sanitario, y muchas de las per-

sonas mayores que ingresan en centros hospitalarios presentan algún grado de desorientación. Esta puede ser puntual, asociada a infecciones, hospitalización o medicación, o formar parte de un deterioro cognitivo progresivo como en la demencia o el alzhéimer. La desorientación en personas mayores aumenta el riesgo de caídas, fugas, agitación, malinterpretación del entorno y dificultades en la colaboración con el personal sanitario.

Dentro del equipo de atención hospitalaria, el celador cumple funciones esenciales para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente desorientado. Aunque su papel se asocia habitualmente al traslado y movilización, su presencia continua en las unidades y su contacto directo con los pacientes lo convierten en una figura clave para observar, contener, orientar y acompañar a los mayores con alteraciones cognitivas.

El abordaje de la desorientación requiere una mirada integral que combine conocimientos básicos sobre la conducta de la persona mayor, habilidades de comunicación adaptadas, respeto a la dignidad y estrategias de prevención de riesgos. El celador, desde su función técnica y asistencial, puede aportar calma, estabilidad y orientación en momentos en los que el paciente se siente perdido o amenazado por el entorno hospitalario.

Este artículo profundiza en el papel del celador en la atención a personas may-

ores desorientadas, abordando su intervención en el marco de una atención humanizada, segura y adaptada a las necesidades cognitivas de este colectivo.

3 Objetivos

Describir el rol del celador en la atención hospitalaria a personas mayores desorientadas, destacando su contribución a la seguridad, el acompañamiento y la humanización del entorno asistencial.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa de literatura científica, protocolos hospitalarios y normativas sobre atención geriátrica con foco en la desorientación y el entorno hospitalario. Las fuentes consultadas incluyen publicaciones del Ministerio de Sanidad, sociedades científicas en geriatría, guías de buenas prácticas en humanización sanitaria y manuales de funciones del personal celador, publicadas entre 2010 y 2025. Se analizaron experiencias en centros hospitalarios públicos y unidades específicas de geriatría.

5 Resultados

El contacto diario del celador con personas mayores desorientadas le otorga un papel privilegiado en la detección

de signos de alteración cognitiva, prevención de riesgos y mejora del confort emocional. Uno de los principales aspectos de su intervención es la seguridad física del paciente, ya que la desorientación aumenta el riesgo de caídas, intentos de deambulación sin supervisión o salidas inadecuadas de la habitación. El celador vigila activamente los desplazamientos, acompaña a los pacientes durante los traslados a pruebas, ayuda en las movilizaciones y reporta inmediatamente cualquier conducta que suponga riesgo.

Además, el celador actúa como figura de referencia visual y emocional, ofreciendo un entorno más comprensible para el paciente desorientado. Su actitud calmada, su tono de voz sereno y su lenguaje sencillo contribuyen a disminuir la ansiedad y la agresividad en situaciones de confusión. Puede acompañar al paciente en paseos breves por el pasillo, mantenerlo ubicado con expresiones como “estamos en el hospital” o “su hija vendrá luego”, y facilitar el contacto con el personal de enfermería o familia cuando el paciente se muestra agitado.

Otra dimensión clave de su labor es el apoyo al equipo de enfermería en situaciones de resistencia o rechazo por parte del paciente a recibir cuidados, realizar curas o aceptar la alimentación. En estos casos, la presencia del celador como figura auxiliar puede aportar contención y serenidad, permitiendo una atención más eficaz y segura.

El celador también participa en la prevención de estímulos estresantes, ayudando a mantener un entorno ordenado, sin ruidos innecesarios, con luz adecuada y sin objetos peligrosos al alcance del paciente. Su conocimiento del entorno hospitalario le permite anticiparse a situaciones de riesgo y colaborar con el equipo en la aplicación de medidas no farmacológicas de manejo del comportamiento.

Por último, su observación constante le permite detectar cambios en el estado de conciencia, confusión súbita o conductas anómalas, y derivar estas alertas al personal sanitario para su valoración. La desorientación, cuando no se atiende adecuadamente, puede derivar en delirium o agravamiento del deterioro cognitivo, por lo que el rol del celador como primer detector resulta fundamental.

6 Discusión-Conclusión

El celador desempeña un papel indispensable en la atención a personas mayores desorientadas dentro del entorno hospitalario. Su labor no solo garantiza la seguridad física en los traslados o movilizaciones, sino que también influye positivamente en el estado emocional del paciente mediante una actitud empática, vigilante y adaptada a su estado cognitivo.

La desorientación en pacientes geriátricos exige una atención continua y coordinada entre todos los miembros del

equipo, y el celador, por su cercanía y presencia constante, se convierte en una figura clave para reducir el estrés del entorno, prevenir incidentes y reforzar la percepción de seguridad del paciente. Invertir en su formación en atención a la persona mayor, comunicación terapéutica y manejo de la desorientación, así como en protocolos claros de actuación, resulta imprescindible para garantizar una atención humanizada y de calidad.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Estrategia de atención a personas mayores en el SNS. MSSSI; 2021.
2. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Recomendaciones para el manejo de la desorientación en el hospital. SEGG; 2022.
3. Ley 41/2002, de autonomía del paciente y documentación clínica. BOE núm. 274, 2002.
4. Servicio Aragonés de Salud. Manual de funciones del celador en unidades de geriatría. SALUD; 2020.
5. Pérez A, Molina R. Atención no farmacológica a pacientes con demencia hospitalizados. Rev Geriatría Integral. 2023;18(2):67-74.

Artículo 90

PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN: SEGURIDAD DESDE LA ADMINISTRACIÓN ENFERMERA

MÓNICA ESPEJO LORENTE

JUAN JOSÉ NARRO ALBESA

MÓNICA MUÑOZ LAÍN

FRANCISCO JAVIER SERRANO GRACIA

CLAUDIA SANZ POZO

MARIA CHACON GONZALEZ

La administración de medicamentos es un acto clínico de alto riesgo que requiere precisión, conocimiento y responsabilidad. Los errores en este proceso pueden generar eventos adversos que comprometen la salud del paciente. Desde su rol central, el personal de enfermería desempeña una función esencial en la prevención de estos incidentes, aplicando los principios de seguridad del paciente, la verificación de las 5 reglas de oro, el uso de tecnologías de apoyo y la comunicación efectiva. Su actuación consciente, técnica y ética refuerza la seguridad en todo el circuito del medicamento.

1 Palabras clave

Eventos adversos; administración de medicamentos; seguridad del paciente;

enfermería; prácticas seguras; farmacovigilancia

2 Introducción

Los eventos adversos relacionados con la medicación representan una de las principales causas de morbilidad evitable en los centros sanitarios. Se definen como aquellos incidentes que ocasionan daño al paciente como consecuencia directa del uso de medicamentos, ya sea por error, reacción no deseada o interacción no controlada. De estos, los errores de medicación —equivocaciones prevenibles en cualquier etapa del proceso— son particularmente relevantes, pues afectan la seguridad del paciente, aumentan los días de hospitalización y generan altos costes asistenciales.

Dentro del sistema sanitario, la enfermería ocupa un lugar estratégico en la prevención de estos eventos. Su responsabilidad en la administración directa de medicamentos les sitúa en la última línea del circuito farmacológico, en el punto donde una actuación segura o un descuido pueden marcar la diferencia entre el éxito terapéutico y el daño. Esta tarea implica no solo cumplir con la prescripción médica, sino también aplicar conocimientos farmacológicos, verificar indicaciones, identificar incongruencias, adaptar la administración a las condiciones del paciente y detectar reacciones adversas en tiempo real. La cultura de seguridad del paciente

ha transformado la forma en que se aborda el proceso de administración de medicamentos, promoviendo prácticas basadas en protocolos, tecnologías de apoyo, trabajo en equipo y notificación de errores. A ello se suma el desarrollo de herramientas como la codificación de medicamentos, los sistemas de doble verificación, la trazabilidad digital y los planes de formación continua en seguridad.

Este artículo analiza la intervención enfermera en la prevención de eventos adversos derivados de la medicación, destacando las prácticas seguras en la administración, los factores de riesgo asociados, la importancia de la comunicación y el uso racional de los recursos disponibles para minimizar errores.

3 Objetivos

Identificar las estrategias y prácticas seguras que aplica el personal de enfermería para prevenir eventos adversos relacionados con la medicación durante el proceso de administración.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa de literatura científica y normativa institucional en materia de seguridad del paciente y farmacoterapia. Se analizaron estudios nacionales e internacionales, recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), protocolos del Ministerio de Sanidad y

guías clínicas publicadas entre 2010 y 2025. Se incluyeron artículos que abordaran la intervención enfermera en el momento de la administración y su relación con la aparición o prevención de eventos adversos.

5 Resultados

La administración de medicamentos por parte del personal de enfermería constituye un eslabón crítico dentro del circuito farmacológico. El cumplimiento estricto de los principios de seguridad es clave para evitar errores como la administración de dosis incorrectas, medicamentos erróneos, por vía equivocada, en horarios inadecuados o al paciente incorrecto. Para reducir estos riesgos, los profesionales de enfermería aplican estrategias como las “5 reglas de oro” (paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta), que actúan como base para la verificación activa antes de cada administración.

Una de las medidas más efectivas es la implementación del doble chequeo independiente, especialmente en fármacos de alto riesgo como insulina, heparinas, quimioterápicos o sedantes. Este procedimiento, realizado por dos profesionales distintos, reduce significativamente los errores en la preparación y administración. También se han incorporado tecnologías como los sistemas de prescripción electrónica asistida, que minimizan la ambigüedad

en las órdenes médicas, o los códigos de barras y pulseras identificativas, que garantizan que el medicamento corresponde al paciente y a la indicación prescrita.

En entornos donde la carga asistencial es elevada, el riesgo de error aumenta por fatiga, interrupciones, presión temporal y falta de concentración. En este contexto, la organización del trabajo enfermero, el uso de carros de medicación ordenados, la minimización de distracciones y la implementación de protocolos de verificación estructurados son elementos clave para preservar la seguridad del paciente.

La formación continua también juega un papel fundamental. Los profesionales que reciben actualizaciones periódicas sobre farmacología, interacciones, cambios en la nomenclatura comercial o guías terapéuticas muestran una mayor competencia y capacidad de detección precoz de errores. La enfermería actúa además como vigilante clínico, observando efectos adversos inmediatos o diferidos, notificando incidencias a los sistemas de farmacovigilancia y colaborando con el equipo médico para ajustar tratamientos según la respuesta individual del paciente.

Otra dimensión relevante es la comunicación efectiva. La correcta transmisión de información entre turnos, la lectura clara de las órdenes, la confirmación verbal en situaciones de duda y la implicación activa del paciente como

sujeto informado de su medicación reducen de manera significativa la aparición de eventos adversos. La enfermería, en este sentido, asume un rol doble: como ejecutora técnica y como mediadora de información.

Por último, la cultura de notificación sin castigo favorece el aprendizaje organizativo. Cuando los errores son reconocidos, analizados y utilizados para la mejora, se promueve un entorno de confianza donde la seguridad se convierte en responsabilidad compartida. El rol enfermero, como figura que ejecuta y observa, es imprescindible para que estos sistemas funcionen y se mantengan en el tiempo.

6 Discusión-Conclusión

La prevención de eventos adversos relacionados con la medicación es una prioridad en la asistencia sanitaria moderna, y el personal de enfermería tiene un papel protagonista en este objetivo. Su cercanía al paciente, su implicación directa en la administración y su formación clínica les otorgan una posición privilegiada para detectar, evitar y notificar errores que puedan poner en riesgo la salud de los usuarios.

Adoptar prácticas basadas en evidencia, reforzar la formación en farmacología, promover entornos de trabajo seguros y fomentar una cultura proactiva de seguridad son elementos esenciales para reducir errores y mejorar los resultados en salud. El compromiso enfermero

con la precisión, la observación y la ética profesional no solo previene eventos adversos, sino que reafirma su rol como garante de una atención segura, eficiente y centrada en el paciente.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Medicación sin daño: estrategia mundial para la seguridad del paciente. OMS; 2017.
2. Ministerio de Sanidad. Guía de prácticas seguras en la administración de medicamentos. MSSSI; 2020.
3. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Prevención de errores de medicación en enfermería. ISMP; 2022.
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Notificación de reacciones adversas. AEMPS; 2021.
5. Gómez ML, Rodríguez A. Administración segura de medicamentos: buenas prácticas en enfermería. *Rev Enferm Segura*. 2023;11(1):14–22.

Artículo 91

CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO: VÍAS, DRENAJES, CONTROL DE DOLOR Y COMPLICACIONES TEMPRANAS

MARÍA ÁNGELES SELLÉS ANDREO

ROCIO GUADALUPE TOLEDO REYES

NARELYS DELGADO HERNÁNDEZ

LUIS ROBERTO MEDEROS MESA

TANIA IBÁÑEZ BOIX

Introducción: el postoperatorio inmediato constituye una fase crítica en la que el paciente requiere una vigilancia enfermera estrecha para detectar complicaciones tempranas, garantizar la permeabilidad de vías y drenajes, y asegurar un control adecuado del dolor. La precisión en esta etapa influye directamente en la evolución clínica y la seguridad.

Objetivos: analizar los cuidados enfermeros en el postoperatorio inmediato, destacando la atención a vías venosas, drenajes, analgesia y signos precoces de complicación.

Metodología: revisión narrativa de literatura científica (2016–2024) consultada en PubMed, Scielo y Dialnet, junto con guías y protocolos de recuperación postquirúrgica del SNS.

Resultados: la enfermería supervisa la permeabilidad de vías, el funcionamiento de drenajes, la valoración del dolor, el control hemodinámico y la identificación temprana de sangrado, infección o deterioro respiratorio. La actuación precoz reduce morbilidad y mortalidad.

Discusión-Conclusión: el postoperatorio inmediato exige vigilancia continua, criterio clínico y comunicación eficaz. La actuación enfermera es clave para garantizar una recuperación segura y sin complicaciones.

1 Palabras clave

Postoperatorio inmediato; enfermería; drenajes; control del dolor; complicaciones tempranas

2 Introducción

El postoperatorio inmediato representa uno de los periodos más sensibles y determinantes en el proceso quirúrgico. Tras la intervención, el paciente llega a la sala de reanimación o unidad de recuperación postanestésica en un estado clínico que exige vigilancia continua, ya que puede presentar inestabilidad hemodinámica, alteraciones respiratorias, dolor intenso o complicaciones derivadas de la anestesia y de la propia cirugía. El papel de la enfermería es fundamental, combinando técnica, observación clínica y comunicación constante para garantizar una transición segura hacia la fase postoperatoria posterior.

La atención en esta etapa requiere una valoración sistemática que incluye el control del nivel de conciencia, constantes vitales, saturación de oxígeno, temperatura, funcionamiento de vías venosas, drenajes y dispositivos. A esto se suma el abordaje del dolor postquirúrgico, que no solo es necesario para el confort del paciente, sino

también para facilitar la movilización temprana, mejorar la ventilación y prevenir complicaciones como atelectasias o trombosis venosa profunda.

Los drenajes quirúrgicos y las vías venosas representan elementos clave en esta fase. El correcto funcionamiento de los drenajes proporciona información esencial sobre el estado de la herida, la presencia de hemorragia o colecciones, mientras que la monitorización de las vías venosas permite asegurar una administración fluida de medicación, analgesia y sueroterapia. La enfermería debe verificar su permeabilidad, posición y posibles signos de infección o extravasación.

El postoperatorio inmediato también es un momento crítico para detectar complicaciones tempranas. Entre ellas destacan la hipoventilación, la hipotensión, el sangrado, las reacciones adversas a anestésicos, la retención urinaria, los vómitos y la aparición de dolor mal controlado. La observación continua y el registro detallado permiten identificar cambios sutiles y activar de forma rápida las intervenciones necesarias.

En este contexto, los cuidados enfermeros desempeñan un papel indispensable para garantizar la seguridad, promover una recuperación adecuada y prevenir complicaciones que pueden

comprometer el pronóstico del paciente. La combinación de técnica, vigilancia clínica y acompañamiento humanizado sitúa a la enfermería como un pilar esencial en el postoperatorio inmediato.

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar los cuidados enfermeros en el postoperatorio inmediato, con especial atención a vías, drenajes, control del dolor y complicaciones tempranas.

Objetivos secundarios:

- Describir la atención enfermera a vías venosas y dispositivos.
- Explicar los cuidados asociados a drenajes quirúrgicos.
- Valorar el abordaje del dolor postoperatorio.
- Identificar las complicaciones tempranas más frecuentes y su detección enfermera.

4 Metodología

Se desarrolló una revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2016 y 2024 en PubMed, Scielo y Dialnet. Se revisaron además protocolos del Sistema Nacional de Salud, guías de recuperación postanestésica y documentos de sociedades relacionadas con cirugía, anestesia y cuidados enfermeros. Los criterios de inclusión contemplaron estudios centrados en postoperatorio inmediato, monitorización,

manejo de dispositivos, dolor y complicaciones tempranas.

5 Resultados

Los resultados evidencian que el postoperatorio inmediato exige una actuación enfermera altamente estructurada. Uno de los pilares centrales es la valoración inicial del paciente tras su llegada a la unidad de recuperación. La enfermería comprueba el nivel de conciencia según la escala de Aldrete, evalúa la permeabilidad de la vía aérea, valora la calidad de la respiración y controla la saturación de oxígeno. En este periodo es común observar hipoventilación por efecto residual de la anestesia, por lo que la monitorización respiratoria continua es imprescindible.

La atención a las vías venosas es esencial, ya que permiten la administración de fluidos, analgésicos, antibióticos y otros tratamientos. La enfermería verifica la permeabilidad, comprueba que no existan signos de extravasación, enrojecimiento o dolor en el punto de inserción y controla el ritmo de infusión según prescripción. Las vías venosas centrales, cuando están presentes, requieren un control más exhaustivo para evitar infecciones, aire en la línea o desplazamientos accidentales.

Los drenajes quirúrgicos son otro componente crítico. Su función es evacuar sangre, serosidad o contenido purulento, evitando colecciones que puedan derivar en infección o dehiscencia. La

enfermería examina el tipo de drenaje, su fijación, la permeabilidad y la cantidad y aspecto del contenido drenado. Cambios en el volumen, color o consistencia —como hemorragias activas o drenaje purulento— son señales de alarma que requieren una comunicación inmediata con el equipo médico. La adecuada sujeción y la prevención de acodamientos son medidas clave para mantener su funcionamiento.

El control del dolor se sitúa como una de las prioridades del postoperatorio inmediato. La enfermería utiliza escalas de valoración adaptadas al nivel de conciencia del paciente, administra analgesia prescrita y observa la respuesta clínica. Un dolor mal controlado se asocia a hipoventilación, inmovilidad prolongada y complicaciones respiratorias. En algunos procedimientos, como cirugía torácica o abdominal, la analgesia multimodal —combinando opioides, AINE y técnicas regionales— constituye la estrategia más eficaz. La enfermería debe vigilar efectos secundarios como somnolencia excesiva, náuseas, vómitos o depresión respiratoria.

La detección de complicaciones tempranas constituye uno de los puntos más relevantes de la vigilancia enfermera. Entre ellas, el sangrado postoperatorio es una de las más críticas. La observación del apósito, la valoración del abdomen o la zona quirúrgica, la taquicardia y la hipotensión son indicadores que pueden sugerir hemorragia. Asimismo, son frecuentes com-

plicaciones respiratorias como atelectasia, hipoxia o broncoaspiración, que requieren intervenciones rápidas como oxigenoterapia, elevación del cabecero o fisioterapia respiratoria precoz.

Las alteraciones hemodinámicas también son frecuentes debido al efecto anestésico o a la pérdida de volumen. La enfermería monitoriza presión arterial, frecuencia cardíaca y perfusión periférica, y ajusta la fluidoterapia cuando corresponde. La retención urinaria, especialmente tras anestesia espinal o en cirugías abdominales, requiere vigilancia del globo vesical y valoración del confort del paciente.

La náusea y el vómito postoperatorio son complicaciones habituales. El cuidado enfermero se orienta a la administración de antieméticos y a mantener medidas de seguridad para evitar broncoaspiración. Por último, la revisión destaca la importancia del acompañamiento emocional, ya que el paciente puede despertar con ansiedad, confusión o dolor, y la presencia enfermera proporciona seguridad.

6 Discusión-Conclusión

El postoperatorio inmediato requiere una intervención enfermera precisa, continua y centrada en la seguridad del paciente. La correcta atención a las vías venosas, el manejo adecuado de los drenajes y la vigilancia hemodinámica y respiratoria constituyen pilares esenciales del cuidado. El control del dolor

es igualmente determinante, ya que influye tanto en el bienestar como en la evolución clínica. Pública. 2022;96:e202206470.

La detección temprana de complicaciones es clave para prevenir deterioros graves y mejorar la recuperación. La enfermería, gracias a su presencia constante y a su capacidad de observación, se convierte en el profesional mejor posicionado para identificar cambios sutiles y actuar de forma precoz.

En definitiva, los cuidados en el postoperatorio inmediato integran técnica, responsabilidad clínica y humanización del cuidado. La intervención enfermera estructurada, rigurosa y empática garantiza una recuperación más segura, eficaz y adaptada a las necesidades del paciente quirúrgico.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Protocolo de cuidados en el postoperatorio inmediato. Madrid; 2022.
2. American Society of Anesthesiologists. Postanesthesia care standards. 2020.
3. Smith M, et al. Early postoperative complications: nursing surveillance. *J Perianesth Nurs*. 2019;34(4):739–748.
4. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. Cuidados enfermeros en el postoperatorio inmediato. *Enferm Clin*. 2021;31(6):708–715.
5. Rodríguez-Peña J, García Ortega L. Seguridad y control clínico en la recuperación postquirúrgica. *Rev Esp Salud*

Artículo 92

ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON PLURIPATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: COORDINACIÓN ASISTENCIAL, REVISIÓN TERAPÉUTICA Y SEGUIMIENTO CONTINUADO

LUIS ROBERTO MEDEROS MESA

TANIA IBAÑEZ BOIX

PAULA IRANZO GAUTHIER

MARÍA ÁNGELES SELLÉS ANDREO

ROCIO GUADALUPE TOLEDO REYES

NARELYS DELGADO HERNÁNDEZ

Introducción: la pluripatología se asocia a alta complejidad clínica, consumo de recursos y riesgo elevado de eventos adversos. Atención Primaria es el eje idóneo para coordinar el cuidado, revisar tratamientos y ofrecer seguimiento continuado.

Objetivos: analizar el abordaje integral del paciente pluripatológico en Atención Primaria, incidiendo en la coordinación asistencial, la revisión terapéutica sistemática y el seguimiento longitudinal.

Metodología: revisión narrativa de literatura científica y documentos de práctica clínica sobre manejo de pacientes crónicos complejos en el primer nivel asistencial.

Resultados: la atención centrada en la persona, los circuitos de coordinación con el hospital, la conciliación y revisión de la medicación, y el seguimiento proactivo reducen descompensaciones y mejoran resultados clínicos y de calidad de vida.

Discusión-Conclusión: el rol enfermero y médico de Atención Primaria es clave para articular un modelo integral, coordinado y continuado que responda a las necesidades del paciente pluripatológico.

1 Palabras clave

Pluripatología; Atención Primaria; coordinación asistencial; revisión terapéutica; seguimiento continuado

2 Introducción

El paciente con pluripatología se caracteriza por la coexistencia de varias enfermedades crónicas relevantes, que interactúan entre sí y condicionan una elevada vulnerabilidad clínica. Este perfil es cada vez más frecuente en el contexto del envejecimiento poblacional y del incremento de la supervivencia en patologías crónicas como la cardiopatía isquémica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia cardíaca o la diabetes mellitus. El resultado es un grupo de pacientes con síntomas fluctuantes, frecuentes descompensaciones y alta utilización de recursos sanitarios, tanto en Atención Primaria como en el ámbito hospitalario.

En este escenario, el primer nivel asistencial ocupa una posición estratégica. Atención Primaria es el punto de entrada y de referencia para el paciente y su familia, y dispone de una visión

longitudinal de la persona, su entorno y sus necesidades reales. Esta perspectiva permite coordinar la atención entre los distintos niveles, priorizar problemas de salud, revisar tratamientos complejos y ajustar los planes de cuidados de forma dinámica. Sin embargo, la carga asistencial, la fragmentación del sistema y la elevada polimedicación dificultan en ocasiones un abordaje realmente integral.

La coordinación asistencial entre Atención Primaria, hospital, urgencias y recursos sociosanitarios es esencial para evitar duplicidades, retrasos diagnósticos y mensajes contradictorios. La ausencia de comunicación fluida puede traducirse en prescripciones superpuestas, falta de conciliación terapéutica y planes de cuidado poco coherentes con las preferencias del paciente. Además, la polimedicación, muy habitual en este grupo, aumenta el riesgo de interacciones, reacciones adversas y falta de adherencia.

El seguimiento continuado, estructurado y proactivo, junto con una revisión periódica de la medicación y una buena coordinación con otros profesionales, se perfila como la base del manejo del paciente pluripatológico. Este enfoque debe incorporar no solo

criterios biomédicos, sino también funcionales, emocionales y sociales, con el fin de alinear la intervención sanitaria con los objetivos y valores de la persona.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el abordaje integral del paciente con pluripatología en Atención Primaria, con énfasis en la coordinación asistencial, la revisión terapéutica y el seguimiento continuado.

Objetivos secundarios:

- Describir la importancia de la coordinación entre niveles asistenciales en el manejo de la pluripatología.
- Revisar el papel de la conciliación y revisión periódica del tratamiento farmacológico.
- Valorar el impacto del seguimiento continuado y proactivo sobre la estabilidad clínica y la calidad de vida.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa de literatura científica en bases de datos como PubMed, Scielo y Dialnet, complementada con guías clínicas y documentos de sociedades científicas sobre cronicidad y pluripatología. Se incluyeron artículos y revisiones publicados en los últimos años que aborasen el manejo de pacientes complejos desde Atención Primaria, la coordinación entre niveles asistenciales, la op-

timización de la farmacoterapia y los modelos de seguimiento continuado. Asimismo, se revisaron documentos de estrategias de cronicidad y planes de salud que definen al paciente pluripatológico y proponen circuitos específicos para su atención integral en el ámbito comunitario.

5 Resultados

La revisión muestra que el abordaje del paciente pluripatológico en Atención Primaria requiere un cambio de foco: pasar de la atención episódica a un modelo centrado en la persona, con continuidad asistencial y planificación a medio y largo plazo. Uno de los elementos más destacados es la necesidad de coordinación efectiva entre los distintos niveles. El equipo de Atención Primaria actúa como referente estable, recibiendo informes de alta hospitalaria, resúmenes de consultas de especialistas y resultados de pruebas, e integrando toda esta información en una visión global del paciente. Cuando esta coordinación es fluida, se observan menos duplicidades de pruebas, menor discrepancia en las indicaciones y una mejor continuidad en los planes de tratamiento.

La consulta de revisiones periódicas se convierte en un espacio clave para reordenar prioridades clínicas. En pacientes con múltiples patologías, no siempre es razonable perseguir objetivos muy estrictos para todas las en-

fermedades a la vez; a menudo es necesario individualizar metas y centrarse en aquello que más impacto tiene sobre la funcionalidad, la supervivencia y la calidad de vida. El profesional de Atención Primaria, en colaboración con enfermería, revisa la situación funcional, el estado cognitivo, la presencia de síntomas como disnea, dolor o fatiga, y la repercusión en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

La revisión terapéutica es otro pilar central. La polimedicación es muy frecuente en la pluripatología, con pacientes que pueden superar fácilmente los diez fármacos diarios. Esta carga aumenta el riesgo de interacciones, duplicidades farmacológicas, efectos adversos y baja adherencia. La conciliación terapéutica tras ingresos hospitalarios, cambios de especialista o prescripciones en urgencias es esencial para detectar errores, fármacos redundantes o pautas poco coherentes. El equipo de Atención Primaria contrasta las prescripciones con la medicación que el paciente toma realmente en domicilio, identifica problemas y, si es necesario, plantea deprescripción gradual de aquellos tratamientos de escaso beneficio o alto riesgo.

La educación sanitaria y la toma de decisiones compartidas se sitúan en el centro del modelo. El paciente y su entorno deben comprender el motivo de los tratamientos, los posibles efectos adversos, los signos de alarma de descompensación y cuándo consultar.

En la práctica, muchos pacientes pluripatológicos presentan dificultades de comprensión o sobrecarga emocional, por lo que la intervención enfermera es clave para reforzar mensajes, utilizar un lenguaje cercano y adaptar la información al nivel cultural. Esta educación continuada mejora la adherencia, reduce la utilización inadecuada de urgencias y favorece el autocuidado.

El seguimiento continuado no se limita a la consulta presencial programada. En muchos modelos se incorpora la revisión telefónica, el control a través de enfermería comunitaria y la coordinación con trabajo social cuando hay factores de vulnerabilidad social o dependencia importante. Esta vigilancia proactiva permite detectar empeoramientos incipientes, por ejemplo, un aumento de la disnea, de la fatiga, del edema o de la confusión, antes de que se produzca una descompensación grave que requiera ingreso.

La revisión de la evidencia sugiere que los programas estructurados de atención al paciente crónico complejo, liderados desde Atención Primaria, se asocian con menor tasa de hospitalización evitable, mejor control sintomático y mayor satisfacción tanto del paciente como de la familia. La clave no reside solo en disponer de más recursos, sino en organizarlos de forma coordinada, con un profesional o equipo de referencia claramente identificado.

Por último, el abordaje integral incluye también la consideración de as-

pectos emocionales y sociales. La pluripatología se acompaña con frecuencia de ansiedad, depresión, sobrecarga del cuidador principal y situaciones de fragilidad social. Atención Primaria, por su proximidad, está en una posición privilegiada para detectar estas situaciones y activar apoyos comunitarios, recursos de trabajo social o dispositivos de atención domiciliaria, que forman parte esencial del cuidado continuo de estos pacientes.

6 Discusión-Conclusión

El paciente con pluripatología plantea un reto complejo para los sistemas sanitarios y, en especial, para Atención Primaria. La evidencia revisada muestra que los mejores resultados se obtienen cuando existe una coordinación real entre niveles asistenciales, una revisión terapéutica sistemática y un seguimiento continuado, centrado en las necesidades y prioridades de la persona. La enfermería y medicina de familia se convierten en ejes fundamentales de este modelo, al integrar la información procedente del hospital y de los especialistas, revisar la polimedicación y acompañar al paciente en su día a día. El control estrecho del tratamiento, la conciliación tras cada contacto con otros dispositivos y la valoración funcional periódica permiten ajustar los objetivos terapéuticos y evitar sobreatamientos de dudoso beneficio. Del mismo modo, la educación en salud y

la toma de decisiones compartidas aumentan la implicación del paciente y su familia, favorecen el uso adecuado de los recursos y mejoran la percepción de seguridad.

En conclusión, el abordaje integral del paciente pluripatológico en Atención Primaria requiere un enfoque estructurado, coordinado y humanizado. La combinación de coordinación asistencial, revisión terapéutica crítica y seguimiento continuado constituye la base para ofrecer una atención de calidad, reducir descompensaciones y mejorar tanto la supervivencia como la calidad de vida de estas personas.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2019.
2. Ollero M, et al. Paciente pluripatológico y crónico complejo: modelo de atención. *Med Clin (Barc)*. 2017;149(9):435–441.
3. García-Morillo S, et al. Coordinación asistencial en el paciente crónico complejo: papel de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2020;52(5):309–315.
4. Fernández Pérez M, et al. Revisión y deprescripción en el paciente polimedicado. *Farm Hosp*. 2019;43(3):93–101.
5. Hernández C, et al. Programas de seguimiento proactivo en pacientes crónicos complejos: impacto en hospitalizaciones y calidad de vida. *Rev Esp*

Salud Pública. 2021;95:e202101045.

Artículo 93

PREVENCIÓN DE LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS EN CELADORES: ERGONOMÍA APLICADA

VICTOR MANUEL REQUENO CAURIN

EDUARDO JOSE PEÑARROCHA GARZON

SERGIO MAGEN GARCIA

NATALIA FERNÁNDEZ CAMPO

JAVIER NAVARRO GARCÍA

SUSANA GUILLAMON CELADES

El celador, por la naturaleza física de su trabajo, está expuesto de forma constante a sobrecargas biomecánicas que pueden derivar en lesiones musculoesqueléticas. La aplicación de principios de ergonomía en su práctica diaria permite reducir estos riesgos, mejorar la postura, optimizar el uso de ayudas técnicas y preservar su salud osteoarticular. La formación, la concienciación y la adaptación del entorno laboral son elementos esenciales para fomentar una cultura preventiva efectiva en los centros sanitarios.

1 Palabras clave

Celador; ergonomía; prevención de lesiones; salud laboral; riesgos musculoesqueléticos; manipulación de cargas

2 Introducción

Los celadores desempeñan un papel esencial en el funcionamiento de los centros sanitarios, siendo responsables de tareas que implican movilización

de pacientes, transporte de cargas, empuje de camillas, traslado de equipos y apoyo físico en múltiples actividades asistenciales. Estas funciones, aunque imprescindibles, suponen una elevada exigencia física que, si no se realiza con técnicas adecuadas, puede generar lesiones musculoesqueléticas de distinta gravedad, especialmente en la zona lumbar, hombros, cervicales y extremidades superiores.

La exposición repetida a cargas físicas mal distribuidas, la adopción de posturas forzadas, los movimientos bruscos, la falta de descansos adecuados o la escasez de ayudas técnicas contribuyen al desarrollo de patologías como lumbalgias, contracturas, ciatalgias, tendinitis o hernias discales. Estas afecciones no solo deterioran la salud del profesional, sino que repercuten en su rendimiento, aumentan el absentismo y suponen un importante coste para el sistema sanitario.

Frente a esta realidad, la ergonomía se presenta como una herramienta clave para la prevención. Consiste en adaptar el trabajo a la persona y no al revés, diseñando entornos, tareas y métodos de ejecución que reduzcan al mínimo el impacto físico. Su aplicación en el ámbito del celador implica incorporar hábitos posturales correctos, conocer los límites de carga, utilizar ayudas mecánicas cuando estén disponibles y promover una cultura institucional que priorice la seguridad del trabajador.

Este artículo aborda la ergonomía apli-

cada en la prevención de lesiones musculoesqueléticas en el colectivo de celadores, analizando los factores de riesgo, las estrategias preventivas y el impacto positivo de su implementación en la salud laboral.

3 Objetivos

Analizar cómo la aplicación de principios de ergonomía puede prevenir lesiones musculoesqueléticas en celadores, mejorando su bienestar físico y seguridad en el entorno sanitario.

4 Metodología

Se ha realizado una revisión narrativa de literatura científica, normativa de prevención de riesgos laborales, manuales ergonómicos y protocolos hospitalarios de salud laboral. Las fuentes analizadas incluyen documentos del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), estudios de ergonomía aplicada al ámbito sanitario, normativas comunitarias y autonómicas en materia de prevención, y experiencias prácticas en servicios hospitalarios. El periodo de búsqueda comprendió de 2010 a 2025.

5 Resultados

La implementación de medidas ergonómicas en las funciones del celador

ha demostrado ser efectiva para reducir el número de bajas por lesiones osteomusculares y mejorar la calidad del entorno laboral. Uno de los principales riesgos es la manipulación manual de pacientes, actividad que, si se realiza sin técnica, puede generar daños por esfuerzo excesivo. La aplicación de la regla del “movimiento coordinado” junto con el uso de dispositivos como sábanas deslizantes, grúas móviles o cinturones de traslado minimiza la carga directa sobre la columna vertebral.

Durante el empuje o arrastre de camillas, carros o sillas de ruedas, la posición del cuerpo, la altura del agarre y el estado de las ruedas o superficies influyen directamente en la aparición de tensiones musculares. Estudios observacionales han demostrado que el entrenamiento práctico en posturas y empuje lineal reduce significativamente las lesiones en hombros y muñecas. Además, mantener el eje corporal recto y realizar fuerza con el peso del cuerpo, y no con la espalda, son aspectos fundamentales.

Otro factor determinante es el espacio disponible, ya que en muchas unidades asistenciales los pasillos estrechos, ascensores pequeños o giros cerrados obligan al celador a adoptar posturas forzadas o hacer esfuerzos adicionales. La reorganización del mobiliario, la colocación estratégica del material y la planificación de rutas internas favorecen la ergonomía operativa y reducen

el desgaste físico.

La ergonomía también se aplica al trabajo estático y prolongado, como en guardias o turnos nocturnos, donde mantener una misma postura o realizar movimientos repetitivos sin descanso puede ocasionar sobrecarga muscular. En estos casos, introducir pausas activas, estiramientos programados y rotación de tareas reduce la fatiga acumulada.

Desde el punto de vista institucional, la formación periódica en ergonomía ha mostrado un alto impacto en la prevención de lesiones. Los celadores que reciben formación práctica específica tienden a aplicar mejor las técnicas de protección y son más conscientes de sus límites físicos. Igualmente, la comunicación proactiva entre los servicios de prevención, enfermería y dirección facilita la identificación de riesgos y la propuesta de mejoras técnicas, como la adquisición de equipos de ayuda mecánica o la redistribución de funciones.

Por último, se evidencia que la percepción de riesgo ergonómico está condicionada por la experiencia, la edad y el nivel de carga física del servicio. Celadores en unidades de urgencias, hospitalización general o quirófano presentan mayor incidencia de lesiones, lo que indica la necesidad de adaptar las medidas preventivas según el perfil y el área de trabajo.

6 Discusión-Conclusión

La prevención de lesiones musculoesqueléticas en celadores requiere una intervención estructurada que combine formación, adaptación del entorno, uso de ayudas técnicas y cultura preventiva. La ergonomía, aplicada correctamente, permite reducir la incidencia de lesiones, aumentar la satisfacción laboral y prolongar la vida profesional activa sin secuelas.

El celador, como figura operativa dentro del sistema sanitario, necesita ser protegido mediante estrategias preventivas reales, prácticas y sostenidas en el tiempo. Su salud física es un indicador de calidad asistencial, y su bienestar redundante en la seguridad del paciente, la eficiencia del servicio y la sostenibilidad del sistema.

Incorporar la ergonomía como parte del día a día y no como una excepción es el primer paso para garantizar entornos laborales más humanos, seguros y saludables.

en el Ámbito Sanitario. Manual práctico de prevención en celadores. SESLAS; 2021.

5. López R, Jiménez S. Aplicación de la ergonomía en la movilización hospitalaria. *Rev Prev Sanitaria*. 2023;15(1):21–30.

7 Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Ergonomía en el ámbito sanitario*. INSST; 2020.
2. Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, 1995.
3. Organización Mundial de la Salud. *Riesgos musculoesqueléticos en trabajadores de la salud*. OMS; 2019.
4. Sociedad Española de Salud Laboral

Artículo 94

INFECCIONES NOSOCOMIALES

ELENA MUÑIZ FERNÁNDEZ

ESTHER GUTIERREZ FERNANDEZ

Se denomina infección hospitalaria o infección nosocomial (IN) a la enfermedad infecciosa que el paciente adquiere durante su estancia hospitalaria o establecimiento de atención médica y que antes del ingreso no tenía, ni en fase clínica ni en período de incubación. Son causadas principalmente por bacterias, virus o hongos, y pueden ser transmitidas a través de procedimientos invasivos, contacto directo con personal médico o superficies contaminadas. Las más comunes incluyen infecciones del tracto urinario, respiratorias y de la piel. Su prevención depende de medidas estrictas de higiene y control de infecciones.

La OMS (1987) la definió como cualquier enfermedad de origen microbiano, reconocida desde el punto de vista clínico, que afecta a los pacientes, como consecuencia de su estancia en el hospital o tras ser atendidos para un tratamiento, y al personal sanitario como resultado derivado de su trabajo.

1 Palabras clave

Infección nosocomial; Infección hospitalaria; Infección asociada a la atención en salud (IAAS); Infecciones intrahospitalarias; Prevención y control de infecciones; Microorganismos frecuentes ;Infección del sitio quirúrgico (ISQ);Infección del tracto urinario asociada a catéter (ITU-AC);Sepsis hospitalaria ;Prevención y medidas de control; Higiene de manos

2 Introducción

Las infecciones nosocomiales, también llamadas infecciones hospitalarias o infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), son infecciones que una persona adquiere dentro de un hospital o centro de salud, y que no estaban presentes ni en incubación al momento de su ingreso.

Características principales

Aparecen después de 48 horas de la hospitalización (a veces hasta 30 días de

spués de una cirugía).

Se relacionan con procedimientos médicos, dispositivos invasivos o el ambiente hospitalario. Son un problema importante de salud pública porque se dan con frecuencia y por la presencia de microorganismos multirresistentes.

Microorganismos frecuentes

Bacterias: *Staphylococcus aureus* (incluyendo MRSA), *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *E. coli*, *Clostridioides difficile*.

Hongos: *Candida* spp.

Virus: Influenza, norovirus (menos frecuente).

Tipos más comunes

Infección urinaria asociada a catéter (IUAC)

Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV)

Infección del sitio quirúrgico (ISQ)

Bacteriemia asociada a catéter venoso central

Gastroenteritis por *C. difficile*

Factores de riesgo:

- Hospitalización prolongada
- Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
- Uso de antibióticos de amplio espectro
- Dispositivos invasivos (catéteres, sondas, ventiladores)
- Cirugías
- Pacientes inmunodeprimidos

Prevención:

- Lavado de manos (la medida más efectiva)
- Uso adecuado de guantes, batas y mascarillas
- Desinfección del ambiente y equipos

- Protocolos estandarizados de inserción y mantenimiento de catéteres
- Uso racional de antibióticos
- Vacunación del personal de salud

3 Objetivos

Los principales objetivos de este son:

Dar a conocer las enfermedades nosocomiales.

Saber cuales son las principales características de esta enfermedad.

Saber reconocerlas para realizar un tratamiento adecuado.

Ayudar a las personas que padecen dichas enfermedades.

4 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado en las principales bases de datos pubmed, medline y scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas principalmente en español.

5 Resultados

Las infecciones nosocomiales son aquellas infecciones adquiridas dentro de un hospital o centro de salud que no estaban presentes ni en periodo de incubación al momento del ingreso del paciente. Constituyen un problema de

salud pública a nivel mundial por su impacto en la morbilidad, mortalidad, costos sanitarios y calidad de la atención. La Organización Mundial de la Salud (OMS) las considera un indicador fundamental de la seguridad del paciente y de la calidad de los servicios de salud. Epidemiología.

La prevalencia de infecciones nosocomiales varía según el país, el nivel de desarrollo del sistema sanitario y el tipo de institución. De manera global:

Se estima que entre 7 % y 10 % de los pacientes hospitalizados desarrollan una infección nosocomial.

En países de ingresos bajos y medianos, la incidencia puede ser mucho mayor, llegando hasta el 20 %.

Las áreas más afectadas suelen ser:

- UCI
- Áreas quirúrgicas
- Servicios de neonatología
- Unidades de diálisis

La mayor disponibilidad de dispositivos invasivos (catéteres, ventiladores, sondas urinarias) y el uso frecuente de antibióticos contribuyen a incrementar el riesgo.

Etiología.

Las infecciones nosocomiales pueden estar causadas por bacterias, virus, hongos y, en menor medida, parásitos. No obstante, los microorganismos resistentes a múltiples antibióticos representan la mayor amenaza.

Bacterias frecuentes:

- *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA)

- *Enterococcus faecium* resistente a vancomicina (VRE)

- *Pseudomonas aeruginosa*

- *Acinetobacter baumannii*

- *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas (KPC)

- *Escherichia coli* productora de ESBL (betalactamasas de espectro extendido)

Otros agentes

- Hongos como *Candida* spp., especialmente *Candida auris*.

- Virus como norovirus, rotavirus y virus respiratorios dentro de áreas pediátricas.

Tipos de infecciones nosocomiales

- Infecciones del tracto urinario (ITU) asociadas a catéter Son las más frecuentes. Se relacionan con sondas urinarias, duración del cateterismo, manipulación del sistema y falta de técnica estéril.

- Infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) Aparecen dentro de los 30 días posteriores a la cirugía (o 1 año si se implementó material protésico). Su incidencia depende del tipo de intervención, duración del procedimiento y estado inmunológico del paciente.

- Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVME) Común en UCI. Se produce por microaspiración de secreciones contaminadas, formación de biopelículas en el tubo endotraqueal y debilitamiento de defensas del huésped.

- Bacteriemias y septicemias asociadas a catéter Resultan de la colonización del catéter intravascular o contami-

nación durante su manipulación. Son altamente graves y con elevada mortalidad.

Factores de riesgo:

Relacionados con el paciente

- Edad avanzada o neonatos
- Enfermedades crónicas (diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia renal)
- Inmunosupresión (virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), quimioterapia, corticoides)
- Heridas abiertas o grandes quemaduras

Relacionados con la atención sanitaria

- Estancias hospitalarias prolongadas
- Uso inadecuado de antibióticos
- Procedimientos invasivos
- Falta de higiene de manos
- Sistemas de ventilación o agua contaminados

Resistencia antimicrobiana

Una de las mayores complicaciones es el auge de microorganismos multirresistentes. La presión selectiva por uso excesivo de antibióticos favorece la aparición de bacterias que no responden a tratamientos habituales, lo que complica la terapéutica y eleva los costos y la mortalidad.

Métodos de prevención y control.

La prevención es la medida más importante para combatir las infecciones nosocomiales.

- Higiene de manos. La OMS propone los “5 momentos” para la higiene de manos, que han demostrado reducir significativamente la transmisión de

patógenos.

- Uso correcto de equipos de protección personal (EPP)
 - Guantes, mascarillas, batas y gafas en situaciones adecuadas.
 - Aseo y esterilización de equipos Proceso adecuado de limpieza, desinfección y esterilización del instrumental médico.
 - Precauciones estándar y basadas en la transmisión Incluyen aislamiento de pacientes con patógenos peligrosos.
 - Vigilancia epidemiológica
 - Registro sistemático de casos
 - Identificación de brotes
 - Implementación de medidas correctivas
 - Programas de optimización de antibióticos. Promueven el uso racional de antimicrobianos para reducir resistencia.
 - Capacitación del personal
 - Formación continua sobre higiene, protocolos y manejo de desechos.
- Impacto económico y social
- Las infecciones nosocomiales incrementan:
- La duración de la hospitalización
 - El costo de tratamiento (uso de antibióticos avanzados)
 - La necesidad de procedimientos adicionales
 - La mortalidad en pacientes vulnerables
 - Además, afectan la confianza del público en los servicios de salud.

6 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales representan un problema complejo que integra factores biológicos, estructurales y organizativos. Aunque no pueden eliminarse por completo, su incidencia puede reducirse drásticamente mediante medidas estandarizadas de higiene, control de infecciones, vigilancia epidemiológica y uso racional de antibióticos. La educación continua del personal de salud y la cooperación institucional son esenciales para garantizar la seguridad del paciente. Representan también un desafío significativo para los sistemas de salud debido a su impacto clínico, económico y social. Su aparición no solo prolonga la estancia hospitalaria y aumenta la morbilidad y mortalidad de los pacientes afectados, sino que también genera una carga financiera considerable por el uso adicional de recursos diagnósticos, terapéuticos y humanos. Además, la presencia de microorganismos multirresistentes agrava esta problemática, dificultando los tratamientos y elevando el riesgo de brotes intrahospitalarios. La repercusión de estas infecciones también afecta la confianza de los pacientes en las instituciones de salud, lo que subraya la importancia de fortalecer las medidas de prevención, control de calidad, capacitación del personal y vigilancia epidemiológica. Mitigar su impacto requiere un enfoque integral y continuo que involucre a todo el equipo

sanitario y promueva una cultura de seguridad en la atención.

7 Bibliografía

1. Tortora, G., Funke, B., & Case, C. (2018). Microbiología. Editorial Médica Panamericana.
2. Murray, P., Rosenthal, K., & Pfaller, M. (2016). Microbiología Médica. Elsevier.
3. Potter, P. & Perry, A. (2016). Fundamentos de Enfermería. Elsevier.
4. Kozier, B., Erb, G., & Berman, A. (2017). Fundamentos de Enfermería. Pearson.
5. Mandell, G. L., Bennett, J. E., & Dolin, R. (2015). Principles and Practice of Infectious Diseases. Elsevier.

Artículo 95

DE LA PREVENCIÓN A LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CONSUMO DE CANNABIS: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA Y BACHILLERATO

FÁTIMA CONDE ESPÍÑO

SARA JOSEFA PUY ROC

RAQUEL PÉREZ MARINAS

RAQUEL ASÍN

MARTA TERRADO ROYO

IASMINA BEATRICE BRICIU

El consumo de cannabis es la conducta adictiva ilícita con más prevalencia en la adolescencia y se asocia con deterioro del rendimiento académico, alteraciones neurocognitivas y mayor probabilidad de desarrollar un trastorno por uso de cannabis. En España, las encuestas escolares sitúan su consumo como el más frecuente entre los 14 y 18 años, coincidiendo con la etapa de Educación Secundaria y Bachillerato, lo que enfatiza la necesidad de estrategias de detección precoz en entornos sanitarios y educativos. La enfermería, por su posición de accesibilidad, continuidad asistencial y enfoque biopsicosocial, constituye un actor clave en esta detección.

El objetivo de esta revisión sistemática fue sintetizar la evidencia científica disponible sobre el papel de la enfermería en la detección precoz del consumo de

cannabis en adolescentes de 1º de ESO a 2º de Bachillerato, identificando herramientas de cribado empleadas, ámbitos de actuación y modelos de intervención basados en evidencia.

Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, CINAHL, Scopus, SciELO, Web of Science y repositorios institucionales, incluyendo estudios de acceso abierto publicados entre 2010 y 2025 que describieran funciones enfermeras relacionadas con cribado, evaluación o prevención selectiva del consumo de sustancias en adolescentes.

La evidencia analizada muestra que la enfermería participa en la detección precoz mediante: a) el uso de instrumentos validados como CRAFFT y CAST; b) la aplicación de modelos estructurados como SBIRT, que combinan cribado, intervención breve y derivación; c) la participación en programas escolares específicos orientados a prevención selectiva e indicada; y d) abordajes familiares y comunitarios integrados en la valoración enfermera.

En conjunto, la evidencia respalda el papel esencial de la enfermería en la identificación temprana del consumo de cannabis, si bien se identifican limitaciones relacionadas con la formación específica, la protocolización y la coordinación intersectorial. Se recomienda reforzar la capacitación en cribado estructurado y entrevista motivacional, así como desarrollar protocolos integrados entre atención primaria, salud mental y centros educativos.

1 Palabras clave

Enfermería; adolescentes; cannabis; detección precoz; cribado; SBIRT; enfermería escolar; atención primaria; salud mental infanto-juvenil.

2 Introducción

El consumo de cannabis en la adolescencia se ha consolidado como un problema de salud pública de primer orden. A nivel internacional, se estima que el cannabis es la droga ilegal más consumida por adolescentes y adultos jóvenes, con inicio de uso habitual en torno a los 14–16 años.(1-4).

El consumo frecuente en esta etapa

se asocia con dificultades académicas, mayor riesgo de abandono escolar, accidentes y deterioro del funcionamiento social.(1)

En España, los datos de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) muestran que el cannabis es la sustancia ilegal más consumida entre los 14 y 18 años, con una elevada percepción de disponibilidad y una percepción de riesgo relativamente baja, especialmente para el consumo ocasional.(2,3) El Technical Report on Cannabis 2022 sintetiza que, entre estudiantes de 3º ESO a 2º de Bachillerato, el cannabis se mantiene como la principal droga ilícita, con inicio temprano y patrones de policonsumo (mezcla con tabaco y alcohol).(2)

En paralelo, la evidencia científica señala que el consumo precoz y frecuente de cannabis se asocia con alteraciones neurocognitivas, peor rendimiento escolar, síntomas afectivos y ansiosos, y mayor riesgo de psicosis en jóvenes vulnerables.(1,4) Diversos estudios destacan que cuanto más temprano es el inicio del consumo, mayor es la probabilidad de desarrollar un trastorno por uso de cannabis en la vida adulta.(1) Esto refuerza la importancia de estrategias de detección precoz dirigidas a la franja de edad aproximada entre 12 y 18 años (1º ESO–2º Bachillerato).(1-3)

En el ámbito europeo, informes recientes del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) confirman que el cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida entre los adolescentes, y hacen hincapié en el papel de los entornos educativos y de atención primaria como espacios clave para la prevención y la identificación temprana del consumo problemático.(4,2) La combinación de fácil acceso percibido, normalización social y baja percepción de riesgo genera un “paradigma de la información”, en el que los adolescentes declaran haber recibido mensajes preventivos, pero estos no se traducen necesariamente en menor consumo.(3)

La enfermería, por su proximidad, contacto continuado y visión biopsicosocial, ocupa una posición estratégica en la detección precoz del consumo de

cannabis. Estudios cualitativos y revisiones sobre prevención de adicciones destacan que las enfermeras que trabajan con niños, adolescentes y sus familias disponen de oportunidades privilegiadas para identificar señales tempranas de riesgo, realizar educación sanitaria y derivar de forma oportuna. La literatura resalta la necesidad de que el rol enfermero vaya más allá de la mera transmisión de información, incorporando cribados estructurados, intervenciones breves motivacionales y un trabajo coordinado con otros profesionales y dispositivos.(7-9)

En el contexto español, la enfermería está presente en diferentes ámbitos con impacto directo sobre la población de 1º ESO a 2º Bachillerato: consultas de enfermería de atención primaria (programas de salud infantil y juvenil, revisiones periódicas), enfermería escolar en centros educativos, y enfermería de salud mental en CSMIJ y unidades de hospital de día infanto-juvenil.(6,9,13) En estos entornos, la detección precoz del consumo de cannabis puede integrarse en la valoración integral de salud, en actividades de educación para la salud o en programas específicos de prevención.(6,13)

Herramientas como el cuestionario CRAFFT, diseñado para cribar el consumo de sustancias y riesgos asociados en jóvenes de 12–21 años, o escalas como CAST, permiten a la enfermería identificar de forma rápida y estandarizada a adolescentes en situación

de riesgo o con posible trastorno por uso de sustancias.(5,2) Estas herramientas se integran habitualmente en modelos de intervención tipo SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment), que combinan cribado sistemático, intervención breve motivacional y derivación a recursos especializados cuando es necesario.(10,11)

Sin embargo, diferentes estudios señalan barreras para la implicación plena de la enfermería en este ámbito: falta de formación específica en adicciones, ausencia de protocolos claros, carga asistencial elevada, escaso reconocimiento del rol enfermero en prevención de drogas y dificultades para el trabajo interdisciplinar.(7-9,13) Ante esta situación, resulta pertinente sistematizar la evidencia disponible sobre el papel de la enfermería en la detección precoz del consumo de cannabis en adolescentes y analizar qué estrategias, herramientas y contextos se han mostrado más efectivos, especialmente en la franja que comprende de 1º ESO a 2º de Bachillerato.

3 Objetivos

Objetivo principal

Analizar el papel de la enfermería en la prevención y detección precoz del consumo de cannabis en adolescentes de Educación Secundaria y Bachillerato mediante una revisión sistemática de literatura de acceso abierto

Objetivos secundarios

- Identificar las herramientas de cribado e intervenciones basadas en evidencia empleadas por la enfermería para la detección temprana del consumo de cannabis.
- Analizar los modelos asistenciales y los factores determinantes (facilitadores y barreras) que influyen en la capacidad de la enfermería para detectar precozmente el consumo de cannabis en adolescentes.

4 Metodología

Se diseñó una revisión sistemática de la literatura siguiendo las recomendaciones generales de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas, adaptadas a un enfoque centrado exclusivamente en estudios y documentos de acceso abierto.(14,9). El protocolo (no registrado) definió a priori las preguntas de investigación, las fuentes de información, los criterios de inclusión y exclusión, y el procedimiento de selección y síntesis de la evidencia.

Se realizaron búsquedas entre enero de 2010 y noviembre de 2025 en las bases de datos PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus, Web of Science y SciELO, así como en Google Scholar y repositorios institucionales (p. ej., Theseus, EMRO/OMS, ministerios de salud y educación).(6-9,15) Se utilizaron combinaciones de descriptores en español e inglés: nursing, nurse, school nurse, primary care, mental health nursing, adolescent, youth, cannabis, marijuana,

substance use, screening, early detection, CRAFFT, CAST, SBIRT, school-based, Spain, Europe, junto con operadores booleanos AND/OR.

Adicionalmente, se consultaron páginas web de organismos oficiales y programas específicos relacionados con la temática: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (PNSD), Observatorio Europeo de las Drogas (EMCDDA), National Institute on Drug Abuse (NIDA), y la web oficial del instrumento CRAFFT, así como documentos de referencia sobre el modelo SBIRT.^(2-5,10-12)

Como criterios de inclusión se integran:

- Estudios originales cuantitativos, cualitativos o mixtos, revisiones, protocolos de estudio y tesis que: o Tuvieran población principal adolescente (aprox. 12–18 años) o incluyeran datos desagregables de este grupo. o Abordaran consumo de cannabis o de sustancias en general (siempre que incluyeran cannabis) en contexto de prevención, detección precoz o intervención temprana. o Describieran explícitamente el rol de la enfermería (enfermería escolar, de atención primaria, de salud mental u otras) en el cribado, la detección precoz o la intervención breve.^{6–9, 15}
- Documentos de políticas, guías o informes técnicos que definieran estrategias de cribado o programas escolares/ sanitarios con participación enfermera.^{2–4, 10–12, 13, 15}
- Publicaciones en inglés o español, con

texto completo de acceso libre (open access o documentos institucionales descargables sin suscripción).

Se excluyeron:

- Estudios centrados exclusivamente en adultos o universitarios sin datos específicos sobre adolescentes de 12–18 años.
- Artículos cuyo texto completo no fuese accesible libremente (revistas de pago, acceso restringido).
- Estudios centrados únicamente en tratamiento especializado de adicciones sin componente de detección precoz o prevención.
- Opiniones, editoriales y cartas al editor sin datos empíricos o sin descripción concreta del rol enfermero.

La búsqueda bibliográfica arrojó inicialmente un total de 412 registros (artículos y documentos) que fueron cribados por título y resumen. Tras eliminar 103 artículos duplicados quedaron un total de 309 registros únicos para su revisión inicial. Se realizó cribado por título, excluyéndose 198 registros por no abordar consumo de cannabis, no centrarse en población adolescente o no incluir ningún rol enfermero. De los 111 resúmenes revisados, se excluyeron 74, principalmente por no disponer de texto completo en acceso abierto, no incluir resultados relevantes sobre detección precoz o limitarse a adultos/jóvenes universitarios. Los 37 artículos restantes fueron analizados en texto completo. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión —

especialmente la necesidad de que el artículo describiera explícitamente intervenciones, funciones o herramientas empleadas por la enfermería— se excluyeron 24 artículos adicionales:

- 11 por no describir de manera clara el rol enfermero
- 7 por centrarse únicamente en tratamiento y no en detección precoz
- 6 por insuficiente calidad metodológica o datos irrelevantes

Finalmente, se incluyeron 13 estudios y documentos en la revisión sistemática, cumpliendo todos los criterios:

1. Acceso abierto.
2. Población adolescente.
3. Presencia explícita de rol enfermero.
4. Enfoque en prevención, cribado o detección precoz del consumo de cannabis u otras sustancias.

De cada publicación incluida se extrajeron los siguientes datos: país y contexto (escuela, atención primaria, salud mental, comunidad), diseño del estudio, características de la muestra, instrumento(s) de cribado utilizados (p. ej. CRAFFT, CAST), tipo de intervención (SBIRT, intervención breve, programa escolar), rol específico de la enfermería y principales resultados relacionados con detección precoz o cambios en consumo de cannabis/sustancias.(5-8,10-12,15)

Dada la heterogeneidad de diseños (estudios de intervención, estudios cualitativos, revisiones narrativas, tesis y protocolos), se realizó una síntesis narrativa temática. Las publicaciones se

agruparon en tres grandes ejes: a) herramientas de cribado y modelos de detección precoz utilizados por enfermería; b) intervenciones en el ámbito escolar (incluyendo programas específicos como Alerta Cannabis); c) intervenciones en atención primaria y salud mental infanto-juvenil con participación enfermera (modelos SBIRT y otros).(6_9, 10_12,15)

Para estudios cuantitativos y de intervención se revisaron aspectos básicos de calidad metodológica (claridad de objetivos, descripción de la intervención, tamaño muestral, medidas de resultado). En estudios cualitativos se consideraron criterios como la adecuación del muestreo, la claridad en el análisis y la triangulación.(7_9,15) Dado el objetivo aplicado de esta revisión, se priorizó la relevancia práctica y la transferibilidad al contexto de enfermería que trabaja con adolescentes escolarizados en 1º ESO–2º Bachillerato.

5 Resultados

1. Epidemiología del consumo de cannabis en adolescentes y relevancia para la detección precoz

Los estudios revisados confirman que el cannabis es la droga ilegal más consumida por adolescentes tanto en Europa como en España.(1_4) Los datos de ESTUDES indican que una proporción significativa del alumnado de 14–18 años ha consumido cannabis alguna

vez en la vida y en el último año, con un subgrupo que presenta consumos frecuentes y patrones de policonsumo con tabaco y alcohol.(2,3) La mayoría de estos adolescentes están escolarizados en etapas que abarcan de 3º ESO a 2º Bachillerato, pero la iniciación puede darse ya en 1º-2º ESO, lo que hace necesaria la detección temprana desde los primeros cursos de secundaria.(2_4)

Los informes del EMCDDA y del PNSD destacan que, además de la prevalencia, preocupan el aumento de la potencia de los productos de cannabis, la normalización social y la percepción de bajo riesgo, especialmente respecto al consumo ocasional o vinculado al ocio.(2_4) Estos factores aumentan la probabilidad de que el consumo pase desapercibido para familias y docentes en fases tempranas y refuerzan el valor de un cribado estructurado desde los servicios de salud y la enfermería escolar.(1_4)

2. Rol general de la enfermería en prevención y detección de consumo de sustancias en jóvenes

La literatura revisada coincide en que la enfermería posee un potencial infrautilizado en la prevención y detección precoz de conductas adictivas en población infantil y adolescente(7_9,13) Estudios cualitativos subrayan que las enfermeras que trabajan con niños, adolescentes y familias tienen un acceso privilegiado a información sobre experiencias adversas en la infancia, estilos parentales y señales tempranas de

riesgo que preceden al consumo de sustancias.(7) Estos trabajos recomiendan una mayor sensibilización y formación de la enfermería en prevención de adicciones y en la identificación de factores de riesgo y protección.(7,8)

Revisiones y experiencias de intervención centradas en adolescentes resaltan que las enfermeras pueden realizar un abordaje integral que combine evaluación biopsicosocial, educación sanitaria, intervenciones breves, coordinación con otros profesionales (pediatras, psicología, trabajo social) y derivación oportuna a recursos especializados.(8,9) La literatura resalta, además, que la incorporación de la enfermería en programas escolares, proyectos comunitarios y tele-salud en centros educativos puede facilitar la detección precoz de problemas de salud, incluyendo consumo de sustancias.(9,13)

3. Herramientas de cribado utilizadas por enfermería (CRAFTT, CAST y otros)

El cuestionario CRAFTT se identifica como la herramienta de cribado de referencia para el consumo de sustancias en adolescentes. Según la web oficial, está diseñado para jóvenes de 12-21 años, es breve, fácil de administrar y se ha validado en múltiples contextos y países, siendo recomendado como parte del cribado universal en visitas de salud preventiva. En el contexto español, existe validación empírica del CRAFTT en muestras de adolescentes,

lo que apoya su uso en entornos clínicos y escolares.(5)

Aunque el CAST (Cannabis Abuse Screening Test) aparece con más frecuencia en encuestas poblacionales como EDADES y ESTUDES,(2) su uso clínico directo por enfermería está menos documentado en los estudios revisados. No obstante, la inclusión de módulos específicos de cannabis en cuestionarios de salud general o escalas breves (p. ej. preguntas sobre frecuencia, contexto y problemas asociados) se describe como práctica habitual en programas de cribado en atención primaria y en intervenciones basadas en SBIRT.(10_12)

La literatura sobre intervenciones de tele-salud y e-salud en entornos escolares sugiere que la integración de cuestionarios de cribado (a menudo basados en CRAFFT o ítems similares) en plataformas digitales facilita la auto-revelación de consumo por parte de los adolescentes, especialmente cuando se garantiza anonimato relativo y un clima de confianza.(13,15) Para la enfermería, estas herramientas permiten identificar de forma rápida a adolescentes que requieren intervención breve o derivación, incluso cuando no existen signos clínicos evidentes.(5,10_13)

4. Modelos de detección precoz e intervenciones basadas en SBIRT con participación enfermera

El modelo SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment)

se presenta como una de las estrategias más consolidadas para abordar el consumo de sustancias en adolescentes en atención primaria y otros entornos sanitarios.(10,11) Documentos de SAMHSA y revisiones académicas describen SBIRT como un enfoque estructurado que integra cribado estandarizado, entrevista motivacional breve y derivación a recursos especializados para los casos de mayor gravedad.(10,11,12)

En los estudios revisados, la enfermería aparece a menudo como profesional clave en la implementación de SBIRT, tanto en la fase de cribado como en la de intervención breve.(11,12) Experiencias en entornos escolares y comunitarios indican que las enfermeras, tras recibir formación específica, pueden aplicar SBIRT con buenos niveles de aceptabilidad entre los adolescentes, mejorando la identificación de consumo de riesgo y facilitando conversaciones sobre motivación para el cambio.(12,16)

Los documentos de orientación y resúmenes sobre SBIRT en población adolescente destacan varias ventajas de que la intervención sea realizada por enfermeras: mayor accesibilidad, relación de confianza ya establecida en revisiones de salud o vacunaciones, y una visión holística que integra factores familiares, escolares y de salud mental.(10_12) No obstante, también se señalan barreras como la limitación de tiempo en consulta, la falta de for-

mación en entrevista motivacional y la ausencia de protocolos claros en algunos servicios.(11,12,16)

5. Programas escolares específicos: el ejemplo de Alerta Cannabis y otras experiencias

Entre los programas escolares revisados, destaca el protocolo del estudio Alerta Cannabis, desarrollado en España y descrito en BMC Nursing como una intervención orientada a enfermeras que trabajan con adolescentes en el ámbito escolar.(6) Alerta Cannabis combina un componente de formación a enfermeras en prevención y abordaje del consumo de cannabis con actividades educativas dirigidas al alumnado, incluyendo información sobre riesgos, trabajo de habilidades y detección de casos en riesgo mediante cribado.(6)

El estudio subraya que las enfermeras (tanto escolares como de salud mental comunitaria) participan activamente en la captación de centros, la implementación de talleres y la identificación de adolescentes con patrones de consumo de riesgo, que pueden beneficiarse de intervención breve o derivación a recursos específicos.(6) La utilización de materiales estandarizados y la coordinación con los equipos docentes se describen como factores facilitadores.(6)

Otras experiencias recogidas en revisiones y tesis señalan que los programas escolares más efectivos incorporan componentes interactivos, trabajo de habilidades de afrontamiento y par-

ticipación de enfermería en la evaluación y el seguimiento, más allá de charlas puntuales.(3,9,15) Proyectos comunitarios donde estudiantes de enfermería participan en actividades de prevención en institutos muestran que la presencia visible de la enfermería facilita que los adolescentes se acerquen con dudas y revelen consumos incipientes, lo que abre la puerta a la detección precoz.(9)

6. Intervenciones en atención primaria y salud mental infanto-juvenil

En atención primaria pediátrica y de medicina de familia, diversos documentos recomiendan integrar el cribado sistemático de consumo de sustancias en las revisiones de salud del adolescente, utilizando instrumentos como CRAFFT y modelos SBIRT.(5,10_15) La enfermería desempeña un papel central en estas revisiones, lo que le sitúa en una posición idónea para realizar el cribado, explorar el contexto familiar y escolar, ofrecer información adaptada y motivar al adolescente hacia cambios saludables.(11,12)

En dispositivos de salud mental infanto-juvenil, la literatura destaca que muchas veces el consumo de cannabis aparece como factor comórbido en adolescentes remitidos por otros motivos (depresión, ansiedad, problemas de conducta, dificultades escolares).(1,7,9) Las enfermeras de salud mental pueden contribuir a la detección precoz mediante entrevistas de valoración estructuradas, explo-

rando sistemáticamente el consumo de sustancias y sus funciones (automedicación, pertenencia al grupo, manejo de emociones), y coordinándose con la familia, el instituto y otros recursos comunitarios.(7_9)

Algunos estudios de intervención centrados en alcohol pero extrapolables a cannabis muestran que las intervenciones breves motivacionales conducidas por enfermeras en consulta pueden reducir la frecuencia de consumo y episodios de consumo intensivo en estudiantes de secundaria.(17) Este tipo de intervenciones utilizan técnicas de entrevista motivacional, feedback personalizado y establecimiento de objetivos, y se adaptan bien a la estructura de consultas de enfermería en atención primaria y programas de salud escolar.(11,17)

7. Barreras y facilitadores para el rol de la enfermería en la detección precoz

Los estudios cualitativos señalan varias barreras para que la enfermería asuma de forma plena su papel en prevención y detección precoz de adicciones: conocimiento limitado sobre adicciones y estrategias preventivas, poca presencia de contenidos de drogodependencias en los planes de estudio de enfermería, falta de protocolos claros, escasa coordinación intersectorial y temor a estigmatizar a los adolescentes o a deteriorar la relación terapéutica.(7_9)

Como facilitadores, se destacan la formación específica en entrevista moti-

vacional y SBIRT, la disponibilidad de herramientas de cribado validadas y fáciles de usar (CRAFT, cuestionarios breves), el apoyo institucional (protocolos, tiempo protegido en consulta) y la existencia de redes colaborativas entre escuela, atención primaria y salud mental.(6_9,11,15) Experiencias como Alerta Cannabis muestran que cuando la enfermería recibe formación específica y se integra en programas estructurados, su participación en detección precoz es altamente valorada por estudiantes y docentes.(6)

6 Discusión-Conclusión

Discusión.

Los resultados de esta revisión sistemática muestran una notable consistencia entre los estudios incluidos respecto al papel esencial que desempeña la enfermería en la prevención y detección precoz del consumo de cannabis en adolescentes. Diversos autores coinciden en la elevada prevalencia de consumo en edades tempranas (14-18 años), lo que incrementa la necesidad de intervenciones sanitarias tempranas y estructuradas. En este sentido, Bhangu et al. (1) y Barrio et al. (3) destacan el impacto del cannabis en el desarrollo neuropsicosocial, indicando que la vulnerabilidad adolescente requiere estrategias preventivas específicas y continuadas.

En relación con la práctica enfermera, los estudios evidencian un consenso

en la relevancia del rol de la enfermería en contextos escolares, comunitarios y de salud mental infanto-juvenil. Investigaciones cualitativas como las de Mirlashari et al. (7) y Aljadi et al. (8) remarcan que el contacto directo y continuado de las enfermeras con adolescentes y familias permite identificar señales tempranas asociadas a factores personales, familiares y ambientales. Igualmente, las revisiones y tesis analizadas, como la de George et al. (9), subrayan la capacidad de la enfermería para integrar la valoración biopsicosocial en intervenciones breves, favoreciendo tanto la detección como la educación sanitaria.

Los estudios que describen intervenciones estructuradas aportan evidencia más sólida sobre la eficacia del rol enfermero. El programa Alerta Cannabis, evaluado por Castilla-Peón et al. (6), demostró que las enfermeras pueden actuar de forma eficaz en entornos escolares mediante actividades preventivas, cribado y derivación, incrementando la identificación de consumos de riesgo. Por otra parte, intervenciones basadas en el modelo SBIRT, analizadas por Agerwala et al. (11) y recogidas en documentos de SAMHSA (10), muestran que las enfermeras están especialmente capacitadas para aplicar cribados estandarizados y entrevistas motivacionales breves en adolescentes, logrando mejoras en conciencia del riesgo y reducción de patrones de consumo.

No obstante, la literatura también identifica importantes barreras. Estudios como los de Mirlashari et al. (7) y George et al. (9) evidencian limitaciones formativas, ausencia de protocolos institucionales y dificultades en la coordinación intersectorial. Además, Aljadi et al. (8) señalan que, en muchos entornos, el rol de la enfermería no está plenamente reconocido ni integrado en los programas oficiales de prevención, lo que disminuye su potencial impacto. Estas barreras contrastan con intervenciones estructuradas como la de Castilla-Peón et al. (6), donde la formación específica, la protocolización y la participación coordinada con la comunidad educativa generaron mejores resultados.

Al comparar los estudios incluidos, se observa que aquellos que incorporan herramientas validadas (como CRAFFT) y modelos estructurados (como SBIRT) presentan resultados más consistentes en términos de detección precoz. Por el contrario, los estudios descriptivos o narrativos señalan buenas prácticas, pero con impacto limitado cuando no se acompañan de marcos institucionales claros. Esta divergencia sugiere que el mero contacto enfermero no garantiza la detección del consumo de cannabis, siendo esencial la existencia de protocolos, formación específica y herramientas validadas.

En conjunto, la comparación de los 13 estudios incluidos indica que la enfermería tiene un papel fundamental, pero

su efectividad depende de tres factores clave:

1. formación especializada,
2. protocolo unificado de cribado y actuación, y
3. coordinación entre escuela, atención primaria y salud mental.

Sin estos elementos, el impacto real del rol enfermero queda limitado, pese a su potencial ampliamente reconocido por autores como Mirlashari et al. (7), Castilla-Peón et al. (6) y Agerwala et al. (11).

Conclusiones.

1. El consumo de cannabis en adolescentes de Educación Secundaria y Bachillerato continúa siendo un problema relevante de salud pública, con inicio temprano y efectos significativos en el rendimiento académico, el bienestar emocional y el desarrollo neuropsicológico.
2. La enfermería posee un papel estratégico en la prevención y detección precoz gracias a su accesibilidad, contacto continuado con las familias y capacidad para integrar la valoración biopsicosocial en su práctica profesional.
3. Las intervenciones estructuradas —especialmente el uso de herramientas de cribado como CRAFFT y modelos como SBIRT— se asocian con mejores tasas de identificación temprana y un abordaje más eficaz del consumo de riesgo.
4. Persisten barreras importantes para la implementación plena del rol enfer-

mero, como la falta de formación específica, la ausencia de protocolos unificados y la escasa coordinación entre escuela, atención primaria y salud mental.

5. Resulta necesario fortalecer la formación en prevención de adicciones, estandarizar protocolos intersectoriales y promover modelos asistenciales basados en evidencia que consoliden el papel de la enfermería en la detección precoz del consumo de cannabis en población adolescente.

7 Bibliografía

1. Bhangu G. Cannabis use in adolescents. 2025.
2. Government Delegation for the National Plan on Drugs. Technical report on cannabis 2022: use and consequences. Madrid: Ministry of Health; 2022.
3. Barrio P, Mundet X, et al. Substance use among Spanish adolescents: The information paradox. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(14):10615.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). European Drug Report 2024: Trends and Developments. Lisboa: EMCDDA; 2024.
5. CRAFFT. About the CRAFFT. Boston Children's Hospital; 2025.
6. Castilla-Peón MF, et al. Alerta Cannabis program for nurses working with school adolescents: protocol of a quasi-experimental study. *BMC Nurs*.

- 2024;23:236.
7. Mirlashari J, Jahanbani J, Begjani J. Addiction, childhood experiences and nurse's role in prevention: a qualitative study. *East Mediterr Health J*. 2020;26(2):212–218.
 8. Aljadi LA. Exploring the role of nursing in preventing substance use disorders in adolescents. *Letters in High Energy Physics*. 2024;2024.
 9. George R. Nursing interventions for adolescents with drug abuse: A literature review. Bachelor's thesis. Theseus; 2020.
 10. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT).
 11. Agerwala SM, McCance-Katz EF. Integrating Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) into clinical practice settings: A brief review. *J Addict Dis*. 2012;31(3):263–273.
 12. Abt Associates. Adolescent SBIRT: Brief for policymakers and program leaders. U.S. Department of Health and Human Services; 2017.
 13. Ayuso-Margañón R, et al. Nursing practice and telehealth in school health services. *Healthcare*. 2023;11(21):3124.
 14. Page MJ, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. (Citado como referencia metodológica general).
 15. Corradi-Webster CM, et al. Nursing student participation in a community project to prevent drug use among teenagers. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(2):176–180
 16. NORC at the University of Chicago. SBIRT Education for Health Professionals.
 17. Moreira MT, et al. Nurse-led approaches to lowering alcohol use among adolescents: A quasi-experimental study in a Portuguese school. *Soc Sci*. 2024;14(2):54.

Artículo 96

MIOCARDITIS AGUDA ASOCIADA A INFECCIÓN VIRAL EN ADOLESCENTE

ANTONIO RAYA ANTUNEZ

MARÍA LAFUENTE ADE

M^a TERESA TELLO DOMINGUEZ

CRISTINA MIHAELA FLENCHES

VIOLETA SORINA MACAVEI

ANTONIA ARROYO PEREZ

La miocarditis aguda es una inflamación del miocardio generalmente causada por infecciones virales y puede presentarse con síntomas inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico⁽¹⁾. En adolescentes, su reconocimiento temprano es fundamental para evitar complicaciones como arritmias e insuficiencia cardíaca⁽²⁾. En este trabajo se presenta el caso de un adolescente de 15 años con dolor torácico y elevación de troponinas tras un cuadro viral. Se describen los hallazgos clínicos, analíticos y de imagen, así como la evolución posterior y la importancia del diagnóstico oportuno.

1 Palabras clave

Miocarditis; infección viral; adolescente; troponina; resonancia magnética cardíaca; inflamación miocárdica.

2 Introducción

La miocarditis aguda es un proceso inflamatorio del músculo cardíaco, generalmente asociado a infecciones virales como enterovirus, adenovirus o parvovirus B19¹. Su incidencia real es

difícil de estimar debido a la variabilidad clínica y a que muchos casos pueden ser subclínicos. En adolescentes, la presentación suele ser heterogénea y puede incluir dolor torácico, disnea, palpitaciones o incluso síncope². En ocasiones, se confunde con cuadros de ansiedad o dolor musculoesquelético, retrasando la identificación de la enfermedad.

El diagnóstico de miocarditis requiere un alto índice de sospecha clínica, especialmente ante dolor torácico posterior a un episodio viral y elevación de biomarcadores cardíacos, como troponina I o T³. El electrocardiograma puede mostrar alteraciones inespecíficas, mientras que la ecocardiografía puede revelar disfunción segmentaria o global. Sin embargo, la resonancia magnética cardíaca (RMC) es actualmente una herramienta fundamental para el diagnóstico, debido a su capacidad para identificar edema miocárdico y patrones característicos de realce tardío⁴.

La miocarditis en adolescentes puede evolucionar favorablemente con tratamiento de soporte, aunque existe riesgo de complicaciones graves, tales como miocardiopatía dilatada o arritmias ventriculares. Por ello, un diagnóstico precoz y un manejo adecuado son esenciales para mejorar el pronóstico.

El presente trabajo describe un caso de miocarditis aguda en un adolescente previamente sano, que presentó dolor

torácico tras una infección viral respiratoria reciente. Se detallan los hallazgos clínicos y paraclínicos, y se discute la relevancia diagnóstica de los estudios de imagen y el seguimiento clínico, enfatizando la importancia del reconocimiento temprano para evitar complicaciones.

3 Objetivos

El objetivo principal es describir un caso clínico de miocarditis aguda asociada a infección viral en un adolescente. Entre los objetivos específicos se encuentran:

- Exponer la evolución clínica inicial tras el cuadro viral.
- Describir los hallazgos en la analítica, electrocardiograma, ecocardiografía y resonancia magnética cardíaca.
- Analizar los criterios diagnósticos utilizados y su correlación con la literatura científica.
- Presentar la evolución del paciente durante la hospitalización y el seguimiento posterior.
- Reflexionar sobre la importancia del diagnóstico precoz de la miocarditis en adolescentes para prevenir complicaciones a largo plazo.

4 Caso clínico

Paciente masculino de 15 años, sin antecedentes patológicos relevantes, que acudió al servicio de urgencias por presentar dolor torácico opresivo de

24 horas de evolución. Una semana antes había cursado un cuadro viral respiratorio con fiebre, odinofagia y malestar general, manejado en casa con antipiréticos. El dolor torácico se describía como opresivo, no irradiado y sin relación clara con el esfuerzo, acompañado de episodios de disnea leve y ansiedad.

En la evaluación inicial se observó un paciente hemodinámicamente estable, con buena perfusión periférica. La auscultación cardíaca fue normal, sin soplos ni ruidos pericárdicos. La saturación de oxígeno fue del 98% y no se evidenciaron signos de insuficiencia cardíaca. La analítica inicial reveló elevación de la troponina I (4.1 ng/mL; valor normal <0.04), CK-MB moderadamente elevada y PCR discretamente aumentada. El electrocardiograma mostró infradesnivel del ST de 1 mm en derivaciones V5-V6, sin otros cambios significativos. La radiografía de tórax fue normal.

Ante la sospecha de miocarditis viral, se decidió su ingreso para monitorización y estudios complementarios. La ecocardiografía evidenció fracción de eyección del 48%, hipoquinesia inferolateral leve y ausencia de derrame pericárdico. Durante la primera noche de ingreso, el paciente presentó un episodio autolimitado de taquicardia supraventricular que no requirió intervención farmacológica.

La resonancia magnética cardíaca realizada al segundo día de hospitalización

mostró edema miocárdico en secuencias T2 y realce tardío subepicárdico en pared inferolateral, hallazgos compatibles con miocarditis aguda según criterios de Lake Louise. Con base en ello se confirmó el diagnóstico.

El tratamiento consistió en reposo físico absoluto, analgesia con antiinflamatorios no esteroideos de forma intermitente y monitorización continua. No se administraron corticoides ni inmunoglobulina intravenosa al no existir indicación clara. Durante la hospitalización, las troponinas mostraron un descenso progresivo y la fracción de eyección mejoró levemente en un segundo ecocardiograma (50%).

Tras cinco días de ingreso, el paciente fue dado de alta con recomendaciones de reposo deportivo durante tres meses y seguimiento en cardiología pediátrica. En la revisión a las seis semanas, se encontraba asintomático, con electrocardiograma normal y troponina I negativa. A los tres meses, la ecocardiografía mostró fracción de eyección de 55% sin alteraciones segmentarias. La evolución fue catalogada como favorable, sin secuelas aparentes.

5 Discusión-Conclusión

Este caso clínico destaca la importancia de considerar miocarditis en adolescentes que presentan dolor torácico, especialmente después de un cuadro viral reciente. La literatura describe que hasta un 40% de los casos en jóvenes

se presentan con dolor torácico y elevación de troponinas, siendo esta combinación un indicador clave para la sospecha temprana¹. En nuestro paciente, la elevación marcada de troponina y el antecedente viral fueron determinantes para orientar el diagnóstico.

El electrocardiograma, aunque inespecífico, mostró cambios compatibles con inflamación miocárdica. La ecocardiografía reveló ligera disfunción ventricular, un hallazgo frecuente en miocarditis leve, mientras que la RMC permitió confirmar el diagnóstico mediante la identificación del edema y el realce tardío característico². Este estudio es considerado el estándar actual para la evaluación no invasiva de la miocarditis, especialmente en adolescentes.

La evolución favorable del paciente coincide con la literatura, que indica que la mayoría de los casos virales en población joven cursan de manera autolimitada con manejo conservador y reposo³. El seguimiento cardiológico es imprescindible, ya que un pequeño porcentaje puede evolucionar a miocardiopatía dilatada o presentar arritmias tardías. En este caso, la normalización de la función ventricular y la resolución de los síntomas sugieren recuperación completa.

En conclusión, la miocarditis viral debe considerarse ante dolor torácico en adolescentes, particularmente tras infecciones respiratorias. La elevación de troponinas combinada con estudios de

imagen adecuados permite un diagnóstico certero. La identificación temprana y el manejo conservador pueden evitar complicaciones graves y asegurar una evolución favorable. Este caso resalta la necesidad de sensibilizar a los clínicos sobre esta entidad, especialmente en población joven.

6 Bibliografía

1. Cooper LT. Myocarditis. *N Engl J Med*. 2009;360:1526–1538.
2. Ferreira VM, Schulz-Menger J, et al. Cardiovascular magnetic resonance in myocarditis. *J Am Coll Cardiol*. 2018;72:3158–3176.
3. Kindermann I, Barth C, et al. Update on myocarditis. *J Am Coll Cardiol*. 2012;59:779–792.
4. Lurz P, Eitel I. CMR for myocarditis diagnosis. *Circulation*. 2012;125:2335–2345.
5. Blauwet LA, Cooper LT. Myocarditis and dilated cardiomyopathy. *Heart Fail Clin*. 2010;6:27–35.

Artículo 97

LA IMPORTANCIA DE LA PALABRA Y EL MANEJO DEL SILENCIO EN EL ÁMBITO SANITARIO: ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA CONSCIENTE Y HUMANIZADA.

NIEVES LLORENTE MARQUINA

MARINA FERRER BUENO

MARIA ROSA ARANDA GONZALEZ

BEATRIZ PÉREZ PÉREZ

BLANCA ARNAIZ NAVARRO

ADOLFO DOMINGUEZ BERNE

La comunicación es un elemento central en la atención sanitaria, ya que facilita el intercambio de información en contextos complejos. Este artículo examina la interacción entre palabra y silencio, incorporando técnicas prácticas que permiten mejorar la comunicación terapéutica.

Mediante una revisión cualitativa-descriptiva, se estudia cómo el lenguaje influye en la comprensión del paciente, su implicación emocional y la calidad del vínculo con los profesionales sanitarios.

Se describen cinco técnicas comunicativas que permiten ajustar la palabra y el silencio a las necesidades del paciente: Pausa Significativa, Silencio Acompañado,

Reloj Interno, Clarificación Empática y Verificación de Comprensión.

Los resultados muestran que un equilibrio adecuado entre hablar y callar favorece la comprensión, genera confianza y contención emocional, y evidencia que la formación en estas competencias es fundamental para avanzar hacia una atención sanitaria más cercana, integral y respetuosa.

1 Palabras clave

Comunicación terapéutica; palabra y silencio; atención sanitaria humanizada; comunicación consciente; habilidades de comunicación clínica; acompañamiento

2 Introducción

La comunicación constituye una necesidad humana con un componente profundo, enriquecedor y transformador. Tradicionalmente se ha asociado a la palabra, pero esto deja de lado el valor del silencio, especialmente durante la interacción clínica.

La palabra permite explicar, orientar y acompañar a pacientes en situaciones de enfermedad, incertidumbre o vulnerabilidad. Por su parte, el silencio facilita la reflexión, reduce la sobrecarga de información y ayuda al paciente a procesar emociones difíciles. Cuando se aplica de manera intencional y consciente, el silencio se convierte en un recurso complementario a la palabra, promoviendo una presencia profesional más sensible y respetuosa.

La combinación de palabra y silencio forma un tándem eficaz: la primera transmite información y guía deci-

siones, mientras que el segundo abre espacio para explorar emociones y preocupaciones que no siempre emergen en un diálogo continuo. En contextos delicados —como comunicar un diagnóstico grave o acompañar a pacientes con enfermedad avanzada—, el uso cuidadoso de ambos recursos es esencial.

Las diferencias culturales influyen en la interpretación del silencio: en algunas tradiciones es señal de respeto; en otras, puede percibirse como desinterés. Por ello, comprender y aplicar estas diferencias forma parte de la práctica clínica consciente y humanizada.

El artículo propone integrar palabra y silencio como herramientas complementarias para una comunicación terapéutica centrada en la persona.

3 Objetivos

Objetivo general:

Analizar la relevancia del uso combinado de palabra y silencio en la comunicación sanitaria e identificar técnicas que mejoren su aplicación terapéutica.

Objetivos específicos:

- Examinar el papel de la palabra en la comprensión de información, la toma de decisiones y la adherencia al

tratamiento.

- Explorar cómo el silencio terapéutico contribuye a la expresión emocional y al acompañamiento clínico.
- Presentar técnicas comunicativas aplicables en la práctica profesional: o Pausa Significativa o Silencio Acompañado o Reloj Interno o Clarificación Empática o Verificación de Comprensión
- Identificar contextos clínicos donde estas técnicas resultan especialmente útiles.
- Reflexionar sobre las implicaciones éticas del uso del lenguaje y de las pausas comunicativas.

4 Metodología

Se realizó una revisión cualitativa-descriptiva de literatura científica y observaciones de la práctica clínica. Se seleccionaron cinco técnicas comunicativas (Pausa Significativa, Silencio Acompañado, Reloj Interno, Clarificación Empática y Verificación de Comprensión) por su aplicabilidad práctica y capacidad de mejorar la interacción clínica.

El análisis se organizó en tres bloques:

1. Valor informativo y emocional de la palabra.
2. Silencio como herramienta de acompañamiento y observación.
3. Efectividad de las técnicas para mejorar la calidad del encuentro clínico.

Este enfoque permite integrar teoría, práctica y herramientas útiles para el

día a día del profesional sanitario.

5 Resultados

El análisis evidencia que la comunicación clínica se beneficia de un equilibrio entre expresión verbal y pausas intencionales. Esta combinación no solo facilita la comprensión, sino que también fortalece la relación terapéutica y genera un entorno de confianza y acompañamiento emocional.

- Pausa Significativa: introducir un breve silencio tras comunicar información relevante permite al paciente procesarla y formular preguntas que podrían no surgir en un intercambio continuo. Esta estrategia es particularmente útil al explicar diagnósticos complejos o planes de tratamiento, aliviando la sobrecarga cognitiva y emocional.
- Silencio Acompañado: a diferencia del silencio neutro, esta técnica implica mantener una presencia visible mediante gestos suaves, postura receptiva y contacto visual atento. Los pacientes perciben este tipo de silencio como apoyo y acompañamiento, especialmente en situaciones delicadas o de gran carga emocional, reforzando la confianza y el vínculo con el profesional.
- Reloj Interno: esperar unos segundos antes de responder permite al paciente completar sus ideas y expresar preocupaciones que aún no había verbalizado. Este recurso favorece una escucha más

profunda, reduce interrupciones y contribuye a un encuentro más respetuoso y centrado en la persona.

- Clarificación Empática: reformular y validar con sensibilidad lo que expresa el paciente ayuda a consolidar la comprensión mutua y demuestra atención genuina. Este enfoque potencia la sensación de ser escuchado, disminuye la tensión emocional y facilita un diálogo más abierto y auténtico.

- Verificación de Comprensión: solicitar que el paciente repita con sus propias palabras la información recibida asegura que los mensajes sobre tratamiento o cuidados se entiendan correctamente. Esta técnica resulta especialmente relevante en pacientes con dificultades para procesar información compleja, reduciendo riesgos y promoviendo seguridad clínica.

En conjunto, estas técnicas mejoran: claridad, relación humana y seguridad clínica; demostrando que comunicarse bien constituye una intervención terapéutica por sí misma.

6 Discusión-Conclusión

Los hallazgos confirman que palabra y silencio funcionan mejor cuando se usan de manera complementaria. La palabra orienta, explica y guía; el silencio crea espacio para reflexión, emoción y toma de conciencia. Su uso combinado contribuye a una atención sanitaria más cercana y consciente.

La ética del cuidado también se re-

fleja en la comunicación. Integrar esta ética en la práctica diaria supone avanzar hacia una atención más humanizada, donde la presencia profesional se convierte en un acompañamiento que reconoce la dignidad y la vulnerabilidad de cada persona. Saber callar puede ser un gesto de respeto, pero hacerlo sin intención puede aumentar la vulnerabilidad del paciente. La formación en comunicación debería ocupar un lugar destacado en la educación sanitaria. Dominar estas habilidades permite acompañar de manera integral, reconociendo la dimensión clínica y emocional del proceso de salud-enfermedad.

En conclusión, palabra y silencio, utilizados con intención y sentido, constituyen una parte fundamental del acto terapéutico. Su aplicación mejora la calidad asistencial y favorece relaciones auténticas y respetuosas con los pacientes, sosteniendo una atención verdaderamente centrada en la persona.

7 Bibliografía

1. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd ed. CRC Press; 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1201/9781315378398>
2. Merayo Pérez A, Bravo Pérez E, Gordón Carbonell F. La comunicación con el paciente. Elsevier España; 2014.
3. Bengoechea C., Molinero C., Velasco C. y López-Ibor B. (2021). Análisis del

uso y funciones del silencio en la comunicación de los profesionales sanitarios en una unidad de oncología pediátrica. *Psicooncología*, 18(1), 173-191. <https://doi.org/10.5209/psic.74538>

4. Cejudo López Á, López López B, Duarte Rodríguez M, Crespo Serván MP, Coronado Illescas C, de la Fuente Rodríguez C. El pacto de silencio desde la perspectiva de las personas cuidadoras de pacientes paliativos. *Enfermería Clínica*. 2015;25(3):124-132. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-el-pacto-silencio-desde-perspectiva-S1130862115000066>

5. Martín Fortea MP, de Fernando Gros T, Longas Gaspar AI. La conspiración del silencio en la asistencia al final de la vida. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2020;35(6):405-406. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-journal-healthcare-quality-research-257-articulo-la-conspiracion-del-silencio-asistencia-S2603647920300531>

6. Román López P, Palanca Cruz MdM, García Vergara A, Román López FJ, Rubio Carrillo S. Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2014;5(1):45-59. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/2939>

7. Mannix K. Las palabras que importan. Ed. Siruela; 2023.

Artículo 98

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA: ALGORITMO ACTUALIZADO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

TOMAS PUNTER SERRANO

LAURA VICENTE ALONSO

IZARBE DOÑATE BAREA

ELENA GALINDO MIGUEL

CRISTINA NOGALES ESCUSA

JULIA NAVARRO SUSINOS

La parada cardiorrespiratoria (PCR) es una urgencia vital que requiere intervención inmediata. El personal de enfermería, como primer respondedor en muchas situaciones hospitalarias y extrahospitalarias, desempeña un papel esencial en la aplicación del algoritmo actualizado de reanimación cardiopulmonar (RCP), según las últimas guías del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Su actuación rápida, técnica y coordinada puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, mejorando la supervivencia y reduciendo secuelas neurológicas tras el evento.

1 Palabras clave

Reanimación cardiopulmonar; enfermedad; parada cardiorrespiratoria; algoritmo ERC; soporte vital básico; soporte vital avanzado

2 Introducción

La PCR constituye una de las situaciones más críticas en la práctica clínica. Se define como la interrupción súbita de la actividad mecánica del corazón, acompañada de cese respiratorio y pérdida de conciencia. Esta emergencia exige una actuación inmediata mediante maniobras de RCP, que permiten restablecer la circulación y la oxigenación tisular, evitando lesiones irreversibles, especialmente a nivel cerebral.

Las guías internacionales, como las del ERC y la American Heart Association (AHA), se actualizan periódicamente para incorporar evidencia científica sobre técnicas, algoritmos y dispositivos que aumentan la eficacia de la RCP. La última revisión de 2021-2022 hace especial hincapié en la detección precoz, la calidad de las compresiones torácicas, el uso rápido del desfibrilador externo automático (DEA), y la importancia del trabajo en equipo.

En este contexto, el personal de enfermería tiene un papel protagonista. Por su proximidad al paciente, su capacidad de observación clínica y su preparación técnica, suele ser el primero en re-

conocer los signos de una PCR y en iniciar las maniobras de reanimación. Además, participa activamente en el soporte vital básico (SVB), el soporte vital avanzado (SVA) y la atención posresucitación, tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario.

Este artículo aborda la actuación enfermera ante una PCR, siguiendo el algoritmo actualizado de RCP. Analiza los pasos fundamentales, los elementos clave para optimizar los resultados y la necesidad de mantener formación continua para una respuesta eficaz y segura.

3 Objetivos

Describir la actuación enfermera ante una parada cardiorrespiratoria, según el algoritmo actualizado de reanimación cardiopulmonar del ERC, y destacar su papel clave en el soporte vital inmediato.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de guías clínicas actualizadas (ERC 2021, AHA 2020), artículos científicos y protocolos hospitalarios de actuación ante PCR. Se incluyeron documentos oficiales del Consejo Europeo de Resucitación, manuales de soporte vital básico y avanzado, y estudios sobre la eficacia de la intervención enfermera en la RCP. El periodo revisado comprendió los años 2018 a 2025, prior-

izando la evidencia más reciente sobre maniobras, algoritmos y dispositivos.

5 Resultados

La respuesta enfermera ante una parada cardiorrespiratoria sigue una secuencia de pasos determinada por el algoritmo del ERC, cuya última actualización mantiene la estructura CAB (circulación, vía aérea, respiración) y refuerza la importancia del inicio precoz de compresiones torácicas de alta calidad.

Ante la sospecha de PCR, el profesional debe confirmar la inconsciencia y ausencia de respiración normal, pedir ayuda, activar el sistema de emergencias (código azul hospitalario o 112 extrahospitalario) e iniciar compresiones torácicas de inmediato. Las compresiones deben tener una profundidad de al menos 5 cm, una frecuencia de 100-120 por minuto, permitir la expansión completa del tórax y minimizar las interrupciones.

En el entorno hospitalario, el profesional de enfermería también tiene acceso temprano a un desfibrilador externo automático o manual, cuya aplicación precoz ante ritmos desfibrilables (fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso) aumenta significativamente la tasa de recuperación. En caso de desfibrilación indicada, se debe realizar una descarga seguida de RCP inmediata durante dos minutos, sin volver a comprobar el pulso hasta

completar ese ciclo.

En entornos donde se cuenta con personal entrenado en soporte vital avanzado, la enfermería también puede asumir el manejo de la vía aérea mediante dispositivos como la bolsa-válvula-mascarilla, cánulas orofaríngeas o dispositivos supraglóticos, además de colaborar en la canalización venosa y administración de fármacos como adrenalina o amiodarona según el algoritmo.

La calidad de la RCP es un aspecto fundamental. La rotación del reanimador cada 2 minutos, la monitorización del retorno de circulación espontánea (ROSC), el uso de capnografía si está disponible y la evaluación continua del entorno son elementos esenciales en los que la enfermería interviene de forma activa.

Una vez recuperada la circulación, el profesional de enfermería colabora en la atención posresucitación, controlando la vía aérea, ventilación, hemodinámica y temperatura del paciente, iniciando el traslado a unidad de cuidados intensivos (UCI) si procede y apoyando a la familia. También participa en la recogida de datos para el registro de eventos críticos, con fines de evaluación clínica y calidad asistencial. Además, la formación continua en RCP básica y avanzada, mediante cursos acreditados y simulaciones periódicas, mejora la respuesta del personal de enfermería ante estas situaciones, favoreciendo la seguridad y la eficacia en la

actuación. En múltiples estudios, el entrenamiento regular se ha asociado con mayor tasa de éxito en la resucitación y menor aparición de secuelas neurológicas.

6 Discusión-Conclusión

La parada cardiorrespiratoria representa una situación límite que exige del personal de enfermería una actuación inmediata, protocolizada y técnicamente impecable. La aplicación del algoritmo actualizado de RCP del ERC por parte de profesionales entrenados mejora sustancialmente las tasas de supervivencia y recuperación neurológica.

El rol enfermero abarca desde el reconocimiento precoz, la activación de la cadena de supervivencia, la realización de compresiones torácicas efectivas, el uso del desfibrilador y la colaboración activa en el soporte vital avanzado, hasta el acompañamiento emocional del entorno y el seguimiento pos-resucitación.

Incluir la reanimación como parte del entrenamiento obligatorio, mantener competencias técnicas actualizadas y fomentar la simulación clínica son estrategias clave para fortalecer el papel enfermero en estas emergencias. La vida del paciente depende en gran medida de la rapidez, la preparación y la seguridad del primer interviniente, y la enfermería está preparada para liderar esta respuesta.

7 Bibliografía

1. European Resuscitation Council. Guidelines 2021 for Resuscitation. Resuscitation. 2021;161:1–381.
2. American Heart Association. 2020 Guidelines for CPR and ECC. Circulation. 2020;142(16_suppl_2):S366–S468.
3. Ministerio de Sanidad. Guía de actuación ante parada cardiorrespiratoria. MSSSI; 2022.
4. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Recomendaciones en RCP básica y avanzada. SEMES; 2021.
5. Ruiz M, Pérez D. Rol de enfermería en la reanimación cardiopulmonar: análisis de la práctica clínica. Rev Enferm Emerg. 2023;19(1):45–52.

Artículo 99

CELADOR EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: APOYO LOGÍSTICO EN LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MATERIAL

MARÍA RODRÍGUEZ BLASCO

MARÍA SANDRA BARLUENGA VIÑUALES

INÉS BOLEA ALCUBIERRE

ROCÍO GARCÍA LÓPEZ

RAFAEL CARLOS INFANTE CARRILLO

ANA GARCIA ARNAIZ

La hospitalización domiciliaria exige una logística coordinada que garantice el suministro de recursos asistenciales en el entorno del paciente. El celador cumple un papel esencial en el traslado, entrega y recogida de material clínico, apoyando al equipo sanitario y favoreciendo la continuidad de cuidados. Su intervención segura, organizada y respetuosa con la intimidad del paciente es clave para mantener la calidad asistencial más allá del hospital.

1 Palabras clave

tencial

Celador; hospitalización domiciliaria; apoyo logístico; material sanitario; atención domiciliaria; continuidad asis-

2 Introducción

La hospitalización domiciliaria (HD) constituye una modalidad asistencial que ofrece atención clínica especializada en el entorno familiar del paciente, con el mismo nivel técnico que en el hospital, pero con las ventajas que aporta el hogar en términos de confort, familiaridad y reducción de riesgos nosocomiales. Este modelo de atención requiere una estructura operativa eficaz, donde cada profesional desempeñe un rol definido para asegurar la seguridad, eficacia y continuidad de los cuidados.

Dentro del equipo multidisciplinar que conforma la unidad de HD, la figura del celador adquiere una dimensión logística relevante. Aunque no participa directamente en la intervención clínica, sí colabora de manera activa en la gestión, transporte, entrega y recogida de materiales, como dispositivos médicos, medicación, equipos de curas, bombas de infusión o mobiliario funcional. Su actuación garantiza que el equipo sanitario disponga de todo lo necesario para la atención del paciente en tiempo y forma, evita desplazamientos innecesarios de enfermería o facultativos, y facilita la reposición de recursos. Además, actúa como enlace entre el centro hospitalario y el domicilio, lo que requiere habilidades organizativas, conocimiento del material y una actitud respetuosa en el contacto con los pacientes y sus familias.

Este artículo analiza la función del celador en el contexto de hospitalización domiciliaria, centrándose en su contribución logística mediante la entrega y recogida de materiales sanitarios, y valorando su impacto en la calidad asistencial.

3 Objetivos

Describir la función logística del celador en unidades de hospitalización domiciliaria, en relación con la entrega y recogida de material, y analizar su importancia en la eficacia del servicio y la continuidad asistencial.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de fuentes normativas, protocolos de atención domiciliaria y documentos de gestión logística hospitalaria. Se consultaron manuales de procedimientos de distintos servicios de salud autonómicos, publicaciones técnicas en gestión sanitaria y experiencias profesionales en unidades de hospitalización domiciliaria implantadas en el SNS. El periodo analizado abarca entre 2015 y 2025.

5 Resultados

El trabajo del celador en unidades de HD comienza con la preparación del

material en el hospital, bajo supervisión de enfermería o farmacia, donde se le asignan lotes de recursos que deben ser transportados al domicilio del paciente. Estos materiales incluyen desde productos básicos de cura hasta dispositivos más complejos como bombas elastoméricas, concentradores de oxígeno o catéteres venosos.

Para realizar la entrega, el celador organiza rutas y prioriza domicilios según la urgencia, ubicación y accesibilidad, optimizando el tiempo y los desplazamientos. Este trabajo requiere planificación diaria, conocimiento del área geográfica y coordinación estrecha con el equipo de enfermería de HD.

Durante la entrega, el celador no accede a la zona clínica del hogar, pero sí verifica que el material sea recibido, almacenado en condiciones adecuadas y colocado según instrucciones, respetando la privacidad y el entorno doméstico del paciente. Además, registra la entrega mediante hojas de control o dispositivos digitales, asegurando la trazabilidad del material.

En fases posteriores, cuando finaliza el episodio de atención, el celador también se encarga de la recogida de equipos reutilizables o de residuos especiales que deben retornar al hospital. En este proceso, aplica criterios de bioseguridad, manipula adecuadamente los contenedores y colabora en la separación de material biopeligroso, según la normativa vigente.

Su función logística no solo garantiza

el abastecimiento continuo, sino que evita sobrecarga asistencial en el resto del equipo sanitario, permite una atención puntual y previene situaciones de desabastecimiento o errores en la medicación. También se encarga de trasladar documentos físicos, recetas, partes de alta o formularios firmados, cuando el paciente o la familia no dispone de medios digitales para su envío.

Se destaca que la intervención del celador en este contexto requiere formación específica en manipulación de material sanitario, respeto a la intimidad, habilidades sociales en el trato con el paciente y competencia en el manejo de rutas logísticas. Su compromiso con la calidad y la puntualidad del servicio impacta directamente en la percepción del paciente y en la eficiencia del modelo domiciliario.

6 Discusión-Conclusión

El celador, desde su función logística, es una figura clave en la consolidación de la hospitalización domiciliaria como alternativa real a la hospitalización convencional. Su responsabilidad en el transporte, entrega y recogida de material garantiza que los cuidados clínicos se desarrollen en condiciones óptimas fuera del hospital, manteniendo los estándares de calidad y seguridad.

Además, su presencia respetuosa, puntual y organizada fortalece el vínculo de confianza entre el paciente, la fa-

milia y el equipo sanitario, permitiendo una asistencia más humana y eficiente. En un modelo de atención centrado en la persona, su papel cobra mayor valor al facilitar el equilibrio entre tecnología, cercanía y eficiencia.

Potenciar la formación, dotar de recursos adecuados y reconocer el valor añadido que aporta el celador en las unidades de hospitalización domiciliaria es clave para seguir avanzando hacia un sistema sanitario más flexible, accesible y centrado en las necesidades reales de la población.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Guía de hospitalización domiciliaria. Estrategias del SNS. MSSSI; 2020.
2. Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD). Manual de buenas prácticas en hospitalización domiciliaria. SEHAD; 2022.
3. Servicio Madrileño de Salud. Protocolo de logística y transporte en atención domiciliaria. SERMAS; 2021.
4. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Manipulación segura de material clínico. INSST; 2020.
5. García P, Martín L. Rol del celador en el sistema de atención domiciliaria. *Rev Gestión Sanitaria*. 2023;12(1):49–55.

Artículo 100

TRATO ADECUADO A MENORES, PERSONAS MAYORES Y COLECTIVOS VULNERABLES

DESIREÉ RAMIS GARDE

MERCEDES SALINAS ORDOVAS

ANA ISABEL MANRIQUE MAGALLON

FRANCISCO JAVIER LOPEZ IGLESIAS

MARÍA EUGENIA CARROQUINO

JUAN JOSÉ LOZANO LOPEZ

El trato a pacientes vulnerables, como menores, personas mayores y colectivos con necesidades especiales, requiere una atención sanitaria basada en la dignidad, la empatía y la individualización del cuidado. El respeto a la autonomía, la comunicación adaptada y la protección frente a riesgos asistenciales son pilares fundamentales. Fomentar un entorno seguro y humanizado fortalece la calidad asistencial y el vínculo de confianza entre profesionales y pacientes.

1 Palabras clave

Trato humanizado; pacientes vulnerables; menores; personas mayores; comunicación adaptada; ética asistencial; atención sanitaria

2 Introducción

El sistema sanitario debe garantizar una atención equitativa, segura y digna para todos los ciudadanos, con especial sensibilidad hacia aquellas personas que, por edad, estado funcional o

situación social, presentan una mayor vulnerabilidad. En este grupo se incluyen los menores de edad, las personas mayores y otros colectivos que, por motivos físicos, psíquicos o sociales, requieren una adaptación específica del trato profesional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y las estrategias nacionales de humanización de la asistencia insisten en que la calidad asistencial no solo se mide por los resultados clínicos, sino también por la experiencia del paciente. Esta experiencia depende, en gran parte, del trato recibido por los profesionales, que debe basarse en el respeto, la empatía, la escucha activa y la adecuación a las necesidades individuales.

Tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria o sociosanitaria, el trato adecuado a colectivos vulnerables es una responsabilidad compartida de todo el equipo: personal sanitario, técnico, administrativo y de apoyo. La formación en habilidades comunicativas, la comprensión de las particularidades de cada grupo y la detección de situaciones de riesgo son aspectos esenciales para ofrecer una atención centrada en la persona.

Este artículo aborda los principios fundamentales del trato profesional a menores, personas mayores y colectivos vulnerables, destacando su impacto en la calidad de la atención y en la protección de los derechos del paciente.

3 Objetivos

Reflexionar sobre la importancia del trato profesional adecuado a menores, personas mayores y colectivos vulnerables, y analizar estrategias para garantizar una atención segura, empática y adaptada a sus necesidades específicas.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de guías clínicas, normativas sobre derechos de los pacientes, estrategias de humanización sanitaria y literatura científica sobre atención a colectivos vulnerables. Las fuentes consultadas abarcan el periodo 2010–2025 e incluyen documentos del Ministerio de Sanidad, la OMS, asociaciones de bioética, pediatría y geriatría, así como estudios sobre comunicación clínica y buen trato en el entorno asistencial.

5 Resultados

Los menores requieren un abordaje asistencial que respete su desarrollo emocional y su capacidad progresiva para comprender lo que sucede. La comunicación debe ser clara, adaptada a su edad y nivel cognitivo, utilizando lenguaje sencillo, gestos amables y entornos no amenazantes. La presencia de un adulto de referencia durante la atención es fundamental para su seguridad emocional. Además, es importante explicar los procedimientos que se van

a realizar, pedir permiso simbólico y reconocer sus emociones.

Las personas mayores representan un grupo heterogéneo con necesidades variables. Algunas conservan plena autonomía, mientras que otras presentan deterioro cognitivo, fragilidad física o dependencia funcional. En todos los casos, el trato debe ser respetuoso, sin infantilización ni despersonalización. La escucha activa, la validación emocional y la adaptación del ritmo comunicativo son estrategias clave. En situaciones de deterioro, es esencial garantizar la comprensión, favorecer la participación en la toma de decisiones y proteger su dignidad.

En cuanto a colectivos especialmente vulnerables, como personas con discapacidad, problemas de salud mental, diversidad cultural o en situación de exclusión social, se requiere una atención libre de prejuicios, basada en el reconocimiento de sus derechos y en la accesibilidad a la información y a los servicios. Esto implica adaptar los espacios, utilizar materiales comprensibles, permitir acompañamiento y respetar las preferencias y valores individuales.

La aplicación de estos principios mejora la experiencia del paciente, reduce el estrés asistencial y refuerza el cumplimiento terapéutico. También disminuye la aparición de incidentes relacionados con la comunicación, las resistencias al tratamiento o los conflictos familiares.

En la práctica clínica, numerosos estudios confirman que el buen trato tiene un impacto directo en la recuperación del paciente, en su satisfacción con el sistema de salud y en la percepción de competencia profesional. Por ello, integrar el enfoque humanizado en los protocolos, los planes formativos y la cultura organizacional es una necesidad estratégica.

6 Discusión-Conclusión

Tratar adecuadamente a menores, personas mayores y colectivos vulnerables no es una opción, sino una obligación ética, legal y profesional. Implica reconocer las particularidades de cada persona, adaptar la comunicación, respetar los tiempos y proteger la intimidad y la autonomía en todas las fases del proceso asistencial.

El equipo sanitario debe formarse en competencias comunicativas, sensibilidad cultural y enfoque centrado en la persona, reforzando así su capacidad para atender desde el respeto y la empatía. Promover entornos accesibles, seguros y acogedores también forma parte del compromiso institucional con la humanización de la atención.

Solo desde una visión integral y colaborativa podremos ofrecer una sanidad realmente inclusiva, donde cada paciente —independientemente de su edad, situación o capacidad— reciba una atención digna, adaptada y humana.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Marco para mejorar la calidad de la atención a personas vulnerables. OMS; 2022.
2. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Humanización del Sistema Nacional de Salud. MSSSI; 2020.
3. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente. BOE núm. 274, 2002.
4. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Manual de buen trato a las personas mayores. SEGG; 2021.
5. Sociedad Española de Pediatría Social. Buenas prácticas en la atención al menor en el ámbito sanitario. AEP; 2023.

Artículo 101

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

NOELIA LASHERAS JIMENEZ

PILAR ÁNGELA PULIDO ARELLANO

CRISTINA HERNANDO HERNANDEZ

BEATRIZ MARTÍNEZ ZAMORA

LIDIA PANO HURTADO

JORGE MARIN AYARZA

La educación para la salud es un instrumento para conseguir el nivel de autosuficiencia y de autocuidados por parte de los pacientes y familiares o cuidadores a través del aporte de información y la adquisición de habilidades, promoviendo hábitos y estilos de vida saludables.

Se pretende que tanto el individuo como la familia y/o cuidadores participen activamente en el tratamiento preventivo y curativo, para conseguir una mayor independencia y calidad de vida.

La educación sanitaria que se dé debe de ser individualizada y adaptada a las características de las personas a las que va dirigida y a los recursos disponibles, tanto sanitarios como los que disponga el paciente y su unidad familiar.

1 Palabras clave

Úlceras por presión, programa de educación para la salud, cuidados en el en-

torno familiar

2 Introducción

La prevención en la aparición de úlceras por presión en los pacientes más vulnerables debido a la presencia de diferentes patologías que generan dependencia es fundamental para asegurar una buena calidad de vida en la persona, así como el proporcionar los cuidados necesarios cuando ya han debutado en la piel que presenta alteraciones.

Tanto pacientes como cuidadores deben de saber que es una úlcera por presión, los principales factores de riesgo para evitar su aparición y cuales son los cuidados fundamentales a aplicar una vez que se han hecho presentes, disminuyendo de esta manera las posibilidades de aparición de las mismas, favoreciendo la curación en el caso de que ya estuviesen presentes y previniendo la aparición de nuevas lesiones, disminuyendo notablemente la vulnerabilidad del paciente con dependencia.

El presente trabajo, sirve para describir un Programa de Educación para la Salud para la prevención de las úlceras por presión en pacientes dependientes cuya principal propuesta es implantar en los centros de salud, ya que desde los recursos de atención primaria es desde donde se puede impulsar la realización de este tipo de acciones formativas e informativas para llegar al

mayor número de población posible ya que sus profesionales son los que atienden directamente estos caso que presentan tanta vulnerabilidad asistencial.

3 Objetivos

Objetivo general: realizar una revisión bibliográfica sobre programas de educación para la salud en la prevención de úlceras por presión

Objetivos específicos:

- Describir las principales características de la piel y sus alteraciones más comunes
- Describir que es una úlcera por presión, los principales signos y síntomas y los principales factores de riesgo para su aparición
- Describir los principales cuidados de la piel para prevenir la aparición de úlceras por presión

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que consistió en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda en varios libros y también se han consultado una serie de artículos de las principales bases de datos, como pueden ser CUIDEN PLUS, ENFISPO, IBECS, GUIASALUD, SCIELO, LILACS, OAIster, FISTERRA seleccionando algunos textos científicos procedentes de

publicaciones académicas revisad, que sirvieron de base al presente trabajo.

5 Resultados

El profesional sanitario del centro de salud de referencia, diseñará programas de educación para la salud dirigidos a aquellos pacientes con úlceras por presión y a sus familiares y/o cuidadores principales para que sean capaces de identificar los signos y síntomas de aparición de éstas y los cuidados necesarios para favorecer su curación, prevenir la aparición o aplicar las técnicas adecuadas si ya han aparecido.

En el programa de educación para la salud podrán participar tanto paciente que puedan auto-administrarse los cuidados necesarios y familiares y/o cuidadores de los propios pacientes que presenten úlceras por presión. El lugar de realización de las sesiones será el centro de salud de referencia de los participantes para así, fomentar y asegurar la participación de todos los miembros que conformen el grupo inicial favoreciendo un clima de confianza y bienestar entre los mismos.

El programa esta formado por doce sesiones de dos horas cada una en las que de un modo teórico-práctico se trabajará en los puntos fundamentales que formarán parte del Programa de Educación para la Salud al que hace referencia el presente trabajo:

- Qué es una úlcera por presión

- Partes del cuerpo con más frecuencia de aparición
- Qué pacientes son más susceptibles de padecerlas
- Cuáles son los factores de riesgo que influyen en su aparición
- Qué medidas se pueden tomar para evitar los factores de riesgo principales
- Inspección de la piel
- Cómo detectar posibles alteraciones de la barrera cutánea
- Cuidados generales para la piel
- Métodos de reducción de la presión
- Reconocimiento de signos o síntomas de alerta
- Qué hacer si aparecen síntomas de alerta
- El cuidado del cuidador

Al finalizar las doce sesiones propuestas se pedirá a todos los participantes que rellenen un formulario de evaluación para comprobar si se han alcanzado los objetivos del programa de educación para la salud.

6 Discusión-Conclusión

El profesional sanitario proporcionará los conocimientos específicos y planificados para cada paciente en función de sus necesidades particulares y atendiendo a un programa de atención individualizado, adecuando y adaptando sus conocimientos de cuidado al estado de la salud general de la persona con presencia de úlceras por presión.

El profesional sanitario cobra un papel fundamental en la transmisión de

conocimientos al entorno familiar y principalmente al cuidador principal sobre la prevención y la administración de cuidados ante la aparición de úlceras por presión, siguiendo los protocolos estandarizados para ello asegurando así unos excelentes resultados en la práctica asistencial y domiciliaria.

7 Bibliografía

1. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión - GNEAUPP [Internet]. 2018. Disponible en: <https://gneaupp.info/guia-de-actuacion-para-laprevencion-y-cuidados-de-las-ulceras-por-presion/>
2. Úlcera por presión [Internet]. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>
3. COBOS-LOPEZ, G. Úlceras por presión. Revisión bibliográfica. Disponible en: https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a6.pdf
4. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión GOIBGNEAUPP 2019 [Internet]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2018/05/guiaXbaleares.pdf>
5. Actualización de la guía de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Servicio de Salud de las Islas Baleares- GNEAUPP [Internet]. 2018. Disponible en: <https://gneaupp.info/actualizacion-de-la-guia-de-prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion-servicio->

desalud-de-las-islas-baleares/

Artículo 102

USO CORRECTO DE LA TERAPIA COMPRESIVA EN ÚLCERAS VENOSAS

JUAN BUSTA ALVAREZ

NEREA ROBLES GARCÍA

Las úlceras en extremidades inferiores representan un problema clínico para los sistemas de salud, tanto por su elevada prevalencia como por los costes asociados a su tratamiento y a las frecuentes complicaciones derivadas de su mala evolución. Se estima que entre el 1% y el 2% de la población desarrollará una úlcera venosa en algún momento de su vida, siendo más común en personas mayores y en pacientes con comorbilidades que producirán déficits en su sistema vascular. La incapacidad del sistema venoso para mantener un retorno sanguíneo adecuado conduce a estasis, hipertensión venosa y, como última consecuencia, daño tisular. Ante esta situación, la terapia compresiva se consolida como la intervención terapéutica con mayor evidencia científica para el tratamiento de las úlceras de etiología venosa, al optimizar la hemodinamia, mejorar el retorno venoso y favorecer la cicatrización.

A pesar de su eficacia, la aplicación de esta terapia continúa generando muchas dudas entre los profesionales de la salud, especialmente en situaciones donde la valoración vascular no siempre se lleva a cabo de forma sistemática. Conocer sus fundamentos, indicaciones, contraindicaciones, materiales disponibles y funcionamiento de la terapia es fundamental para garantizar una aplicación segura y efectiva. Al mismo tiempo, resulta esencial diferenciar entre los distintos tipos de terapia compresiva y seleccionar la opción más adecuada según el perfil del paciente y la evolución de la lesión.

1 Palabras clave

sión; estasis venosa; cicatrización; presión terapéutica; tratamiento local.

Terapia compresiva; úlcera venosa; retorno venoso; vendaje multicapa; insuficiencia venosa; medias de compre-

2 Introducción

Las úlceras de extremidades inferiores constituyen una de las complicaciones más comunes y persistentes de la insuficiencia venosa crónica, siendo responsables de un importante impacto tanto a nivel social, económico y sanitario. Su origen multifactorial, su curso prolongado y las dificultades para alcanzar una cicatrización completa generan un reto entre los diferentes profesionales sanitarios. La mayor parte de estas lesiones derivan de una insuficiencia en el retorno venoso, causada por alteraciones valvulares o en la bomba muscular, causando hipertensión venosa sostenida. Este aumento de presión deteriora la microcirculación y favorece la extravasación de fluidos y proteínas, produciendo a su vez inflamación, hipoxia tisular y ruptura de la integridad cutánea.

Es por eso que diversos estudios han demostrado que la terapia compresiva mejora de manera significativa los parámetros hemodinámicos venosos, reduciendo la presión venosa ambulatoria y facilitando el retorno sanguíneo hacia el corazón. Su uso regular acelera la cicatrización, disminuye las tasas de recidiva y reduce el dolor asociado, por lo que se posiciona como la base del tratamiento de las úlceras venosas. Sin embargo, su correcta utilización exige una comprensión profunda del estado vascular del paciente. La práctica clínica ha revelado que la

falta de adherencia por parte del paciente es uno de los principales obstáculos para el éxito de la terapia compresiva. Factores como la dificultad para colocar el dispositivo, el calor, la incomodidad inicial o la poca información respecto a sus beneficios reducen la constancia terapéutica. Por esta razón, la educación sanitaria de enfermería resulta fundamental para asegurar un uso adecuado y sostenido en el tiempo, obteniendo de esta manera beneficios notorios en la úlcera.

La correcta aplicación de la terapia compresiva requiere también una valoración del estado del paciente a través de pruebas como la del índice tobillo-brazo (ITB), indispensable para descartar una isquemia significativa. Esta valoración permite determinar la seguridad del tratamiento e identificar la necesidad de adaptar el grado de compresión.

Por todo lo anterior, se hace imprescindible ofrecer una revisión actualizada y completa sobre el uso de la terapia compresiva en úlceras, abordando sus fundamentos, materiales, indicaciones y contraindicaciones.

3 Objetivos

Objetivo general

Conocer el uso de la terapia compresiva en el tratamiento de las úlceras venosas.

Objetivos específicos

- Identificar las indicaciones y con-

traindicaciones de la terapia compresiva en el tratamiento de las úlceras

- Conocer los materiales y el funcionamiento de la terapia compresiva

4 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva. En lo que respecta a la estrategia de búsqueda, primero se realizó una búsqueda desorganizada para establecer una idea general y definir la estructura del trabajo. En esta primera fase, se utilizaron buscadores generales de Internet, así como un lenguaje libre. Posteriormente, se llevó a cabo una búsqueda ordenada, utilizando tanto lenguaje libre como controlado, con el fin de localizar documentos que siguieran la temática del trabajo. Esta búsqueda ordenada se realizó en bases de datos, revistas virtuales y páginas web de sociedades científicas y de organismos y entidades oficiales.

Como fuentes de datos primarias se han utilizado guías de práctica clínica, revistas de enfermería españolas y páginas web oficiales. A su vez, las fuentes de datos secundarias consultadas fueron:

AsturSalud

Pubmed

LILACS

Previo a las búsquedas, se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión para la selección de documentos. Los criterios de inclusión fueron:

Años de publicación del documento comprendidos entre 2015 y 2025, seleccionando preferentemente los más recientes. Pero ha habido algunas excepciones y hemos seleccionado trabajos de años atrás por su contenido atemporal.

Idioma del documento: inglés o español.

Estudios y publicaciones realizados en seres humanos.

A su vez, los criterios de exclusión fueron:

Publicaciones anteriores al año 2014..

Documentos de escaso rigor científico.

Documentos que tratasen temas más centrados en especialidades, tratamientos o datos médicos por no adecuarse a los objetivos del trabajo.

Los tesauros seleccionados fueron los representados en las palabras clave, mediante una búsqueda en páginas web generadoras de tesauros, enlazados por los booleanos. Los booleanos utilizados fueron: AND y OR.

Una vez generadas las búsquedas en las fuentes de datos secundarias, se procedió a leer los títulos y resúmenes de los documentos recuperados. En esta etapa, se seleccionaron aquellos que se adaptan más a la línea temática del trabajo, así como a los criterios de inclusión. Posteriormente, dichos documentos fueron leídos para llevar a cabo una selección final de los artículos cuyas ideas principales serían incluidas en el trabajo. Los documentos que no se adaptan a los objetivos de la re-

visión fueron desechados.

5 Resultados

Identificar las indicaciones y contraindicaciones de la terapia compresiva en el tratamiento de las úlceras.

La terapia compresiva constituye el pilar fundamental en el tratamiento de las úlceras venosas y otras manifestaciones de la insuficiencia venosa crónica. Su eficacia ha sido respaldada en múltiples guías clínicas y revisiones sistemáticas, donde se muestra su capacidad para mejorar el retorno venoso, reducir la hipertensión venosa, controlar el edema y favorecer la cicatrización. No obstante, su aplicación requiere un profundo conocimiento de las indicaciones y contraindicaciones, dado que un uso inapropiado puede generar complicaciones graves e irreversibles.

Indicaciones del uso de la terapia compresiva:

- Úlceras venosas: la indicación principal y más respaldada del uso de esta terapia es para el tratamiento de las úlceras venosas, en las cuales la hipertensión venosa sostenida provoca daño tisular progresivo. La compresión que se aplica reduce la presión venosa ambulatoria, mejorando de este modo el drenaje linfático y acelerando la cicatrización. Se considera el primer tratamiento y debe mantenerse incluso después de la cicatrización para evitar recidivas.
- Insuficiencia venosa crónica: pa-

cientes con signos clínicos como telangiectasias, varices, edema venoso, cambios cutáneos (hiperpigmentación, eczema venoso) o dolor venoso se benefician ampliamente de la compresión. Su utilización previene la progresión hacia úlceras y mejora síntomas como pesadez y fatiga.

- Síndrome posttrombótico: en pacientes que hayan sufrido una trombosis venosa profunda (TVP) el uso de esta terapia reduce alteraciones como el edema crónico, la pigmentación cutánea o las úlceras secundarias al daño valvular residual. También reduce la sensación de pesadez y de dolor.

- Edema venoso o linfático: este tipo de terapia es útil en edemas resultantes de insuficiencia venosa, falta de movilidad o síndrome post-trombótico. A través de la compresión se consigue realizar un drenaje venoso y linfático eficaces.

- Varices sintomáticas: cuando existe dolor, sensación de pesadez, calambres, edemas vespertinos. La compresión mejora los síntomas y evita la progresión de la enfermedad.

- De manera profiláctica: es útil en situaciones en las que el paciente tenga antecedentes de úlceras venosas ya cicatrizadas. A través de la terapia se consigue reducir las recidivas. Su uso está muy recomendado ya que a través de diversos estudios se ha observado que hasta el 70% de las úlceras venosas pueden reaparecer si no se realiza una correcta terapia compresiva.

- Contraindicaciones de la terapia com-

presiva: isquemia arterial severa: es la contraindicación absoluta más importante. Si el ITB < 0,5 indica enfermedad arterial severa. Aplicar compresión podría disminuir aún más la perfusión, produciendo necrosis.

- Insuficiencia cardíaca descompensada: el uso de la compresión aumenta el retorno venoso, lo que puede producir complicaciones relacionadas con congestión pulmonar.

- Infecciones no controladas: infecciones profundas, fascitis necrotizante o presencia de abscesos requieren tratamiento previo antes de aplicar compresión, ya que podría diseminar la infección.

- Trombosis venosa profunda aguda: no se considera una contraindicación absoluta, muchos estudios recomiendan retrasar la compresión en la fase más aguda hasta tener la certeza de que no existe un riesgo potencial de embolización.

- Intolerancia por parte del paciente: si aparece dolor intenso, isquemia digital, cianosis o entumecimiento, la compresión debe retirarse inmediatamente.

- Alergia a materiales: debe evitarse el material que genera la reacción y sustituirse por opciones hipoalérgicas.

Antes de llevar a cabo la terapia compresiva en úlceras venosas es imprescindible realizar una valoración clínica a través de las siguientes técnicas:

- Índice tobillo-brazo: Es la herramienta más usada, en función de los valores de

la prueba se realizará una intervención u otra >0,8 – 1,2: compresión terapéutica estándar (30–40 mmHg).

0,5–0,8: compresión ligera o modificada.

<0,5: contraindicado.

Exploración del pulso pedio y tibial posterior: su ausencia es signo de que es necesario llevar a cabo una evaluación vascular adicional.

Evaluación del edema: es imprescindible reconocer si se trata de una edema venoso, linfático o mixto.

Estado del tejido y la piel: la presencia de fragilidad, maceración o infección condicionan la estrategia comprensiva.

Dolor: dolor severo o desproporcionado puede significar isquemia.

Para llevar a cabo este tipo de técnica es esencial efectuar una evaluación continua del paciente, ya que requiere un seguimiento clínico periodico, cambios en la compresión del paciente en función de los valores ITB, tipo de dispositivo y materiales utilizados que más se adapten al paciente. La reevaluación vascular se debe realizar ante cualquier signo de alarma o cuando los resultados no sean los esperados. Los efectos de esta técnica se encuentran muy relacionados con la vigilancia que se efectúe por parte de los profesionales sanitarios.

Conocer los materiales y el funcionamiento de la terapia compresiva.

La base fisiológica de la compresión se basa en contrarrestar la hipertensión venosa a través de la aplicación de pre-

sión externa, reduciendo el diámetro de las venas y acelerando el flujo sanguíneo. De la misma manera favorece el drenaje linfático. El funcionamiento de esta técnica se explica a través de dos conceptos:

- Presión en reposo: es la presión ejercida por el material cuando el paciente se encuentra en reposo. Para ejercer una presión en reposo elevada se utiliza el vendaje elástico, lo que puede ser útil en edemas persistentes.
- Presión en trabajo: es la presión generada por el vendaje durante la contracción muscular. Los vendajes inelásticos proporcionan una presión en movimiento alta y son muy efectivos en aquellos pacientes que realizan ejercicio/actividad física.

Materiales utilizados en el vendaje compresivo:

- Vendaje de corta elasticidad (inelásticos): estos vendajes se caracterizan por tener una capacidad de elongación inferior al 70%. Entre sus propiedades destacan: elevada presión de trabajo, muy efectiva al caminar, baja presión de reposo, lo que mejora la tolerancia y reduce el riesgo de isquemia. Son muy adecuados para úlceras venosas con pacientes activos y en edemas venosos significativos y en linfedema.

Para su correcta colocación se requiere formación, ya que una técnica incorrecta puede generar presiones irregulares o insuficientes.

- Vendaje de larga elasticidad (elástico): tienen una capacidad de elongación su-

perior al 100% y mantienen un nivel de compresión más constante. Sus características principales son: alta presión de reposo, presión de trabajo bajo en comparación con el inestático, son utilizados para pacientes inmóviles o con escasa actividad muscular. Uno de los principales inconvenientes es que deben retirarse por la noche en algunos casos, para evitar exceso de presión en reposo.

Son útiles en edemas leves y en fases tempranas del tratamiento, pero no suelen ser la primera opción en úlceras venosas avanzadas.

- Sistema multicapa: los sistemas multicapa se han convertido en uno de los enfoques más eficaces para tratar úlceras venosas. Se componen de varias capas con funciones específicas: capa de acolchado (protección y distribución homogénea de presión), capa inelástica o de fijación, capa elástica externa que proporciona compresión graduada y bandas cohesivas que estabilizan el sistema. Las principales ventajas del sistema multicapa son los siguientes: mantienen la presión durante varios días, proporcionan una compresión terapéutica constante (35–40 mmHg), alto nivel de evidencia científica en cicatrización de úlceras venosas y buena adaptación al volumen del miembro, incluso con edema variable. Esta terapia es especialmente recomendada en pacientes con movilidad reducida y edemas complejos.

- Medias de compresión terapéutica: las

medias constituyen el método de mantenimiento más eficaz una vez que la úlcera ha cicatrizado, y también pueden ser utilizadas como tratamiento activo en determinadas fases. Se van a clasificar según su presión:

- Clase I (15–21 mmHg): edema leve, prevención.
- Clase II (23–32 mmHg): insuficiencia venosa moderada.
- Clase III (34–46 mmHg): úlcera venosa activa o grave.
- Clase IV (>49 mmHg): linfedema severo.

Las ventajas principales de las medias de compresión reside en que son de fácil adherencia a largo plazo, tienen menor riesgo de errores técnicos y tienen una alta eficacia en prevención de recidivas. Sin embargo, esta terapia es muy difícil para colocar en personas mayores o con limitación funcional y está contraindicada en caso de ITB reducido, salvo adaptación con presión baja.

Bombas de compresión neumática intermitente. Estos dispositivos aplican compresiones secuenciales mediante cámaras inflables conectadas a un compresor. Su uso suele reservarse para: linfedema severo, pacientes inmóviles, edema refractario a otras compresiones y tratamientos hospitalarios o domiciliarios supervisados. No sustituyen a la compresión convencional, sino que la complementan, mejorando significativamente el drenaje linfático.

6 Discusión-Conclusión

La terapia compresiva continúa siendo, según la evidencia científica actual, el tratamiento de referencia para las úlceras venosas y una herramienta fundamental en el manejo integral de la insuficiencia venosa crónica. La revisión realizada en este artículo permite comprender que la eficacia de la compresión no depende únicamente del material utilizado, sino de un abordaje clínico realizado desde una valoración vascular inicial, continuando con la correcta elección del sistema compresivo y que se consolida con la adherencia del paciente y el seguimiento periódico. La integración de estos factores se consideraba fundamental para el éxito terapéutico y la prevención de recidivas.

A lo largo del desarrollo de los objetivos analizados se ha podido observar que las indicaciones y contraindicaciones constituyen un aspecto esencial para garantizar la seguridad del tratamiento. La evidencia respalda de manera contundente el uso de compresión en úlceras de etiología venosa, edema venoso, síndrome postrombótico o insuficiencia venosa crónica sintomática. Sin embargo, la compresión no es una intervención universal; requiere un conocimiento previo de las limitaciones impuestas por cada patología asociada, como la enfermedad arterial periférica o la insuficiencia cardíaca decompensada. Del mismo modo, afecciones como la neuropatía periférica,

las infecciones cutáneas o las úlceras mixtas obligan a llevar a cabo una intervención más ajustada, pero no necesariamente excluyen su uso. Esta distinción entre indicación absoluta, relativa y contraindicación es fundamental para evitar errores terapéuticos y preservar la viabilidad de los tejidos.

Otro elemento clave es la valoración mediante el índice tobillo-brazo (ITB), que se erige como herramienta imprescindible para la toma de decisiones clínicas. La comprensión del ITB no solo determina la seguridad del tratamiento, sino que también condiciona el nivel de presión que se debe de llevar a cabo.

En cuanto a los materiales utilizados, se observa que la terapia compresiva ha evolucionado notablemente, incorporando dispositivos más eficaces, seguros y adaptables. Los vendajes inelásticos y los sistemas multicapa destacan en los estudios clínicos por su elevada capacidad para controlar el edema y mejorar la hemodinámica venosa, especialmente en pacientes con úlceras venosas activas. Las medias terapéuticas, por su parte, son indispensables como estrategia de mantenimiento, ya que reducen de forma significativa las tasas de recidiva. La disponibilidad de sistemas ajustables o bombas neumáticas amplía aún más el abanico de opciones terapéuticas.

Sin embargo, uno de los desafíos más relevantes identificados en la práctica clínica es la técnica de apli-

cación. Un vendaje mal colocado puede ser ineficaz o incluso perjudicial, generando presiones irregulares, zonas de isquemia o deslizamientos que actúan como torniquete. De ahí que la formación de los profesionales de la salud sea indispensable para garantizar resultados exitosos.

7 Bibliografía

1. O'Meara S, Cullum N, Nelson EA. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(11):CD000265.
2. Harding K, Dowsett C, Fias L. Simplifying venous leg ulcer management. *J Wound Care*. 2015;24(Suppl 6):S1-S33.
3. Wounds International. Best Practice Statement: Compression therapy. 2015.
4. Partsch H, Mortimer P. Compression for leg wounds. *Br J Dermatol*. 2015;173(2):359-369.
5. European Wound Management Association. EWMA Document: Management of Patients with Venous Leg Ulcers. *J Wound Care*. 2016;25(Suppl 6):1-67.

Artículo 103

ENVEJECIMIENTO Y FUNCIÓN COGNITIVA: EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN EN LA TERCERA EDAD

MARYSOL SANCHEZ SARRIA

MARIA TERESA VELA BENAVENTE

MARÍA CARMEN PARICIO MARTELES

ESTHER MARTINEZ AMEZCUA

AMALIA MIRO MAIRAL

IDOYA AYENSA MONTALVO

Introducción: el envejecimiento provoca cambios progresivos en la memoria, la atención y en funciones motoras. La estimulación cognitiva se utiliza para mantener la autonomía y retrasar el deterioro asociado a la edad.

Metodología: se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos sanitarias y literatura especializada con el fin de recopilar información sobre el impacto de estos programas en personas mayores.

Resultados: los programas de estimulación cognitiva favorecen el rendimiento mental, mejoran la interacción social y contribuyen a la conservación de las capacidades funcionales. La frecuencia, la adaptación al nivel del usuario y el acompañamiento profesional influyen en su eficacia.

Conclusiones: la estimulación cognitiva es una herramienta útil para mantener la función mental en la tercera edad y resulta de especial utilidad en entornos sociosanitarios y comunitarios.

1 Palabras clave

Estimulación cognitiva; envejecimiento; memoria; funciones ejecutivas; tercera edad; intervención sociosanitaria.

2 Introducción

El envejecimiento es un proceso natural que implica modificaciones graduales en múltiples sistemas biológicos. Aunque la variabilidad entre las personas es elevada, las funciones mentales también experimentan cambios que afectan al modo en que la persona percibe, entiende y se relaciona con su entorno. La memoria reciente, la velocidad de procesamiento, la atención dividida y determinadas funciones ejecutivas suelen ser las áreas más sensibles al paso del tiempo, lo que puede repercutir en la autonomía personal.

Estos cambios no significan necesariamente enfermedad; sin embargo, cuando se combinan con factores como el aislamiento social, la reducción de estímulos, enfermedades crónicas o la pérdida de rutinas, pueden favorecer un deterioro cognitivo más acelerado. En este contexto, la estimulación cognitiva se convierte en una estrategia de intervención orientada a mantener las capacidades mentales activas, apoyando así el bienestar emocional y funcional.

Los programas de estimulación cognitiva incluyen actividades diseñadas

para ejercitar habilidades como la memoria, la orientación, el razonamiento, el cálculo y el lenguaje. También suelen incorporar dinámicas grupales y ejercicios que incrementan la motivación, lo cual refuerza la participación del mayor y su conexión con otras personas. Diversos centros de día, residencias y servicios comunitarios aplican estas intervenciones como parte de sus rutinas de trabajo, dirigidas tanto a personas con envejecimiento saludable como a aquellas que presentan deterioro leve.

La estimulación cognitiva no pretende recuperar funciones perdidas, sino fortalecer las capacidades preservadas y mantenerlas en el tiempo. Por ello, se considera una herramienta preventiva que ayuda a retrasar la aparición de limitaciones que podrían generar dependencia. Al mismo tiempo, la actividad mental guiada favorece la autoestima, reduce la percepción de inutilidad y contribuye a que la persona mantenga una identidad activa durante la vejez.

Para comprender su utilidad es necesario analizar cómo se diseñan estos programas, qué actividades incluyen, qué profesionales intervienen y cuáles son los factores que influyen en su efectividad. Examinar estos aspectos contribuye a valorar la importancia de la estimulación cognitiva como recurso sociosanitario en una época de aumento progresivo de la población mayor.

3 Objetivos

Objetivo general:

Describir la eficacia de los programas de estimulación cognitiva en personas de la tercera edad y analizar su contribución al mantenimiento de las capacidades mentales y funcionales.

Objetivos específicos:

- Descubrir qué áreas cognitivas se trabajan habitualmente en los programas de intervención sociosanitaria.
- Conocer los beneficios asociados a la estimulación cognitiva en la vida diaria del adulto mayor.
- Examinar los factores que influyen en la eficacia de las actividades cognitivas.
- Reconocer el papel de los profesionales en la aplicación y seguimiento de estos programas.
- Dar a conocer la utilidad de estos recursos en entornos comunitarios y residenciales.

4 Metodología

Para la elaboración del trabajo se consultaron publicaciones realizadas entre 2010 y 2024, incluyendo artículos en español, libros de gerontología y documentos emitidos por instituciones sanitarias. Las búsquedas se realizaron en bases de datos científicas como SciELO, Dialnet, Medes y Google Académico, además de en bibliotecas digitales de universidades españolas.

Se revisaron portales de organismos oficiales como el Ministerio de Sanidad,

la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) y libros de texto dirigidos a la formación de profesionales de atención a mayores. Se seleccionaron textos que describen el funcionamiento de los programas de estimulación cognitiva y su aplicación en personas de edad avanzada.

5 Resultados

Los programas de estimulación cognitiva se emplean cada vez con mayor frecuencia en espacios sociosanitarios debido a su capacidad para mantener activas diversas funciones mentales que tienden a disminuir con la edad. Estas intervenciones se adaptan al nivel de cada persona, lo que permite trabajar las habilidades y reforzar áreas que muestran debilidad sin generar frustración.

- Áreas cognitivas abordadas:

La mayor parte de ejercicios se centran en la memoria, sobre todo la inmediata y la memoria de trabajo, dos de las áreas que suelen experimentar más cambios en la vejez. Las actividades pueden incluir la repetición de series, asociación de imágenes, evocación de palabras o reconocimiento de secuencias. La finalidad es mantener la agilidad mental necesaria para manejar información cotidiana.

La atención es la segunda área a tener en cuenta. Aunque el adulto mayor conserva la capacidad de concentrarse, mantener la atención se ve afectada

con mayor frecuencia. Los ejercicios orientados a localizar estímulos, detectar diferencias o resolver tareas simultáneas contribuyen a frenar este declive.

En relación con las funciones ejecutivas, los programas incluyen actividades de organización, planificación y resolución de problemas. Estas capacidades son fundamentales para la autonomía en tareas como preparar una comida, gestionar citas o administrar medicación. Estimularlas favorece la seguridad y el control personal en la vida diaria.

El lenguaje también se entrena mediante ejercicios de vocabulario, fluidez verbal, comprensión y creación de frases. El mantenimiento de esta habilidad no solo mejora la comunicación, sino que refuerza la interacción social.

- Beneficios.

La aplicación continuada de los programas favorece la rapidez mental, la claridad en la expresión verbal y la capacidad para mantener la atención durante más tiempo. Muchos participantes manifiestan mayor seguridad en actividades cotidianas, así como una disminución de la sensación de confusión.

Además del beneficio cognitivo, las actividades grupales fortalecen la interacción social. La participación en sesiones programadas permite mantener rutinas, reducir el aislamiento y fomentar vínculos entre usuarios, aspectos que a su vez influyen de forma positiva

en el estado emocional.

Estas intervenciones también refuerzan la autoestima, pues ayudan al adulto mayor a reconocer sus capacidades y mantener un papel activo. La percepción de utilidad y la posibilidad de compartir logros con el grupo generan motivación y favorecen la continuidad en el programa.

- Factores que influyen en la eficacia.

La eficacia depende de diversos elementos. Uno de ellos es la frecuencia de las sesiones. Los programas que se aplican varias veces por semana suelen mantener la motivación y mostrar mejores resultados. También influye la duración, ya que intervenciones demasiado breves pueden no generar cambios estables.

La adaptación del nivel de dificultad es otro factor esencial. Una actividad demasiado compleja puede generar frustración, mientras que una demasiado sencilla no estimula lo suficiente. El equilibrio contribuye a mantener los avances.

El papel de los profesionales: técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), terapeutas, sociosanitarios, etc. es fundamental. La supervisión del personal de atención directa ayuda a orientar las dinámicas, observar progresos y realizar modificaciones cuando es necesario.

Por último, la implicación de la familia contribuye a reforzar lo aprendido en las sesiones, ya que la estimulación puede extenderse a la vida diaria medi-

ante hábitos como lectura, juegos mentales o participación en actividades comunitarias.

6 Discusión-Conclusión

La estimulación cognitiva es un recurso eficaz para mantener activas diversas funciones mentales en personas mayores. Su aplicación regular ayuda a conservar habilidades relacionadas con la memoria, la atención, el lenguaje y la resolución de problemas, lo cual se refleja en una mayor autonomía y confianza personal.

Más allá del beneficio cognitivo, estas intervenciones fortalecen la socialización y generan un espacio de encuentro donde los mayores participan activamente y comparten experiencias. La combinación de estimulación mental y dinámica social aporta un efecto positivo en el bienestar emocional.

Los programas resultan útiles tanto en centros residenciales como en entornos comunitarios, y representan una herramienta valiosa para los profesionales que trabajan en la atención a personas de la tercera edad. La adaptación al nivel de cada usuario y la continuidad en el tiempo permiten obtener resultados estables que contribuyen a mejorar la calidad de vida durante el envejecimiento.

7 Bibliografía

1. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. “Manual de buena práctica en estimulación cognitiva”. Madrid: SEGG; 2018.
2. Ministerio de Sanidad. “Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS”. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020.
3. Bueno B, Pérez M. “Estimulación cognitiva en personas mayores”. Barcelona: Editorial Herder; 2016.
4. Olazarán J, Navarro E. “Intervenciones no farmacológicas en demencias”. Madrid: Fundación CIEN; 2017.
5. García-López M. Programas de intervención cognitiva en la tercera edad. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2019.
6. Ballesteros S, Mayas J. Envejecimiento y plasticidad cognitiva. Psychothema. 2018.
7. Cruz-Urquiza J, Riquelme I. “Actividades de estimulación cognitiva en centros de día”. Gerokomos. 2021.

Artículo 104

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO SANITARIO

GYONGYI SABOU TOTH

CAROLINA CUELLO FONTANA

MARIA TERESA GONZÁLEZ FUMAT

PILAR GRANDE MELCHOR

SANDRA SUBIAS ROMERO

ANA CRISTINA JULVE ZALDIVAR

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad asistencial y constituye una prioridad en los sistemas sanitarios actuales. Su objetivo principal es prevenir daños innecesarios derivados de la atención sanitaria mediante la identificación y control de riesgos. Los eventos adversos, como caídas, infecciones asociadas a la asistencia sanitaria o errores en la identificación del paciente, siguen siendo frecuentes y, en muchos casos, evitables.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) desempeña un papel fundamental en la seguridad del paciente debido a su contacto directo y continuo con él. Sus funciones en la observación, el cuidado básico, la higiene y el mantenimiento de un entorno seguro permiten detectar de forma precoz situaciones de riesgo. La correcta aplicación de protocolos, la comunicación eficaz con el equipo sanitario y la formación continua son claves para reducir la aparición de incidentes. Promover una cultura de seguridad contribuye a mejorar la atención sanitaria y a proteger tanto al paciente como al profesional.

1 Palabras clave

Seguridad del paciente; eventos adversos; calidad asistencial; riesgos sanitarios; TCAE.

2 Introducción

La seguridad del paciente se define como la ausencia de daños innecesarios o potenciales asociados a la atención sanitaria. En las últimas décadas, este concepto ha adquirido una gran relevancia debido al impacto que los eventos adversos pueden tener sobre la salud de los pacientes y sobre la calidad de los servicios sanitarios.

Los eventos adversos son incidentes que ocurren durante la atención sanitaria y que pueden causar daño al paciente. Estos pueden estar relacionados con infecciones, caídas, errores en la medicación, fallos en la identificación del paciente o problemas en la comunicación entre profesionales. Muchos de estos eventos son prevenibles mediante la aplicación de medidas sencillas y una adecuada organización del trabajo.

Los TCAE desempeñan un papel esencial en la seguridad del paciente, ya que mantienen un contacto directo y continuado con él. Sus funciones incluyen la atención básica, la observación del estado del paciente, la colaboración en procedimientos y el mantenimiento de un entorno seguro, lo que les sitúa en una posición clave para detectar riesgos.

Factores como la sobrecarga asistencial, la falta de formación específica o la presión laboral pueden incrementar el riesgo de incidentes. Por ello, es fundamental que los TCAE conozcan los principios básicos de la seguridad del paciente y adopten prácticas seguras en su actividad diaria.

Promover una cultura de seguridad implica fomentar la prevención, la comunicación eficaz y el trabajo en equipo, con el objetivo de reducir los daños evitables y mejorar la calidad de la atención sanitaria.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar la importancia de la seguridad del paciente en el ámbito sanitario y el papel del Técnico Auxiliar de Enfermería.

Objetivos secundarios:

- Identificar los principales riesgos y eventos adversos que pueden afectar al paciente.
- Describir las funciones del TCAE en la prevención de incidentes relacionados con la atención sanitaria.
- Concienciar sobre la necesidad de aplicar medidas básicas de seguridad en la práctica diaria.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica narrativa sobre la seguridad del pa-

ciente en el ámbito sanitario. Se consultaron artículos científicos, guías clínicas y documentos elaborados por organismos oficiales relacionados con la calidad y la seguridad asistencial.

La búsqueda se realizó en bases de datos como PubMed, Scielo y Google Scholar, utilizando términos relacionados con seguridad del paciente, eventos adversos y prevención de riesgos sanitarios. Se priorizaron publicaciones en español e inglés, relevantes para la práctica clínica y el ámbito de actuación del TCAE.

La información recopilada fue analizada de forma descriptiva, identificando los principales riesgos para la seguridad del paciente, así como las medidas preventivas en las que el Técnico Auxiliar de Enfermería tiene un papel activo.

5 Caso clínico

Paciente varón de 78 años ingresado en una unidad de hospitalización de medicina interna por neumonía adquirida en la comunidad. Presenta antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y deterioro leve de la movilidad. Durante el ingreso, el paciente se encuentra consciente y orientado, aunque manifiesta episodios de desorientación nocturna, inseguridad al caminar y debilidad generalizada.

El TCAE observa que el paciente intenta levantarse solo para ir al baño, a pesar de presentar un riesgo elevado

de caídas. En la habitación no siempre permanece acompañado y el paciente no solicita ayuda de forma constante. Además, durante el turno de noche se detecta que la iluminación es insuficiente y que el timbre de llamada no siempre queda accesible desde la cama.

Ante esta situación, el TCAE informa al equipo de enfermería y se aplican medidas básicas de seguridad del paciente. Se coloca al paciente en una habitación cercana al control de enfermería, se ajusta la cama a una altura adecuada y se garantiza que el timbre quede al alcance del paciente en todo momento. Asimismo, se refuerza la supervisión durante los turnos nocturnos y se colocan elementos antideslizantes en el baño.

El TCAE también realiza una labor de educación sanitaria, explicando al paciente la importancia de pedir ayuda antes de levantarse y recordándole el uso correcto del timbre. Gracias a la observación continua y a la aplicación de estas medidas preventivas, no se producen caídas ni otros eventos adversos durante el ingreso hospitalario.

Este caso clínico pone de manifiesto la importancia del papel del Técnico Auxiliar de Enfermería en la detección precoz de riesgos y en la prevención de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, favoreciendo una atención sanitaria segura, eficaz y de calidad asistencial.

6 Discusión-Conclusión

El análisis realizado pone de manifiesto que la seguridad del paciente constituye un pilar fundamental de la calidad asistencial. La mayoría de los eventos adversos identificados son prevenibles mediante la aplicación de medidas básicas de seguridad y una adecuada organización del trabajo.

El TCAE juega un papel clave en la prevención de riesgos, debido a su contacto directo y continuado con el paciente. La observación, la comunicación y la aplicación de prácticas seguras permiten detectar situaciones de riesgo y actuar de forma temprana.

Para mejorar la seguridad del paciente es necesario fomentar una cultura preventiva basada en la formación continua, el trabajo en equipo y la notificación de incidentes sin carácter punitivo. La implicación de todos los profesionales sanitarios resulta esencial para reducir los daños evitables.

En conclusión, reforzar la seguridad del paciente no solo mejora la calidad de la atención sanitaria, sino que también contribuye a proteger al profesional y a generar entornos asistenciales más seguros y eficaces.

Madrid; 2015.

3. World Health Organization. Patient safety: making health care safer. WHO; 2017.

4. Aranaz JM, Aibar C. La seguridad del paciente: situación actual y perspectivas. *Rev Esp Salud Pública*. 2012;86(6):523-534.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. OMS; 2021.
2. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS.

Artículo 105

TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS PRIMERAS FASES DE LA ARTRITIS: INTERVENCIÓN Y PROMOCIÓN DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL

LIDIA PANO HURTADO

JORGE MARIN AYARZA

NOELIA LASHERAS JIMENEZ

PILAR ÁNGELA PULIDO ARELLANO

CRISTINA HERNANDO HERNANDEZ

BEATRIZ MARTÍNEZ ZAMORA

Introducción: la artritis en fases iniciales produce dolor, rigidez y limitación progresiva del movimiento, lo que afecta al desempeño ocupacional. La Terapia Ocupacional busca prevenir la pérdida funcional mediante estrategias terapéuticas tempranas.

Objetivos: analizar el papel de la Terapia Ocupacional en las primeras fases de la artritis y describir las intervenciones más eficaces orientadas al mantenimiento de la función y la participación.

Metodología: se realizó una revisión bibliográfica narrativa en las bases de datos PubMed, Scielo y Web of Science, seleccionando artículos publicados entre 2000 y 2024 relacionados con Terapia Ocupacional y manejo temprano de la artritis.

Resultados: las evidencias muestran que la educación en protección articular, el entrenamiento en actividades de la vida diaria, la prescripción de ortesis y las in-

intervenciones basadas en ejercicio funcional reducen el dolor y conservan la movilidad.

Conclusiones: la intervención temprana desde Terapia Ocupacional disminuye la progresión funcional de la artritis y favorece el autocuidado, la independencia y la adaptación ocupacional.

1 Palabras clave

Terapia Ocupacional; artritis; fases iniciales; protección articular; desempeño ocupacional.

2 Introducción

La artritis es un conjunto de enfermedades inflamatorias crónicas que afectan progresivamente a múltiples articulaciones, incluyendo manos, muñecas, codos, hombros, rodillas, caderas, pies y columna vertebral. Entre las formas más prevalentes se encuentran la artritis reumatoide (AR) y la osteoartritis (OA), cada una con características fisiopatológicas y clínicas particulares. La AR es una enfermedad autoinmune caracterizada por inflamación sinovial persistente, destrucción progresiva del cartílago y erosiones óseas, lo que conduce a deformidades articulares y pérdida funcional si no se interviene tempranamente (1). Por su parte, la OA es un trastorno degenerativo de las articulaciones que afecta principalmente el cartílago articular, produciendo dolor mecánico, rigidez y limitación funcional, especialmente en las manos, rodillas y caderas (2).

En las fases iniciales de la artritis,

los pacientes presentan síntomas como dolor articular, rigidez matutina, inflamación localizada y disminución del rango de movimiento, los cuales interfieren directamente en la realización de actividades de la vida diaria (AVD) y en la participación ocupacional (1,2). Estos síntomas pueden aparecer incluso antes de cambios estructurales evidentes en estudios de imagen, dificultando el autocuidado, las tareas domésticas, la movilidad funcional y la productividad laboral. La inflamación crónica altera la biomecánica del movimiento, disminuyendo la fuerza, la estabilidad y la movilidad articular. Esta afectación puede inducir patrones compensatorios que, si no se corrigen mediante intervención temprana, aceleran la deformidad y contribuyen a una pérdida funcional progresiva (2).

La evidencia científica indica que la intervención temprana, especialmente a través de la Terapia Ocupacional, es fundamental para preservar la función y retrasar la progresión de la enfermedad (3,5). La educación individualizada sobre protección articular ha demostrado ser eficaz para enseñar a los pacientes estrategias de cuidado de las articulaciones, modificación de hábitos

y optimización de movimientos en actividades cotidianas. Niedermann et al. evidenciaron que la educación personalizada sobre protección articular en personas con AR mejora significativamente la función manual, reduce la sobrecarga en articulaciones pequeñas y previene deformidades funcionales a largo plazo (3).

Además, la Terapia Ocupacional promueve estrategias de ahorro de energía, planificación de actividades y organización de rutinas, lo que permite al paciente continuar realizando sus AVD sin aumentar la fatiga ni exacerbar el dolor. Estas intervenciones son especialmente relevantes en la OA, donde la limitación funcional y la rigidez progresiva pueden generar inactividad y pérdida de autonomía (2,5). Stamm et al. demostraron que la combinación de protección articular y ejercicios domiciliarios para manos mejora la función y disminuye el dolor en pacientes con OA, evidenciando la importancia de intervenciones tempranas y sostenidas en el tiempo (5).

El uso de ortesis funcionales y de reposo constituye otra estrategia fundamental. Estas herramientas permiten mantener la alineación articular, reducir la inflamación y facilitar la ejecución de tareas de precisión, especialmente en manos y muñecas afectadas (4). La aplicación temprana de ortesis, combinada con ejercicios específicos y protección articular, potencia la preservación de la función y contribuye a la

independencia en las AVD.

La intervención interdisciplinaria, que integra terapia ocupacional y fisioterapia, ha mostrado beneficios adicionales. Cordich et al. reportaron que un enfoque combinado en un caso clínico de AR produjo mejoras significativas en la función manual, movilidad general y bienestar del paciente, reforzando la necesidad de un abordaje integral que considere aspectos físicos, funcionales y psicosociales (4).

Los aspectos psicosociales no pueden ser subestimados. La artritis temprana puede generar ansiedad, estrés, pérdida de roles significativos y limitación en la participación social, impactando directamente en la calidad de vida. La Terapia Ocupacional centrada en la persona permite reforzar la identidad ocupacional, fomentar la participación en actividades significativas y mejorar el bienestar emocional, complementando la intervención física (1,2).

En este contexto, es fundamental que las intervenciones terapéuticas sean individualizadas, considerando la etapa de la enfermedad, las necesidades funcionales, las preferencias del paciente y su entorno social. La evidencia científica respalda que la combinación de educación en protección articular, estrategias de ahorro de energía, uso de ortesis, programas de ejercicio funcional y adaptación del entorno constituye la base de un abordaje integral efectivo desde las primeras fases de la artritis (3,5).

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar la importancia de la Terapia Ocupacional en el manejo temprano de la artritis y su papel en la preservación de la funcionalidad desde las primeras fases.

Objetivos secundarios:

- Identificar las intervenciones de Terapia Ocupacional más utilizadas en artritis en fases iniciales.
- Describir los beneficios funcionales, educativos y psicosociales de estas intervenciones.
- Revisar la evidencia científica que apoya la aplicación de estrategias de protección articular, ahorro de energía y adaptación del entorno en etapas tempranas.
- Explorar el impacto de la intervención temprana en la prevención de deformidades y complicaciones futuras.

4 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se realizó una revisión bibliográfica narrativa en las bases de datos PubMed, Scielo, Medline y Web of Science. Con los siguientes descriptores “occupational therapy”, “early arthritis”, “joint protection”, “self-management”, “functional performance” y “assistive devices” y en Dialnet “Terapia Ocupacional”, “artritis”, “fases iniciales”, “protección articular”, “desempeño ocupacional”.

Se incluyeron artículos publicados entre 2000 y 2024, priorizando estudios de intervención, revisiones sistemáticas, guías clínicas y documentos académicos relevantes relacionados con la artritis inflamatoria en estadios tempranos. También se consultaron manuales y literatura especializada en Terapia Ocupacional para ampliar la comprensión del abordaje terapéutico.

Los criterios de inclusión fueron:

- estudios centrados en artritis en fases iniciales;
- investigaciones que describieran intervenciones de Terapia Ocupacional;
- publicaciones en inglés o español;
- artículos disponibles en texto completo.

Tras la selección, se analizaron los datos relacionados con educación en protección articular, estrategias de ahorro de energía, adaptación del entorno, uso de ortesis, manejo del dolor y entrenamiento funcional, integrándolos en la discusión para sintetizar la evidencia disponible.

5 Resultados

Los estudios revisados muestran que las intervenciones de Terapia Ocupacional aplicadas en fases iniciales de la artritis generan mejoras funcionales significativas en la vida diaria, especialmente en la ejecución de actividades de autocuidado, domésticas y laborales. La educación en protección ar-

ticular se presenta como una estrategia clave para reducir la sobrecarga en articulaciones pequeñas y preservar la función articular. Niedermann et al. demostraron que la educación individualizada mejora la función manual en pacientes con artritis reumatoide, favorece movimientos más eficientes y seguros, y contribuye a prevenir deformidades a largo plazo (3). Esta estrategia también promueve el reconocimiento temprano de signos de sobrecarga, alentando la modificación de patrones de actividad antes de que se produzcan daños estructurales evidentes.

Las técnicas de ahorro de energía y la planificación de actividades se han identificado como intervenciones eficaces para disminuir la fatiga y mejorar la organización de las rutinas diarias. Estas estrategias incluyen la priorización de tareas, la alternancia entre actividad y descanso, y la utilización de técnicas ergonómicas durante las AVD, lo que permite mantener la participación ocupacional sin exacerbar el dolor ni la inflamación (1,4).

El uso de ortesis funcionales y de reposo representa otra intervención fundamental en fases tempranas. Stamm et al. evidenciaron que la combinación de protección articular y ejercicios domiciliarios para las manos mejora significativamente la función manual, aumenta la fuerza y reduce el dolor en pacientes con osteoartritis de manos (5). La aplicación temprana de ortesis

ayuda a mantener la alineación articular, protege estructuras comprometidas y facilita la ejecución de tareas de precisión, evitando compensaciones perjudiciales (4).

La adaptación del entorno y la modificación de utensilios constituyen intervenciones complementarias que facilitan la autonomía. El uso de utensilios ergonómicos, ayudas de agarre y la reorganización del espacio doméstico disminuyen la carga articular y optimizan la eficiencia durante las actividades de la vida diaria, contribuyendo al mantenimiento de la independencia funcional (4).

Los programas de ejercicio funcional, incluyendo fortalecimiento muscular, estiramientos y entrenamiento en movilidad articular, demostraron mejorar la fuerza, la estabilidad y la amplitud de movimiento, lo que favorece la preservación de patrones de movimiento adecuados y disminuye el riesgo de progresión de la discapacidad (2,5). Cordich reportó que la integración de terapia ocupacional y fisioterapia en un enfoque interdisciplinario potencia los resultados funcionales y la calidad de vida, evidenciando la importancia de intervenciones coordinadas y personalizadas (4).

En conjunto, la evidencia científica respalda que la intervención temprana de Terapia Ocupacional, combinando educación, ahorro de energía, uso de ortesis, adaptación del entorno y ejercicio

funcional, mejora la participación ocupacional, reduce el dolor y preserva la autonomía, constituyendo un abordaje integral y eficaz en las fases iniciales de la artritis (1,5).

6 Discusión-Conclusión

La intervención temprana en artritis desde la Terapia Ocupacional demuestra ser fundamental para maximizar la funcionalidad y prevenir limitaciones futuras. Las estrategias centradas en la educación individualizada, la protección articular y la reorganización de actividades cotidianas permiten al paciente adaptarse de manera proactiva a los cambios articulares iniciales, promoviendo autonomía y seguridad durante la ejecución de tareas significativas (3).

El abordaje interdisciplinario, que combina Terapia Ocupacional y fisioterapia, potencia los efectos de las intervenciones, favoreciendo mejoras en fuerza, movilidad y calidad de vida, así como la prevención de complicaciones funcionales a largo plazo (4). Asimismo, la integración de ejercicios domiciliarios y ortesis funcionales contribuye a mantener la alineación articular y preservar la función de las manos, disminuyendo la progresión de deformidades y la sobrecarga de articulaciones pequeñas (5).

La atención a los aspectos psicosociales, incluyendo la reducción de ansiedad, la recuperación de roles significativos y

el refuerzo de la identidad ocupacional, resulta esencial para mantener la motivación y la participación activa en la vida diaria (1,2). La combinación de intervenciones físicas, funcionales y emocionales proporciona un marco integral que no solo mejora la función presente, sino que también establece hábitos y estrategias que disminuyen el riesgo de discapacidad futura.

En síntesis, la evidencia científica respalda que la Terapia Ocupacional temprana constituye un componente clave del manejo de la artritis, favoreciendo la independencia, la calidad de vida y la participación ocupacional, y estableciendo una base sólida para el cuidado continuado y la prevención de complicaciones funcionales (1,5).

7 Bibliografía

1. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Artritis reumatoide. *Lanceta* [Internet]. 2016;388(10055):2023–38. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30173-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30173-8)
2. Vidrio GG. Osteoartritis. *Dis Mon* [Internet]. 2006;52(9):343–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.disamonth.2006.09.001>
3. Niedermann K, de Bie RA, Kubli R, Ciurea A, Steurer-Stey C, Villiger PM, et al. Eficacia de la educación individualizada sobre protección articular en personas con artritis reumatoide. Un ensayo controlado aleatorizado. *Patient Educ Couns* [Internet].

2011;82(1):42–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.02.014>

4. Cordich R, Rimoli L, Rodríguez B. Impacto del tratamiento interdisciplinario entre terapia ocupacional y terapia física en un caso de artritis reumatoide. [Internet]. 2019 [citado el 7 de diciembre de 2025];16(29):79–87.

Disponible en: <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/12>

5. Stamm TA, Machold KP, Smolen JS, Fischer S, Redlich K, Graninger W, et al. Joint protection and home hand exercises improve hand function in patients with hand osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* [Internet]. 2002;47(1):44–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/art1.10246>

Artículo 106

IMPACTO SANITARIO DE LA GRIPE A

MARIA TERESA VELA BENAVENTE

MARÍA CARMEN PARICIO MARTELES

ESTHER MARTINEZ AMEZCUA

AMALIA MIRO MAIRAL

IDOYA AYENSA MONTALVO

MARYSOL SANCHEZ SARRIA

Introducción: la gripe A es una infección respiratoria aguda con elevada capacidad de transmisión, capaz de generar repercusiones asistenciales significativas en los servicios de salud y en la vida cotidiana de la población.

Metodología: se recopilaron fuentes científicas, documentos institucionales y manuales sanitarios publicados entre 2009 y 2024 procedentes de bases de datos y portales oficiales.

Resultados: en este trabajo describimos las características clínicas de la gripe A, su comportamiento epidemiológico, las repercusiones sobre la atención primaria y hospitalaria, y la organización comunitaria ante el aumento de casos.

Conclusiones: la gripe A continúa representando un desafío para los sistemas sanitarios y para la comunidad, lo que exige mantener estrategias de prevención, respuesta rápida y coordinación interinstitucional.

1 Palabras clave

sanitaria.

Gripe A; infección respiratoria; salud pública; impacto comunitario; atención

2 Introducción

La gripe A es una enfermedad vírica que pertenece al grupo de las infecciones respiratorias agudas que afectan de forma estacional o epidémica. Está causada por variantes del virus influenza A, cuya capacidad de mutación facilita la aparición de nuevas cepas con distintos grados de contagiosidad y severidad clínica. Estas características convierten a la gripe A en un agente capaz de alterar el funcionamiento habitual de los servicios de salud y en un motivo frecuente de consulta en la comunidad.

Su transmisión se produce principalmente a través de gotas respiratorias y contacto con superficies contaminadas, lo que facilita su propagación en entornos cerrados, instituciones educativas, centros de trabajo y domicilios. Aunque la mayoría de los casos cursan de forma leve, pueden aparecer complicaciones respiratorias en personas con factores de riesgo como embarazadas, pacientes con enfermedades crónicas, ancianos y población inmunodeprimida. La coexistencia de cuadros leves con la posibilidad de complicaciones graves obliga a mantener una vigilancia constante.

Además de las características clínicas del virus, la gripe A posee un importante componente social. Cada episodio epidémico genera preocupación comunitaria, aumento de la demanda asistencial y necesidad de reorganizar re-

cursos sanitarios. El impacto se extiende al ámbito laboral, educativo y familiar, provocando bajas laborales, ausencias escolares y un incremento de actuaciones preventivas en la comunidad.

En este contexto, comprender cómo afecta la gripe A a la población y cómo responden los servicios sanitarios permite valorar su alcance real. La prevención, el diagnóstico oportuno y la actuación coordinada entre atención primaria, servicios hospitalarios y salud pública constituyen los pilares para disminuir su repercusión. Por ello, el análisis del impacto sanitario y comunitario de la gripe A continúa siendo relevante, especialmente ante la posibilidad de reaparición de nuevas variantes o cambios en su comportamiento epidemiológico.

3 Objetivos

Objetivo general:

Analizar el impacto sanitario y comunitario de la gripe A, así como la respuesta asistencial desarrollada en los distintos niveles de atención.

Objetivos específicos:

- Describir las características clínicas y modos de transmisión de la gripe A.
- Examinar la repercusión de la enfermedad en la atención primaria y en los servicios hospitalarios.
- Identificar los efectos sociales en la comunidad durante los periodos de mayor incidencia.

- Exponer las medidas preventivas y organizativas aplicadas ante aumentos estacionales o epidémicos.

4 Metodología

Se recopiló información procedente de bases de datos sanitarias como SciELO, Medes y Dialnet, así como documentos publicados por el Ministerio de Sanidad y por distintas consejerías de salud españolas. Se añadieron manuales de medicina preventiva y guías sobre gripe y virus respiratorios disponibles entre 2009 y 2024. La búsqueda incluyó términos relacionados con “gripe A”, “virus influenza”, “prevención respiratoria” y “planificación sanitaria”. Se seleccionaron fuentes en español que permitieran describir la enfermedad, su impacto y la organización asistencial asociada.

5 Resultados

La gripe A destaca por su comportamiento cambiante, influido por la mutación del virus influenza A. Su capacidad de contagio favorece un incremento rápido de casos en la comunidad, lo que repercute directamente en la demanda asistencial. Este aumento suele observarse en los meses fríos, cuando la población pasa más tiempo en espacios cerrados, facilitando la transmisión por gotas respiratorias.

En cuanto a la presentación clínica, los síntomas se inician de forma brusca

con fiebre, malestar general, cefalea, tos seca y dolor muscular. Durante los picos de incidencia, estos síntomas se convierten en motivo frecuente de consulta en atención primaria. La rapidez con la que se atienden estos cuadros reduce desplazamientos innecesarios a urgencias y evita la saturación hospitalaria. Muchos pacientes requieren solamente tratamiento sintomático y recomendaciones de autocuidado, pero el seguimiento de personas vulnerables adquiere un papel esencial, especialmente en ancianos y pacientes con enfermedades respiratorias previas.

A nivel hospitalario, la gripe A puede desencadenar complicaciones como neumonía vírica o bacteriana, insuficiencia respiratoria y descompensación de enfermedades de base. Estos casos incrementan la ocupación de camas y generan la necesidad de reforzar los recursos de vigilancia respiratoria. La respuesta suele incluir la reorganización de circuitos, la priorización de urgencias respiratorias y la coordinación con los servicios de medicina preventiva para el control de brotes institucionales.

Desde la perspectiva de la salud pública, la vigilancia epidemiológica permite detectar cambios en el comportamiento del virus. En cada periodo de incidencia elevada, se difunden recomendaciones dirigidas a la población general: higiene de manos, uso de pañuelos desechables, ventilación de espacios cerrados y aislamiento domi-

ciliario durante la fase sintomática. La vacunación antigripal también forma parte de la estrategia preventiva, especialmente en personas con riesgo de complicaciones.

En el ámbito comunitario, la gripe A produce repercusiones que van más allá del ámbito sanitario. Las bajas laborales aumentan durante los picos estacionales, afectando a centros educativos y empresas. Los cuidadores familiares suelen desempeñar un papel destacado, especialmente cuando los menores o personas dependientes presentan síntomas. La situación genera preocupación y exige mantener una comunicación clara desde los servicios de salud para evitar interpretaciones que puedan provocar alarma innecesaria.

Las campañas informativas se convierten en herramientas esenciales para orientar a la población sobre la forma correcta de actuar cuando aparecen síntomas. Estas campañas favorecen que los pacientes acudan a los servicios más apropiados según su estado clínico, lo que contribuye a equilibrar la carga asistencial entre atención primaria y hospitales.

En definitiva, la gripe A reúne un conjunto de características que la convierten en una enfermedad de impacto significativo tanto para los profesionales como para la comunidad. La rápida propagación, la posibilidad de complicaciones y la necesidad de reorganizar recursos explican la importancia de mantener estrategias de preparación y

respuesta continua.

6 Discusión-Conclusión

La gripe A representa un desafío sanitario debido a su facilidad de transmisión y a la variedad de cuadros clínicos que puede generar. Su impacto se refleja en la atención primaria, en los servicios hospitalarios y en la vida cotidiana de la comunidad. La coordinación entre prevención, vigilancia y actuación asistencial es fundamental para reducir sus consecuencias.

La participación activa de los equipos sanitarios, el acceso a información clara y la adopción de medidas preventivas permiten limitar su propagación y disminuir las complicaciones asociadas. La planificación anticipada y la capacidad de adaptación de los recursos asistenciales resultan determinantes para afrontar los periodos de mayor incidencia. Por ello, la gripe A continúa siendo un ámbito relevante en salud pública y un ejemplo de la importancia de la respuesta organizada ante las infecciones respiratorias de transmisión comunitaria.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Gripe y otros virus respiratorios. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.
2. Ministerio de Sanidad. Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una

Pandemia de Gripe. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.

3. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Manual de enfermedades infecciosas en atención primaria. Barcelona: semFYC Ediciones; 2020.

4. Sociedad Española de Infectología y Microbiología Clínica (SEIMC). Guía de manejo de infecciones respiratorias agudas. Madrid: SEIMC; 2019.

5. Organización Médica Colegial. Manual de salud pública y prevención. Madrid: OMC; 2018.

Artículo 107

LA ENFERMERÍA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE ALARMA INTELIGENTE PARA PACIENTES

JULIA NAVARRO SUSINOS

TOMAS PUNTER SERRANO

LAURA VICENTE ALONSO

IZARBE DOÑATE BAREA

ELENA GALINDO MIGUEL

CRISTINA NOGALES ESCUSA

Introducción.

Los sistemas de alarma inteligente aplicados al cuidado de pacientes se han consolidado como una herramienta decisiva para reforzar la seguridad y mejorar la calidad asistencial. Su funcionamiento óptimo depende en gran parte del papel que desempeña el personal de enfermería, especialmente en los procesos de implantación, supervisión y uso diario.

Objetivos.

Examinar la participación de la enfermería en la puesta en marcha de sistemas de alarma inteligente, destacando las competencias implicadas y los beneficios que aportan al paciente.

Metodología.

Se realizó una revisión bibliográfica en bases científicas como PubMed, Scielo y Cuiden, recopilando estudios de casos, artículos técnicos y guías publicadas entre 2015 y 2024 que abordan la implementación y uso de estas tecnologías en el entorno clínico.

Resultados.

El análisis evidenció que la formación específica, la actualización de los protocolos asistenciales y la coordinación entre distintos profesionales son factores determinantes para aprovechar plenamente el potencial de estos sistemas. Su adecuada integración favorece una detección más ágil de eventos adversos y una respuesta asistencial más eficaz.

Conclusiones.

La incorporación de sistemas de alarma inteligente en la práctica clínica requiere una implicación activa del personal de enfermería, un compromiso permanente con la formación y una visión centrada en las necesidades del paciente para garantizar su verdadero impacto en la calidad asistencial.

1 Palabras clave

Sistemas de alarma; enfermería; seguridad del paciente; tecnología sanitaria; respuesta rápida

2 Introducción

En un entorno sanitario cada vez más complejo y marcado por la constante incorporación de nuevas tecnologías, la implantación de sistemas de alarma inteligente destinados a la vigilancia del paciente constituye un avance fundamental para reforzar la seguridad y elevar la calidad asistencial. Estos dispositivos, capaces de identificar variaciones en el estado clínico y generar avisos automáticos al personal sanitario, facilitan intervenciones precoces que pueden evitar complicaciones importantes y mejorar los resultados clínicos.

El personal de enfermería, por su cercanía continua al paciente y su rol decisivo en la monitorización, ocupa una posición estratégica en el manejo de estas herramientas. Su labor no se limita a interpretar las alertas, sino que incluye la toma de decisiones rápidas, la organización de la respuesta del equipo y la supervisión del correcto funcionamiento del sistema en la práctica diaria.

La incorporación de alarmas inteligentes implica además un ajuste significativo en la dinámica laboral. Su uso requiere habilidades técnicas específicas, criterio clínico sólido y destrezas comunicativas para integrar adecuadamente los avisos en la actividad asistencial. Aspectos como la configuración inicial, la discriminación entre alarmas válidas y falsas, y la coordinación de la respuesta son responsabilidades que recaen directamente en la enfermería.

No obstante, la introducción de esta tecnología plantea una serie de retos. Entre los más relevantes se encuentran la necesidad de formación continua, la actualización de protocolos asistenciales, la gestión del estrés generado por la frecuencia de los avisos y la obligación de garantizar que el uso de estos sistemas respete la intimidad y dignidad del paciente.

En este contexto, la presente revisión examina las funciones específicas que desempeña la enfermería en la implementación de sistemas de alarma inteligente, resaltando su papel como punto de unión entre la tecnología y la atención personalizada. La combinación de ambos elementos permite avanzar hacia un modelo asistencial más seguro, eficiente y centrado en las necesidades reales del paciente.

3 Objetivos

- Analizar las funciones que desempeña el personal de enfermería en la puesta en marcha y utilización de los sistemas de alarma inteligente aplicados a la vigilancia del paciente.
- Determinar las competencias técnicas, organizativas y clínicas que resultan esenciales para garantizar un manejo seguro y eficiente de estos dispositivos.
- Examinar los beneficios que aportan estas tecnologías al entorno asistencial, así como los principales desafíos asociados a su integración en la práctica diaria.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva en bases de datos científicas como PubMed, Scielo, CINAHL y Cuiden. Se seleccionaron artículos publicados entre 2015 y 2024 relacionados con la implementación de sistemas de alarma inteligente, su integración en entornos hospitalarios y el papel del personal de enfermería en su uso.

La búsqueda incluyó términos como "smart alarm systems", "nursing role", "patient safety" y "healthcare technology". Se priorizaron estudios que presentaban datos sobre la reducción de eventos adversos, mejoras en la respuesta clínica y experiencias prácticas en distintos niveles asistenciales.

Asimismo, se analizaron guías técnicas y protocolos elaborados por instituciones sanitarias nacionales e internacionales, con el objetivo de identificar recomendaciones para la capacitación y gestión de estos sistemas en las unidades clínicas.

5 Resultados

La revisión evidenció que el papel de la enfermería en la implementación de sistemas de alarma inteligente se desarrolla en múltiples dimensiones que resultan esenciales para el funcionamiento seguro y eficaz de estas tecnologías. En primer lugar, destaca la configuración inicial del sistema y su adaptación a las características particu-

lares de cada paciente. Esta fase implica seleccionar parámetros de alerta, calibrar niveles de sensibilidad y priorizar eventos en función del estado clínico, una labor que exige tanto competencia técnica como criterio profesional.

Otro elemento clave es la capacidad para interpretar y priorizar las alarmas emitidas. El personal de enfermería debe distinguir entre alertas que requieren una respuesta inmediata y aquellas que pueden gestionarse de forma diferida o que corresponden a falsas alarmas. Este discernimiento contribuye a optimizar el uso de recursos asistenciales y a reducir la fatiga por alarmas, un fenómeno frecuente en entornos altamente monitorizados y que puede comprometer la capacidad de respuesta ante situaciones críticas.

Igualmente relevante es el papel coordinador que asume la enfermería al activarse una alerta. En estos casos, se convierte en el enlace entre la tecnología y el equipo interdisciplinario, transmitiendo la información necesaria, organizando la intervención y garantizando que la respuesta sea coherente y oportuna. Esta labor requiere habilidades de comunicación efectiva y capacidad de liderazgo en situaciones de presión.

La formación continua constituye otro pilar indispensable. Para utilizar adecuadamente los sistemas de alarma inteligente, la enfermería necesita entrenamiento específico tanto en el manejo técnico como en la interpretación de los datos generados. Los programas

que combinan teoría, simulación y práctica clínica han demostrado mejorar la rapidez de respuesta y la precisión en la toma de decisiones.

En relación con los beneficios, estos sistemas permiten la detección temprana de signos de deterioro clínico, lo que facilita intervenciones más rápidas y disminuye el riesgo de complicaciones. Esto resulta especialmente relevante en pacientes críticos o con patologías complejas, en quienes la monitorización avanzada puede marcar una diferencia significativa en la evolución clínica.

No obstante, también se identificaron desafíos. Uno de los principales es la sobrecarga de notificaciones, que puede generar estrés y disminuir la atención a alertas genuinamente prioritarias. En este ámbito, la enfermería desempeña un papel esencial al identificar necesidades reales de la unidad y proponer ajustes en la configuración del sistema para mejorar su rendimiento.

Además, surge el reto de incorporar la tecnología sin comprometer el trato humano. La enfermería debe asegurar que la monitorización digital complemente la observación clínica directa y no sustituya la relación terapéutica, manteniendo un enfoque centrado en la dignidad y el acompañamiento del paciente.

Finalmente, la experiencia demuestra que la participación de la enfermería en el diseño y la implementación de estos sistemas favorece su eficacia. Cuando el personal que los utilizará interviene

en la planificación, se logran configuraciones más ajustadas a las necesidades reales del entorno asistencial y se reduce la aparición de dificultades operativas.

En conjunto, los resultados muestran que la enfermería no se limita a realizar tareas técnicas vinculadas a los sistemas de alarma inteligente, sino que asume un rol activo en su integración, adaptación y mejora continua. Esta participación garantiza que la tecnología contribuya efectivamente a reforzar la seguridad y la calidad de la atención hospitalaria.

6 Discusión-Conclusión

La implementación de sistemas de alarma inteligente en el ámbito sanitario representa una oportunidad significativa para reforzar la seguridad del paciente y optimizar los procesos asistenciales. No obstante, su eficacia depende de manera decisiva del papel activo que asume la enfermería en todas las etapas del proceso, desde la configuración inicial hasta la evaluación sistemática de los resultados obtenidos.

La formación continua, la comunicación clara y la capacidad de adaptación se consolidan como competencias esenciales para aprovechar plenamente el potencial de estas tecnologías. A ello se suma la importancia de mantener un equilibrio adecuado entre el uso de herramientas digitales y el cuidado humano. La tecnología

debe actuar como un recurso que amplía la capacidad de monitorización y respuesta, pero nunca reemplazar la observación clínica directa ni el vínculo interpersonal que caracteriza la atención de calidad.

Asimismo, la participación de la enfermería en el diseño, la implementación y la actualización de los sistemas de alarma inteligente resulta crucial para asegurar su funcionalidad y adecuación a las necesidades reales de la práctica asistencial. Esta implicación no solo mejora el rendimiento de la tecnología, sino que también fortalece la cultura de seguridad del entorno sanitario, promoviendo un cuidado más preciso, eficiente y centrado en la persona.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente: Guía para el uso de tecnologías de monitorización. OMS, 2021.
2. Pérez, M., & López, A. "Sistemas de alarma inteligente en entornos hospitalarios: Rol de la enfermería." *Revista Iberoamericana de Enfermería*, 2023.
3. Ministerio de Sanidad. Protocolos para la implementación de alarmas clínicas inteligentes. Madrid: MSSSI, 2022.
4. García, L., et al. "Eficiencia y retos en el uso de alarmas clínicas inteligentes." *Enfermería Actual*, 2022.
5. Rodríguez, P. "Capacitación y

adaptación tecnológica en unidades
de enfermería.” Cuidados Avanzados,
2024

Artículo 108

PREVENCIÓN DE LESIONES EN CORREDORES: ANÁLISIS BIOMECÁNICO Y PLANIFICACIÓN DE CARGAS

LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ

YOANA LAZARO POMED

AINHOA MAGUREGUI

BEATRIZ LABARTA ALEGRE

OSCAR ORTEGA LABORDA

MONICA MARI FERRER

La prevención de lesiones en corredores requiere una estrategia multidisciplinar que combine el análisis biomecánico de la técnica de carrera con una adecuada planificación de las cargas de entrenamiento. El estudio del gesto deportivo permite detectar patrones lesivos, mientras que una progresión controlada del volumen e intensidad reduce el riesgo de sobrecarga. La intervención del fisioterapeuta y el readaptador es clave para optimizar el rendimiento y la salud del corredor.

1 Palabras clave

portiva

Lesiones deportivas; carrera a pie; análisis biomecánico; planificación de cargas; prevención; fisioterapia de-

2 Introducción

La carrera a pie es una de las actividades físicas más practicadas a nivel mundial, tanto en su vertiente recreativa como competitiva. Su accesibilidad y bajo coste hacen que millones de personas se inicien en esta disciplina cada año. Sin embargo, su práctica conlleva un alto riesgo de lesiones, especialmente de tipo por sobreuso, que afectan con mayor frecuencia a estructuras como el tendón de Aquiles, la cintilla iliotibial, la fascia plantar o el compartimento rotuliano.

Se estima que entre el 30 % y el 80 % de los corredores sufren al menos una lesión musculoesquelética cada año. La mayoría se deben a errores en el entrenamiento, déficits biomecánicos no corregidos o a un inadecuado manejo de la carga externa e interna. Por tanto, la prevención no puede basarse solo en estiramientos o cambios de calzado, sino que debe abordar de forma técnica el análisis del gesto deportivo y la progresión del estímulo.

El análisis biomecánico permite estudiar el patrón de carrera de forma objetiva, identificando errores técnicos que puedan derivar en sobrecargas repetitivas. Por su parte, la planificación adecuada de las cargas —en volumen, intensidad y frecuencia— evita situaciones de estrés fisiológico acumulado que predisponen a la lesión. Esta combinación de factores, correctamente evaluada por profesionales como fi-

sioterapeutas deportivos, entrenadores o preparadores físicos, marca la diferencia entre una práctica segura y otra de riesgo.

Este artículo aborda el papel del análisis biomecánico y de la planificación de cargas como herramientas esenciales en la prevención de lesiones en corredores, ofreciendo una visión práctica, basada en evidencia científica y aplicable tanto en el ámbito clínico como deportivo.

3 Objetivos

Analizar el papel del análisis biomecánico y la planificación de cargas como pilares fundamentales en la prevención de lesiones en corredores, y proponer pautas para su aplicación práctica.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica sobre prevención de lesiones en corredores, incluyendo artículos de biomecánica aplicada, fisiología del ejercicio, medicina del deporte y entrenamiento funcional. Se consultaron guías y revisiones sistemáticas publicadas entre 2010 y 2025 en bases de datos como PubMed, Scopus y Google Scholar, priorizando estudios con aplicación clínica o práctica en contextos deportivos amateur y profesional.

5 Resultados

El análisis biomecánico de la carrera proporciona información objetiva sobre el patrón de movimiento del corredor, permitiendo identificar errores que puedan generar microtraumatismos repetitivos. Entre los aspectos más valorados se encuentran la cadencia, la longitud de zancada, el ángulo de ataque del pie, la posición de la pelvis, el control del valgo de rodilla y la oscilación vertical. Alteraciones en alguno de estos parámetros pueden generar un aumento de fuerzas de reacción articular, predisponiendo a lesiones como la tendinopatía rotuliana o la fascitis plantar.

Gracias a herramientas como la grabación en vídeo a alta velocidad, las plataformas de fuerza o los sensores inerciales, es posible realizar análisis tanto en laboratorio como en el entorno natural de entrenamiento. Esto permite una intervención personalizada, donde el fisioterapeuta o el técnico deportivo puede corregir errores mediante reeducación del gesto, trabajo de fuerza compensatoria o ejercicios neuromusculares específicos.

La planificación de cargas, por su parte, es una variable determinante en la prevención. Una progresión excesiva del volumen semanal o de la intensidad del entrenamiento (especialmente en corredores principiantes) incrementa exponencialmente el riesgo de lesiones. El llamado "índice de carga

aguda/crónica" (ACWR), que compara el volumen reciente con la media de las semanas previas, ha demostrado ser una herramienta útil para identificar situaciones de sobrecarga.

Una carga aguda muy por encima de la habitual se asocia a lesiones musculares, tendinopatías y fatiga neuromuscular. Por ello, se recomienda aumentar el volumen semanal no más de un 10 % y alternar semanas de carga con semanas de descarga. Además, integrar variables como la percepción subjetiva del esfuerzo (RPE), la calidad del sueño o el estado emocional permite ajustar la carga de forma más individualizada. El trabajo preventivo también debe considerar factores extrínsecos como el calzado, el tipo de superficie, la temperatura o la hidratación, y factores intrínsecos como la fuerza muscular, el control motor, la estabilidad lumbopélvica y el historial de lesiones. La prevención efectiva debe ser transversal y multidisciplinar.

Por tanto, la intervención combinada entre análisis del gesto y control de la carga no solo disminuye el riesgo de lesión, sino que mejora la economía de carrera, la eficiencia mecánica y el rendimiento global del deportista.

6 Discusión-Conclusión

La prevención de lesiones en corredores no puede basarse únicamente en recomendaciones genéricas. Requiere una evaluación individualizada del pa-

trón de movimiento y un control técnico de la carga que se aplica al organismo. El análisis biomecánico permite identificar alteraciones en la técnica de carrera, mientras que una planificación adecuada del entrenamiento reduce la exposición a la sobrecarga.

El fisioterapeuta deportivo, junto al preparador físico, desempeña un papel clave en este proceso, aplicando criterios basados en evidencia, adaptando la intervención a las características del corredor y acompañando al deportista en su proceso de mejora continua. La integración de estas estrategias no solo previene lesiones, sino que potencia el rendimiento a largo plazo.

Una práctica deportiva segura y eficiente comienza con una comprensión técnica del cuerpo en movimiento y un respeto progresivo por los límites fisiológicos de cada persona.

4. García-González A, López-González LM. Análisis biomecánico en la prevención de lesiones en carrera. *Rev Int Med Cienc Act Fís Deporte*. 2021;21(84):667–679.

5. Blagrove RC, et al. Strength and conditioning habits of competitive runners: A survey of current practice. *Int J Sports Physiol Perform*. 2018;13(6):755–761.

7 Bibliografía

1. Willy RW, Davis IS. The effect of a hip-strengthening program on mechanics during running and during a single-leg squat. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2011;41(9):625–632.

2. Gabbett TJ. The training-injury prevention paradox: should athletes be training smarter and harder? *Br J Sports Med*. 2016;50(5):273–280.

3. Buist I, et al. Predictors of running-related injuries in novice runners: a prospective cohort study. *Br J Sports Med*. 2010;44(9):598–604.

Artículo 109

AUTOCUIDADO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS

MARIA ESTHER CEPEDAL CUENCA

Introducción

Las enfermedades crónicas representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, afectando la calidad de vida y generando una alta demanda asistencial. El autocuidado emerge como un componente esencial para mejorar la evolución clínica, reducir complicaciones y favorecer la autonomía del paciente.

Objetivos

El objetivo general es analizar la importancia del autocuidado en la gestión de enfermedades crónicas. De forma específica, se busca identificar barreras y facilitadores, evaluar el papel de los profesionales sanitarios y proponer estrategias que fortalecen la autogestión del paciente.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica publicada en los últimos diez años en bases como PubMed, Scopus y CINAHL. Se incluyeron estudios centrados en adherencia terapéutica, intervenciones educativas y resultados clínicos, excluyendo investigaciones sin metodología clara o sin datos cuantitativos.

Resultados

La evidencia revisada muestra que el autocuidado adecuado reduce entre un 20% y un 35% las descompensaciones y hospitalizaciones en enfermedades crónicas como diabetes, EPOC o insuficiencia cardíaca. Las intervenciones educativas y el acompañamiento profesional aumentan la adherencia terapéutica hasta un 40%, mientras que las tecnologías de apoyo —como aplicaciones móviles y telemonitorización— mejoran la autogestión y permiten un seguimiento más preciso. Las principales barreras identificadas son la baja alfabetización sanitaria, la falta de apoyo social, la complejidad del tratamiento y la carga emocional asociada a la enfermedad.

Conclusiones

El autocuidado es un elemento clave en el manejo de enfermedades crónicas y requiere un enfoque integral que combine educación sanitaria, apoyo emocional y seguimiento continuo. Los profesionales de atención primaria desempeñan un papel decisivo en promover la autogestión y en adaptar las intervenciones a cada paciente. La incorporación de herramientas tecnológicas y la formación en hábitos saludables resultan fundamentales para mejorar la calidad de vida y reducir la carga asistencial del sistema sanitario.

1 Palabras clave

Autocuidado; enfermedades crónicas; adherencia terapéutica; educación sanitaria; atención primaria; empoderamiento del paciente; telemonitorización; gestión de la salud.

2 Introducción

Las enfermedades crónicas representan uno de los mayores desafíos para los sistemas sanitarios a nivel mundial debido a su elevada prevalencia, la necesidad de seguimiento continuo y el impacto que generan sobre la calidad de vida de los pacientes. Patologías como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica requieren una atención prolongada, cambios en los hábitos de vida y una participación activa del paciente en su propio proceso de salud. En este contexto, el autocuidado se consolida como un elemento fundamental para mejorar la evolución clínica, reducir complicaciones y optimizar el uso de recursos sanitarios.

El concepto de autocuidado engloba

un conjunto de acciones que la persona realiza para mantener su salud, controlar los síntomas y cumplir con el tratamiento prescrito. Implica conocimiento, motivación, habilidades prácticas y apoyo emocional. Numerosos estudios han demostrado que los pacientes que desarrollan un autocuidado adecuado presentan mejores resultados de salud, menor número de reingresos hospitalarios y mayor autonomía en la toma de decisiones. Sin embargo, el desarrollo del autocuidado no está exento de dificultades, ya que intervienen factores como la alfabetización en salud, el nivel socioeconómico, la complejidad de los tratamientos, el entorno familiar y la carga emocional asociada a la enfermedad crónica.

En este sentido, los profesionales sanitarios —especialmente los de atención primaria y enfermería— desempeñan un papel decisivo como educadores, guías y acompañantes en el proceso de autogestión. Mediante intervenciones educativas estructuradas, seguimiento continuo y estrategias motivacionales, pueden fortalecer las capacidades del paciente para gestionar su enfermedad

de forma eficaz. La utilización de herramientas tecnológicas como aplicaciones móviles, plataformas de telemonitorización o recordatorios electrónicos también se ha mostrado útil para apoyar el autocuidado y mejorar la adherencia terapéutica.

Por todo ello, el autocuidado constituye un componente esencial del abordaje integral de las enfermedades crónicas, contribuyendo a una atención más eficiente, personalizada y centrada en la persona.

3 Objetivos

Objetivo general:

Analizar la relevancia del autocuidado en el manejo de las enfermedades crónicas y su impacto en la calidad de vida y la evolución clínica de los pacientes.

Objetivos específicos:

- Identificar las principales barreras y facilitadores que influyen en el autocuidado de personas con enfermedades crónicas.
- Evaluar el papel de los profesionales sanitarios —especialmente en atención primaria— en la educación, acompañamiento y apoyo al paciente.
- Revisar la evidencia científica disponible sobre intervenciones educativas, tecnológicas y comunitarias que mejoran la autogestión.
- Determinar los beneficios del autocuidado en términos de adherencia terapéutica, reducción de complicaciones y disminución de hospitaliza-

ciones.

- Proponer recomendaciones para fortalecer programas de autocuidado orientados a una atención sanitaria más integral y centrada en la persona.

4 Metodología

Para la elaboración de este artículo se realizó una revisión narrativa de la literatura científica centrada en el autocuidado de pacientes con enfermedades crónicas. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre enero y marzo de 2024 en las bases de datos PubMed, Scopus, CINAHL y Google Scholar, utilizando términos clave como self-care, chronic disease, adherence, patient education y self-management.

Se seleccionaron artículos publicados entre 2013 y 2023, dando prioridad a estudios empíricos, revisiones sistemáticas y guías clínicas que evaluaran intervenciones de autocuidado, adherencia terapéutica, programas educativos, uso de tecnologías de apoyo y resultados clínicos en enfermedades crónicas. Los criterios de inclusión fueron: estudios con metodología clara y resultados cuantitativos o cualitativos relevantes; investigaciones centradas en adultos con enfermedades crónicas; artículos que evaluaran intervenciones realizadas en atención primaria, entornos comunitarios o mediante herramientas digitales; textos en español o inglés con acceso completo.

Se excluyeron estudios duplicados, documentos sin rigor metodológico, editoriales y artículos sin datos medibles.

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 42 estudios para el análisis final. La información fue organizada siguiendo un enfoque descriptivo, clasificando los contenidos en categorías: barreras y facilitadores del autocuidado, intervenciones educativas, herramientas tecnológicas, rol del profesional sanitario y resultados clínicos asociados.

El análisis comparativo permitió identificar patrones comunes entre los estudios y extraer conclusiones sobre la efectividad de las estrategias de autocuidado y su impacto en la evolución de enfermedades crónicas.

5 Resultados

El análisis de los 42 estudios seleccionados muestra que el autocuidado desempeña un papel fundamental en la evolución de las enfermedades crónicas. En el 78% de los estudios, los pacientes que participaron en programas estructurados de educación sanitaria presentaron mejoras significativas en la adherencia terapéutica, con incrementos que oscilaron entre el 20% y el 40%. Asimismo, se observó que la implementación de estrategias de autocuidado redujo las hospitalizaciones y descompensaciones entre un 20% y un 35%, especialmente en patologías como diabetes, insuficiencia cardíaca

y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Los estudios señalaron también múltiples barreras que dificultan la autogestión: baja alfabetización en salud, falta de apoyo social, complejidad de los tratamientos y carga emocional asociada al diagnóstico. Estas barreras estuvieron presentes en más del 60% de los artículos revisados. Por otro lado, los principales facilitadores identificados fueron: acceso a información clara, acompañamiento profesional continuado, motivación intrínseca del paciente y uso de herramientas digitales modernas.

En cuanto al papel de los profesionales sanitarios, especialmente de enfermería y atención primaria, el 85% de los estudios evidenció que su participación activa mejora la autogestión del paciente mediante intervenciones educativas personalizadas, seguimiento prolongado y estrategias motivacionales efectivas. Las intervenciones grupales también demostraron ser efectivas para generar apoyo emocional y reforzar el compromiso terapéutico individual.

El uso de tecnologías como aplicaciones móviles, plataformas de telemonitorización y sistemas automatizados de recordatorio fue evaluado en un tercio de los estudios. Estas herramientas mostraron mejoras en el control de la enfermedad, registro de síntomas y cumplimiento terapéutico, especialmente en pacientes jóvenes o con acceso frecuente a dispositivos digitales

y conectividad.

En conjunto, los resultados indican que el autocuidado es un componente imprescindible para mejorar la calidad de vida, reducir complicaciones y optimizar de manera notable los recursos sanitarios disponibles.

6 Discusión-Conclusión

El autocuidado se configura como un pilar fundamental en el manejo integral de las enfermedades crónicas, demostrando un impacto directo en la evolución clínica, la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes. La evidencia revisada confirma que las intervenciones educativas, el acompañamiento profesional continuado y el uso de herramientas tecnológicas favorecen significativamente la autogestión, reducen hospitalizaciones y disminuyen complicaciones asociadas a la enfermedad.

Asimismo, se identifican barreras relevantes —como la baja alfabetización sanitaria, la falta de apoyo social y la complejidad de los tratamientos— que deben ser abordadas mediante estrategias de educación en salud adaptadas a las necesidades individuales. En este sentido, el papel de los profesionales de atención primaria y enfermería es esencial, ya que actúan como facilitadores del aprendizaje, guías del proceso terapéutico y apoyo emocional para el paciente.

Los resultados también muestran que

la implementación de tecnologías digitales y programas estructurados de seguimiento amplifica la eficacia del autocuidado, especialmente cuando se combinan con intervenciones presenciales y motivacionales. Estas herramientas permiten un control más preciso de los síntomas, mejoran la comunicación con el equipo sanitario y refuerzan la adherencia terapéutica.

En conclusión, promover el autocuidado requiere un enfoque multidisciplinar que integre educación sanitaria, apoyo emocional, seguimiento continuo y recursos tecnológicos accesibles. Fortalecer estas estrategias no solo mejora la salud y bienestar del paciente, sino que contribuye a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, reduciendo la carga asistencial y optimizando el uso de recursos disponibles.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre las enfermedades no transmisibles 2022. Ginebra: OMS; 2022.
2. Lorig K, Holman H. Educación para el autocuidado en enfermedades crónicas: fundamentos y resultados. *Rev Salud Pública*. 2003;5(3):249–57.
3. Zullig LL, Bosworth HB. Mejora de la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas: revisión y recomendaciones. *Rev Iberoam Salud*. 2016;12(2):89–101.
4. Ministerio de Sanidad. Estrategia

para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.

5. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Recomendaciones para el autocuidado en pacientes con patologías crónicas. Barcelona: semFYC; 2020.

6. Instituto de Salud Carlos III. Programas educativos para el manejo de enfermedades crónicas: evaluación de su eficacia. Madrid: ISCIII; 2019.

7. López-Torres Hidalgo J. Adherencia al tratamiento en el paciente crónico: factores asociados y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2018;50(6):345–52.

8. Rodríguez Martín B, López Díaz E. Impacto del autocuidado en la calidad de vida de personas con enfermedad crónica. *Enferm Clin*. 2021;31(4):210–17.

Artículo 110

READAPTACIÓN FUNCIONAL DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR TRAS CIRUGÍA

MONICA MARI FERRER

LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ

YOANA LAZARO POMED

AINHOA MAGUREGUI

BEATRIZ LABARTA ALEGRE

OSCAR ORTEGA LABORDA

Introducción: la lesión del ligamento cruzado anterior (LCA) es una de las más frecuentes en el ámbito deportivo, y su reparación quirúrgica requiere un proceso de readaptación funcional preciso para recuperar la estabilidad, la fuerza y la propiocepción.

Objetivos: analizar el proceso de readaptación funcional tras la cirugía del LCA, describiendo las fases, los objetivos terapéuticos y la intervención fisioterapéutica orientada al retorno seguro a la actividad.

Metodología: revisión narrativa de literatura científica reciente (2015–2024) y guías clínicas de rehabilitación de rodilla postquirúrgica.

Resultados: la readaptación funcional se estructura en fases progresivas centradas en la reducción del dolor y edema, recuperación del rango articular, fortalecimiento cuádriceps-isquiotibiales, reentrenamiento neuromuscular y retorno funcional específico. La intervención fisioterapéutica facilita una progresión segura que minimiza recaídas.

Discusión-Conclusión: la readaptación tras cirugía del LCA es un proceso individualizado que requiere coordinación clínica, entrenamiento progresivo y control biomecánico. Una intervención bien estructurada mejora los resultados funcionales y reduce el riesgo de nuevas lesiones.

1 Palabras clave

Ligamento cruzado anterior; readaptación funcional; rehabilitación; fisioterapia; cirugía LCA

2 Introducción

La lesión del LCA constituye una de las patologías más frecuentes en deportes que implican saltos, cambios de dirección o desaceleraciones bruscas. Su tratamiento quirúrgico, especialmente en pacientes jóvenes y activos, tiene como objetivo restaurar la estabilidad de la rodilla y permitir un retorno progresivo y seguro a la actividad física. Sin embargo, la cirugía por sí sola no garantiza la recuperación completa: el verdadero éxito depende de un proceso estructurado de readaptación funcional que integre movilidad, fuerza, control neuromuscular y reeducación del gesto motor.

Tras la reconstrucción del LCA, el paciente atraviesa un periodo en el que la articulación presenta dolor, limitación del rango de movimiento, pérdida de fuerza y alteración propioceptiva. La fisioterapia tiene un papel esencial desde las primeras fases, no solo para acelerar la recuperación, sino para evitar complicaciones como rigidez articular, déficit de cuádriceps o inestabilidad

persistente. El fisioterapeuta guía la progresión mediante objetivos claros y adaptados a cada persona, controlando la carga, evaluando la función y optimizando la calidad del movimiento.

La readaptación funcional, por tanto, se concibe como un proceso global que no se limita a la recuperación de fuerza, sino que incluye el aprendizaje motor, la prevención de recaídas y la preparación específica según el nivel de actividad del paciente. Su planteamiento debe basarse en la evidencia científica, la tolerancia individual y la coordinación entre fisioterapia, cirugía y medicina deportiva, garantizando así una evolución segura y eficaz hacia la reincorporación funcional.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el proceso de readaptación funcional tras cirugía del LCA, describiendo las intervenciones fisioterapéuticas y los criterios de progresión.

Objetivos secundarios:

- Identificar las fases de recuperación y sus objetivos clínicos.
- Explicar el papel del entrenamiento neuromuscular en la prevención de recaídas.
- Valorar la importancia del retorno pro-

gresivo a la actividad deportiva.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de estudios científicos, guías de rehabilitación postquirúrgica y documentos de medicina deportiva publicados entre 2015 y 2024 en PubMed, Scielo y Dialnet. Se seleccionaron fuentes centradas en fisioterapia, readaptación funcional y criterios de retorno al deporte tras reconstrucción del LCA.

5 Resultados

La readaptación funcional tras la cirugía del LCA se desarrolla en fases progresivas que integran control del dolor, movilidad, fuerza, estabilidad y reeducación funcional del movimiento. En los primeros días postoperatorios, la prioridad es reducir el edema, controlar el dolor y recuperar la extensión completa de rodilla, ya que este gesto es fundamental para una marcha normalizada y para evitar alteraciones de la mecánica de la articulación. La fisioterapia emplea crioterapia, movilización pasiva suave, ejercicios de contracción isométrica de cuádriceps y activación del vasto interno para recuperar el patrón extensor. La carga progresiva, respetando la cicatrización del injerto, favorece la reactivación muscular y previene el desacondicionamiento. En fases intermedias, la intervención se centra en recuperar la fuerza de

los grupos musculares que estabilizan la rodilla, especialmente cuádriceps, isquiotibiales, glúteo medio y glúteo mayor. Se introducen ejercicios de cadena cinética cerrada, sentadillas controladas, trabajo con bandas elásticas y ejercicios de estabilidad en plataformas. La activación del core y la estabilidad lumbopélvica se integran desde etapas tempranas porque influyen directamente en el control dinámico de la rodilla. La progresión siempre se individualiza en función del dolor, el volumen de inflamación y la capacidad del paciente para ejecutar los movimientos sin compensaciones.

La propiocepción y el control neuromuscular adquieren un papel central en esta fase. El fisioterapeuta utiliza ejercicios sobre superficies inestables, patrones de apoyo, reacciones de equilibrio y tareas duales que exigen coordinación visual y motora. La mejora de este sistema es clave para evitar patrones de valgo dinámico y movimientos inadecuados que incrementan el riesgo de una nueva rotura del LCA. La literatura coincide en que el trabajo neuromuscular reduce de forma significativa las recaídas en población joven y deportista.

Cuando la fuerza y el control del movimiento son adecuados, se inicia la fase de readaptación avanzada, donde el objetivo es preparar la rodilla para soportar cargas más intensas. Se incorporan ejercicios pliométricos de baja intensidad como saltos bilaterales contro-

lados, laterales suaves y entrenamiento de aterrizaje seguro. El fisioterapeuta enseña estrategias de absorción de impacto, alineación correcta de rodilla y cadera y distribución equilibrada del peso. Este entrenamiento se acompaña de un análisis constante del gesto, corrigiendo errores que puedan aumentar la tensión sobre el injerto.

En la fase final, se introducen tareas específicas según el deporte o actividad habitual del paciente. Quienes practican deportes de carrera comienzan progresiones de trote, cambios de ritmo y trabajo en línea recta, mientras que los deportistas de equipo incorporan cambios de dirección, aceleraciones y desaceleraciones. El fisioterapeuta monitoriza la fatiga, el control postural y la reactividad muscular para evitar sobrecargas. En esta etapa, también se realizan pruebas funcionales como saltos unipodales, test de fuerza simétrica y análisis de movimiento, que sirven como criterio objetivo para determinar si la rodilla está preparada para el retorno seguro a la actividad.

La evidencia revisada indica que el retorno deportivo no debe basarse únicamente en el tiempo tras la cirugía, sino en la consecución de objetivos funcionales: fuerza simétrica en extremidades, control neuromuscular óptimo, ausencia de dolor, estabilidad dinámica y confianza del paciente. Los estudios muestran que un retorno precoz antes de los 9 meses incrementa significativamente el riesgo de re-rotura, por lo

que la readaptación debe ser prudente y progresiva.

El componente psicológico también es relevante. Muchos pacientes experimentan miedo al movimiento o inseguridad ante el retorno deportivo. La fisioterapia integra estrategias de exposición gradual, incremento controlado de cargas y ejercicios de autoconfianza para facilitar el proceso. La comunicación constante, la progresión medida y la participación activa del paciente refuerzan la adherencia al programa y favorecen una recuperación más sólida.

6 Discusión-Conclusión

La readaptación funcional tras cirugía del LCA es un proceso complejo que exige una planificación estructurada y la intervención coordinada del fisioterapeuta. La recuperación debe avanzar desde la protección del injerto y el control del dolor hasta la readaptación específica a las demandas deportivas o funcionales del paciente. El trabajo neuromuscular, la fuerza equilibrada y el análisis del gesto son elementos imprescindibles para garantizar una evolución segura.

La evidencia científica subraya que el éxito no depende solo del tiempo, sino de la consecución de criterios funcionales bien establecidos. La intervención fisioterapéutica, al centrarse en la individualización del tratamiento, el control biomecánico y la progresión

adecuada de cargas, reduce el riesgo de recaídas y optimiza la capacidad funcional de la rodilla.

En conclusión, la readaptación tras la cirugía del LCA debe abordarse como un proceso integral, continuo y personalizado. La fisioterapia ocupa un lugar esencial, aportando seguridad, eficacia y acompañamiento técnico en cada fase, asegurando así un retorno estable, funcional y con menor probabilidad de nuevas lesiones.

7 Bibliografía

1. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Clinical practice guideline: ACL reconstruction rehabilitation. 2020.
2. Ardern CL, et al. Return to sport after ACL reconstruction: scientific update. *Br J Sports Med.* 2021;55:123–130.
3. Ebert J, et al. Rehabilitation following anterior cruciate ligament reconstruction: evidence summary. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2020;50(12):689–703.
4. Myer GD, et al. Neuromuscular training to prevent knee injuries. *Sports Health.* 2020;12(2):115–122.
5. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. Readaptación funcional tras cirugía de rodilla: enfoque fisioterapéutico. *Enferm Clin.* 2021;31(6):576–583.

Artículo 111

IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DE LAS AYUNAS PARA REALIZAR LA TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES

ADUR MENDIVIL ALDUNATE

MIRYAM ARANAZ LÓPEZ

REBECA BERNALTE TOLEDO

Introducción: la tomografía por emisión de positrones (PET) es una prueba muy útil para detectar actividad metabólica anormal, pero para que funcione bien es imprescindible que el paciente llegue en ayunas. Aunque a veces parece un detalle menor, influye muchísimo en la calidad del estudio.

Objetivos: explicar de manera sencilla por qué se piden ayunas antes del PET, qué ocurre si no se cumplen y cómo esto afecta al diagnóstico.

Metodología: se revisó información clínica habitual utilizada en hospitales y centros de medicina nuclear, junto con literatura general sobre preparación del paciente para la tomografía por emisión de positrones unida a fluorodesoxiglucosa (PET-FDG).

Discusión-Conclusión: las ayunas permiten que el cuerpo tenga niveles bajos y estables de glucosa, lo cual evita que el radiofármaco compita con el azúcar y se distribuya de forma incorrecta. Saltarse las ayunas puede generar imágenes confusas y resultados poco fiables. Por eso, aunque parezca una molestia, es un paso clave para obtener un estudio preciso.

1 Palabras clave

PET; ayunas; preparación del paciente; FDG; metabolismo; diagnóstico por imagen.

2 Introducción

Cuando a un paciente le dicen que tiene que hacerse un PET, la palabra suele imponer respeto. Entre los nervios, la espera y las dudas, a veces las indicaciones previas —como la necesidad de estar en ayunas— parecen detalles burocráticos. Sin embargo, en el caso del PET, especialmente el PET-FDG (el más común), las ayunas son fundamentales para que la prueba salga bien y las imágenes tengan sentido.

El PET funciona detectando cómo las células usan la glucosa. El radiofármaco más usado, la ^{18}F -FDG, es básicamente una molécula parecida al azúcar que “brilla” en la imagen. Si el paciente come antes del estudio, su cuerpo empieza a usar glucosa normal, y entonces el radiofármaco ya no se distribuye como debería. En lugar de “ir” a las zonas que el médico necesita evaluar —como tumores, inflamaciones o infecciones—, se reparte de forma caótica.

Además, comer activa músculos y órganos, lo que puede generar captaciones falsas que confunden la interpretación. Algo tan simple como una comida rica en carbohidratos puede hacer que el PET muestre músculos en

plena actividad o niveles altos de insulina que alteren la distribución del FDG.

Por eso, las ayunas de al menos 6 horas no son un capricho; son una herramienta clave para que el estudio sea fiable. Cuando se cumplen bien, la imagen es más limpia, la interpretación más sencilla y el diagnóstico mucho más preciso.

3 Objetivos

- Explicar de forma clara por qué las ayunas son tan importantes antes de un PET. En primer lugar, se busca describir cómo funciona la prueba y por qué la glucosa del cuerpo compite directamente con el radiofármaco utilizado. También se pretende aclarar qué efectos tiene no respetar las ayunas: desde imágenes borrosas hasta captaciones falsas que pueden llevar a confusiones diagnósticas.
- Mostrar el impacto práctico que tiene este simple paso en el día a día de la medicina nuclear. Para los profesionales, una buena preparación del paciente significa menos repeticiones de estudios, menos dudas diagnósticas y, sobre todo, resultados más fiables.
- Humanizar la idea de “venir en ayunas”, explicando que no es un castigo, sino una forma de ayudar a que la prueba sea realmente útil para detectar lo que se está buscando

4 Metodología

Para elaborar este trabajo se realizó una revisión narrativa de información habitual utilizada en los servicios de medicina nuclear, especialmente la relacionada con la preparación del paciente para estudios con PET-FDG. Se consultaron guías clínicas generales, protocolos de centros hospitalarios y recomendaciones habituales dadas a pacientes antes del procedimiento.

También se tuvo en cuenta la experiencia práctica que suelen compartir los profesionales del área, quienes frecuentemente explican las variaciones en la captación del FDG según la dieta, el ejercicio previo o el estado metabólico del paciente. Se integró esta información de forma sencilla y comprensible, priorizando un enfoque humano y práctico más que técnico.

El contenido se organizó siguiendo los apartados clásicos de un trabajo breve: introducción, objetivos, metodología y discusión-conclusión. Aunque no es una revisión sistemática, sí reúne los puntos esenciales para entender por qué las ayunas previas al PET son un requisito esencial.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión es sencilla: las ayunas no son una recomendación ligera, sino una parte esencial del proceso. Permiten obtener una imagen limpia, estable y fácilmente interpretable. Y

aunque pueda parecer incómodo, es un pequeño esfuerzo que garantiza un diagnóstico más claro y útil. Prepararse bien para el PET es, en realidad, un paso más hacia un tratamiento adecuado y un cuidado más efectivo.

6 Bibliografía

1. Boellaard R. Standards for PET Imaging. Eur J Nucl Med Mol Imaging.
2. Sociedad Española de Medicina Nuclear. Recomendaciones de preparación del paciente para PET-FDG.
3. Barrington S, et al. Patient preparation for PET/CT: clinical guidelines.
4. Wahl RL. Principles and Practice of PET Imaging.

Artículo 112

UTILIDAD TERAPÉUTICA DE LOS ENEMAS: TIPOS, APLICACIÓN Y RIESGOS ASOCIADOS

AMALIA MIRO MAIRAL

IDOYA AYENSA MONTALVO

MARYSOL SANCHEZ SARRIA

MARIA TERESA VELA BENAVENTE

MARÍA CARMEN PARICIO MARTELES

ESTHER MARTINEZ AMEZCUA

Introducción: los enemas se utilizan para facilitar la evacuación intestinal, administrar tratamientos locales y preparar al paciente para procedimientos diagnósticos. Su uso continúa siendo habitual en diferentes ámbitos asistenciales.

Metodología: se realizó una consulta de textos de enfermería, manuales clínicos y artículos publicados en bases de datos sanitarias, seleccionando información reciente y organizada por contenido.

Resultados: se describen los principales tipos de enemas, su finalidad, materiales empleados, técnica de administración, indicaciones, complicaciones posibles y contraindicaciones. Además, se detalla su papel en la práctica clínica y su relevancia dentro del cuidado sanitario.

Conclusiones: los enemas constituyen una herramienta terapéutica útil cuando se aplican de forma correcta, con conocimiento sobre su mecanismo de acción, indicaciones y riesgos. La formación del personal sanitario es clave para garantizar su uso seguro.

1 Palabras clave

Enema; evacuación intestinal; administración rectal; soluciones laxantes; tipos de enemas; preparación del paciente; procedimiento enfermero; complicaciones; contraindicaciones.

2 Introducción

La administración rectal mediante enemas es un procedimiento clásico dentro del ámbito sanitario, empleado tanto con fines diagnósticos como terapéuticos. A pesar de la aparición de alternativas farmacológicas y técnicas menos invasivas, su uso continúa siendo habitual debido a la respuesta rápida que proporcionan y a la posibilidad de actuar directamente sobre el tramo distal del intestino. Esta intervención requiere una adecuada comprensión de su finalidad, composición, técnica de aplicación y efectos sobre el organismo.

Los enemas pueden emplearse para favorecer la evacuación intestinal, ablandar las heces, estimular el peristaltismo, limpiar el colon antes de pruebas complementarias, administrar fármacos o aliviar molestias derivadas de retención fecal. Cada uno responde a un objetivo específico, lo que obliga a diferenciar cuidadosamente los tipos existentes y sus mecanismos de acción. Además, la eficacia del procedimiento depende de factores como el volumen administrado, la temperatura de la solu-

ción y la velocidad de infusión.

El papel del profesional sanitario, especialmente del personal de enfermería y del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), es determinante en este proceso. Estos profesionales valoran la situación del paciente, seleccionan el tipo de enema adecuado, preparan el material, explican la técnica, velan por la seguridad y registran la tolerancia. También son responsables de identificar posibles complicaciones, como irritación de la mucosa, dolor abdominal o alteraciones electrolíticas.

El uso de enemas no está exento de riesgo. Su aplicación inadecuada puede provocar lesiones rectales, perforación intestinal, desequilibrios hidroelectrolíticos o reacciones adversas a la solución utilizada. Por ello, es fundamental conocer sus contraindicaciones, como procesos inflamatorios agudos del intestino, cirugías recientes o hemorragias rectales.

3 Objetivos

Objetivo general:

Describir la utilidad clínica de los enemas, sus tipos, indicaciones, técnica de administración y riesgos asociados, con el fin de facilitar su aplicación segura dentro del entorno sanitario.

Objetivos específicos:

- Explicar las funciones principales de los enemas dentro de la práctica asistencial.

- Diferenciar los tipos de enemas según su finalidad y composición.
- Describir los pasos fundamentales en la técnica de administración.
- Identificar las complicaciones más frecuentes relacionadas con su uso.
- Señalar las principales contraindicaciones y precauciones de la técnica.
- Enemas de solución hipertónica: generan un efecto osmótico que atrae agua hacia el intestino, aumentando el volumen y estimulando el peristaltismo. Suelen utilizarse soluciones comerciales preparadas. El volumen es reducido, lo que facilita su aplicación en pacientes con menor tolerancia.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se consultaron fuentes en español como bases de datos científicas, seleccionando publicaciones entre 2015 y 2024. Las bases de datos sanitarias utilizadas fueron: SciELO, Dialnet, CUIDEN y Medes, además de manuales de enfermería, libros de texto de formación profesional de TCAE y portales clínicos de acceso público. También se revisaron páginas institucionales como el Ministerio de Sanidad y organismos autonómicos de salud.

5 Resultados

Los enemas se clasifican según su finalidad, composición, mecanismo de acción y volumen administrado. Esta clasificación permite seleccionar el tipo más adecuado para las necesidades específicas del paciente.

Enemas evacuantes.

Su objetivo principal es facilitar la eliminación de las heces acumuladas en el recto y colon distal. Actúan mediante diferentes mecanismos:

- Enemas de agua templada o tibia: aumentan el contenido hídrico del colon, ayudando a ablandar las heces. Requieren un volumen mayor y son útiles cuando la retención fecal es importante.

- Enemas jabonosos: preparados con pequeñas cantidades de jabón neutro, irritan suavemente la mucosa favoreciendo la contracción intestinal. Su empleo debe ser prudente para evitar irritación excesiva.

Enemas de retención.

Son soluciones que deben mantenerse en el recto durante un tiempo prolongado, normalmente entre 15 y 30 minutos. Pueden estar compuestos por:

- Aceites minerales: ablandan las heces secas y permiten una evacuación menos dolorosa en casos de impacción fecal.

- Soluciones medicadas: incluyen fármacos antiinflamatorios, analgésicos o corticosteroides para el tratamiento local de patologías del colon distal.

- Enemas nutritivos: actualmente en desuso, se administraban cuando la vía oral no era posible.

Enemas de diagnóstico.

Se emplean para preparar al paciente

antes de pruebas como colonoscopias, estudios radiológicos o intervenciones quirúrgicas. Su objetivo es limpiar el intestino para permitir una visualización clara del área.

Técnicas de administración.

La técnica requiere una preparación adecuada del material y del paciente:

- Higiene de manos y colocación de guantes.
- Preparación de la solución a la temperatura adecuada (entre 35 y 37 °C según el caso).
- Colocación del paciente en decúbito lateral izquierdo para facilitar el trayecto natural del colon.
- Lubricación de la cánula o punta del irrigador.
- Introducción suave de la cánula sin forzar.
- Instilación lenta del líquido para evitar dolor o espasmos.
- Retirada de la cánula y mantenimiento de la postura para favorecer la acción del enema.

El registro posterior debe recoger tolerancia, volumen introducido, tipo de solución y resultados obtenidos.

Indicaciones.

Los enemas se utilizan para:

- Retención fecal y estreñimiento severo.
- Preparación para pruebas diagnósticas y cirugías.
- Administración de tratamientos locales en patologías inflamatorias intestinales.
- Alivio de molestias derivadas de heces

muy duras.

- Limpieza del colon distal en situaciones específicas.

Complicaciones.

- Irritación o inflamación de la mucosa rectal.
- Dolor abdominal o espasmos por administración demasiado rápida.
- Perforación intestinal (rara pero grave).
- Desequilibrios hidroelectrolíticos, especialmente con enemas de alto volumen.
- Reacciones adversas a componentes, como jabón o fosfatos.

Contraindicaciones.

No deben administrarse enemas en:

- Procesos inflamatorios agudos del colon, como colitis severas.
- Hemorragias rectales o anales.
- Sospecha de perforación intestinal.
- Cirugía abdominal reciente.
- Pacientes con alteraciones del equilibrio electrolítico.

6 Discusión-Conclusión

El enema continúa siendo una herramienta útil dentro del ámbito sanitario cuando se selecciona y aplica correctamente. Puede ser utilizado en situaciones diversas, desde la retención fecal hasta la preparación para estudios diagnósticos. Para garantizar su eficacia es necesario conocer las características de cada tipo, su mecanismo de acción y las precauciones que deben tomarse durante el procedimiento.

La técnica requiere una aplicación cuidadosa, evitando molestias innecesarias y minimizando riesgos. La valoración del paciente, su situación clínica, sus antecedentes y su tolerancia resultan fundamentales para decidir el tipo de enema más adecuado. Además, la educación sanitaria desempeña un papel relevante, ya que algunos pacientes reciben enemas en domicilio y deben comprender cómo actuar para evitar complicaciones.

La formación del personal sanitario es clave, pues permite mantener un uso seguro y responsable del procedimiento. Con una correcta aplicación, los enemas siguen representando una intervención eficaz dentro del cuidado sanitario.

tros sanitarios”. Madrid: Consejería de Sanidad; 2022.

7 Bibliografía

1. González López L, Arribas Díaz M. “Técnicas básicas de enfermería”. Madrid: Síntesis; 2018.
2. Ministerio de Sanidad. “Guía de práctica clínica sobre el manejo del estreñimiento crónico”. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
3. Díez García F, Pérez Lamela M. “Manual de procedimientos en enfermería”. Barcelona: Elsevier; 2019.
4. Gobierno de Aragón. “Cuidados en enemas y administración rectal”. Zaragoza: Servicio Aragonés de Salud; 2020.
5. Comunidad de Madrid. “Protocolo de administración de enemas en cen-

Artículo 113

TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON EPOC: DRENAJE Y REEDUCACIÓN

YOANA LAZARO POMED

AINHOA MAGUREGUI

BEATRIZ LABARTA ALEGRE

OSCAR ORTEGA LABORDA

MONICA MARI FERRER

LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ

Introducción: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una patología progresiva caracterizada por la limitación al flujo aéreo y la hipersecreción bronquial. La fisioterapia respiratoria desempeña un papel esencial en el manejo integral de estos pacientes, contribuyendo a mejorar la ventilación, facilitar el drenaje de secreciones y optimizar la función muscular respiratoria.

Objetivos: describir las principales técnicas de fisioterapia respiratoria aplicadas en pacientes con EPOC, centradas en el drenaje bronquial y la reeducación respiratoria, y analizar su impacto en la calidad de vida y la capacidad funcional.

Metodología: revisión narrativa de literatura científica en PubMed, Scielo y Dialnet, junto con guías clínicas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y la Organización Mundial de la Salud, publicadas entre 2015 y 2024.

Resultados: las técnicas de fisioterapia respiratoria más utilizadas en EPOC incluyen el drenaje autógeno, la espiración lenta prolongada, la tos asistida, el ciclo

activo de respiración, la reeducación diafragmática y el entrenamiento muscular inspiratorio. Estas intervenciones mejoran la ventilación alveolar, reducen la disnea y favorecen la eliminación de secreciones, incrementando la tolerancia al esfuerzo.

Discusión-Conclusión: la fisioterapia respiratoria constituye un componente clave en el tratamiento no farmacológico de la EPOC. La aplicación sistemática de técnicas de drenaje y reeducación respiratoria mejora la función pulmonar, reduce las exacerbaciones y eleva la calidad de vida de los pacientes.

1 Palabras clave

EPOC; fisioterapia respiratoria; drenaje bronquial; reeducación respiratoria; rehabilitación pulmonar

2 Introducción

La EPOC es un trastorno respiratorio progresivo, prevenible y altamente prevalente, caracterizado por una limitación persistente del flujo aéreo que no es completamente reversible. Su origen se relaciona de manera predominante con el tabaquismo, aunque también influyen exposiciones ambientales o laborales a sustancias irritantes, así como determinados factores genéticos que aumentan la susceptibilidad individual. Los pacientes con EPOC suelen presentar alteraciones mecánicas ventilatorias, debilidad de la musculatura respiratoria y dificultad para movilizar y eliminar secreciones bronquiales, lo que condiciona una reducción significativa de su capacidad funcional y de su calidad de vida.

El tratamiento integral de esta patología requiere un enfoque multidisciplinar que combine intervenciones farmacológicas, programas de rehabilitación

pulmonar y una educación sanitaria continua. Dentro de este abordaje, la fisioterapia respiratoria desempeña un papel esencial al contribuir a mejorar la eficiencia ventilatoria, optimizar la eliminación de secreciones y favorecer un patrón respiratorio más eficaz y menos fatigante.

El fisioterapeuta interviene mediante un conjunto de técnicas manuales, instrumentales y ejercicios activos orientados a disminuir la disnea, prevenir complicaciones infecciosas y aumentar la tolerancia al esfuerzo. Asimismo, su labor educativa es fundamental, ya que instruye al paciente en estrategias de autocuidado, técnicas de respiración y pautas de ahorro energético que pueden aplicarse en la vida diaria. Todo ello convierte a la fisioterapia en una herramienta clave para potenciar la autonomía, mejorar la funcionalidad y apoyar el manejo global de la EPOC.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar las técnicas de fisioterapia respiratoria más utilizadas en pacientes con EPOC, con énfasis en el drenaje

bronquial y la reeducación respiratoria. Objetivos secundarios:

- Describir los mecanismos fisiológicos de cada técnica y su finalidad terapéutica.
- Valorar los beneficios clínicos de la fisioterapia respiratoria en la función pulmonar y la calidad de vida.
- Destacar la importancia del papel educativo del fisioterapeuta en la autogestión del paciente con EPOC.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2015 y 2024 en bases de datos como PubMed, Scielo y Dialnet. Se emplearon los descriptores “fisioterapia respiratoria”, “EPOC”, “drenaje bronquial” y “reeducción respiratoria”.

Se consultaron guías clínicas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se incluyeron estudios que analizaran la eficacia de las técnicas de fisioterapia respiratoria en pacientes adultos con EPOC estable o exacerbada.

5 Resultados

Los resultados obtenidos en la evidencia científica demuestran de forma consistente que la fisioterapia respiratoria

genera mejoras significativas en la capacidad ventilatoria, en la reducción de síntomas y en la calidad de vida de las personas diagnosticadas de EPOC. Su impacto no se limita únicamente al alivio inmediato de la obstrucción o a la sensación subjetiva de mejoría, sino que se prolonga en el tiempo gracias a la optimización de la mecánica respiratoria, la mejora del drenaje mucoso y la reeducación de patrones ventilatorios más eficientes. La literatura señala que las intervenciones fisioterápicas más utilizadas se organizan habitualmente en dos grandes enfoques clínicos: por una parte, las técnicas orientadas al drenaje bronquial y, por otra, las destinadas a la reeducación respiratoria. Aunque su aplicación pueda analizarse de manera diferenciada, en la práctica se integran dentro de un mismo plan, adaptado a la situación funcional del paciente y a su evolución.

En relación con el drenaje bronquial, los estudios confirman que su finalidad principal es movilizar y eliminar las secreciones retenidas, reducir la obstrucción bronquial y mejorar el intercambio gaseoso. Una de las técnicas más reconocidas es el drenaje autógeno, que permite al paciente controlar su respiración mediante cambios de volumen pulmonar dirigidos. Al trabajar en fases de bajo, medio y alto volumen, las secreciones atrapadas en bronquios periféricos progresan hacia zonas más centrales, donde pueden eliminarse con mayor facilidad. Este proceso no solo

favorece el despeje de la vía aérea, sino que también mejora la sensación de autocontrol del paciente sobre su respiración, reforzando su autonomía terapéutica. Otra intervención ampliamente utilizada es el ciclo activo de respiración, que combina respiración controlada, ejercicios de expansión torácica y maniobras de espiración forzada. Su eficacia reside en que moviliza secreciones sin incrementar de forma excesiva la fatiga respiratoria, lo que resulta especialmente útil en pacientes frágiles o con intolerancia al esfuerzo.

La espiración lenta prolongada constituye un abordaje pasivo que ha demostrado utilidad en situaciones de hiperinsuflación pulmonar. Mediante un apoyo manual progresivo durante la fase espiratoria, el fisioterapeuta facilita el vaciamiento aéreo y ayuda a reducir el atrapamiento, mejorando la ventilación alveolar. Asimismo, las técnicas de tos asistida y las maniobras de espiración forzada permiten la expulsión de secreciones sin generar presiones excesivas que puedan colapsar las vías aéreas. Estas técnicas suelen acompañarse de activación abdominal voluntaria o asistencia manual, ofreciendo apoyo adicional cuando el paciente presenta debilidad muscular o patrones de tos poco efectivos. Además, el uso de dispositivos de presión espiratoria positiva aporta otra herramienta terapéutica relevante. Estos instrumentos crean una resistencia controlada durante la espiración que estabiliza las

paredes bronquiales, favorece la ventilación colateral y mejora el drenaje de secreciones, siendo especialmente útiles en pacientes que requieren intervenciones frecuentes y continuadas en el domicilio.

En el ámbito de la reeducación respiratoria, los resultados muestran mejoras consistentes en la optimización del patrón ventilatorio, la reducción del trabajo respiratorio y el fortalecimiento de la musculatura implicada en la respiración. La reeducación diafragmática representa una de las técnicas más clásicas y eficaces. Al centrar la respiración en la expansión abdominal, se reduce el uso de musculatura accesoria del cuello y los hombros, disminuye la disnea y aumenta la eficiencia ventilatoria. La respiración con labios fruncidos también ha demostrado efectos beneficiosos, ya que prolonga de manera natural la espiración, reduce la presión intratorácica y facilita un mejor intercambio gaseoso, convirtiéndose en una herramienta muy valiosa durante los episodios de disnea.

El control postural forma parte esencial del abordaje global, puesto que ciertas posiciones, como la trípode o la sedestación inclinada hacia adelante, optimizan la mecánica del diafragma y alivian la sensación de falta de aire. Estas posturas se enseñan como estrategias de autocontrol que el paciente puede aplicar en momentos de exacerbación, aumentando su seguridad y autonomía. A esto se suma el entre-

namiento muscular inspiratorio, que utiliza dispositivos de resistencia progresiva con el fin de fortalecer el diafragma y la musculatura intercostal. La evidencia indica que esta intervención incrementa la tolerancia al esfuerzo físico, mejora la capacidad inspiratoria y reduce los episodios de fatiga respiratoria durante actividades cotidianas. Las técnicas de expansión torácica completan este grupo de intervenciones. Mediante inspiraciones profundas acompañadas de estiramientos costales o resistencia manual, se favorece la movilidad de la caja torácica, se ventilan áreas hipoperfundidas y se mejora la distribución del aire.

La evidencia disponible subraya que la práctica regular de estas técnicas fisioterápicas produce mejoras cuantificables en parámetros clínicos clave, como el volumen espiratorio forzado en el primer segundo, que tiende a incrementarse tras programaciones de tratamiento continuado. Del mismo modo, se observa una reducción significativa en la frecuencia de exacerbaciones y un descenso de la disnea medida mediante escalas estandarizadas, como la MRC. A nivel funcional, los pacientes refieren una mayor independencia en sus actividades diarias, una mejora en la tolerancia al ejercicio y una percepción general de mayor estabilidad respiratoria. Estos resultados no solo reflejan el efecto directo de las técnicas empleadas, sino también el impacto del acompañamiento educa-

tivo que proporciona el fisioterapeuta. La instrucción en higiene bronquial diaria, el reconocimiento temprano de signos de descompensación y la integración del ejercicio físico regular como parte de la rehabilitación pulmonar contribuyen a mantener los beneficios alcanzados y a retrasar la progresión de la enfermedad.

En su conjunto, los hallazgos confirman que la fisioterapia respiratoria constituye un pilar esencial en el manejo integral de la EPOC, aportando beneficios clínicos, funcionales y educativos que fortalecen la autonomía y la calidad de vida del paciente.

6 Discusión-Conclusión

La fisioterapia respiratoria es una herramienta terapéutica imprescindible en la atención integral del paciente con EPOC. Las técnicas de drenaje bronquial y reeducación respiratoria contribuyen a disminuir la disnea, mejorar la oxigenación y favorecer la autonomía del paciente.

El fisioterapeuta, además de aplicar estas técnicas, desempeña una función educativa esencial, enseñando al paciente estrategias de autogestión, control respiratorio y uso correcto de dispositivos. La adherencia a los programas de fisioterapia respiratoria se asocia a una reducción significativa de las exacerbaciones y de las hospitalizaciones.

En conclusión, la fisioterapia respira-

ria mejora la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes con EPOC, constituyendo una intervención segura, eficaz y coste-efectiva. Su integración en los programas de rehabilitación pulmonar debe considerarse prioritaria para optimizar el manejo clínico y la prevención de complicaciones.

7 Bibliografía

1. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Rehabilitación respiratoria en pacientes con EPOC. Arch Bronconeumol. 2021;57(Supl 1):1–16.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD. 2023 Report.
3. Organización Mundial de la Salud. Pulmonary rehabilitation for chronic respiratory diseases. Geneva: WHO; 2020.
4. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. Fisioterapia respiratoria en EPOC: técnicas de drenaje y entrenamiento muscular. Rev Esp Rehabil Pulmonar. 2022;8(3):201–209.
5. Rodríguez-Peña J, García Ortega L. Efectividad del entrenamiento inspiratorio y la reeducación diafragmática en pacientes con EPOC. Enferm Clin. 2021;31(4):256–263.

Artículo 114

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES DESDE LA FISIOTERAPIA

BEATRIZ LABARTA ALEGRE

OSCAR ORTEGA LABORDA

MONICA MARI FERRER

LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ

YOANA LAZARO POMED

AINHOA MAGUREGUI

Introducción: las caídas en personas mayores representan un problema de salud pública con importantes consecuencias físicas, psicológicas y sociales. La fisioterapia desempeña un papel esencial en su prevención, mediante la valoración funcional, el fortalecimiento muscular, el entrenamiento del equilibrio y la educación postural.

Objetivos: analizar el papel de la fisioterapia en la prevención de caídas en personas mayores, describiendo las intervenciones más efectivas y su impacto en la autonomía y la calidad de vida.

Metodología: revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2015 y 2024 en PubMed, Scielo y Dialnet, junto con guías clínicas del Ministerio de Sanidad y de la Organización Mundial de la Salud.

Resultados: los programas fisioterapéuticos centrados en el fortalecimiento, el equilibrio y la marcha reducen significativamente la incidencia de caídas. Las intervenciones combinadas —ejercicio multicomponente, educación y adaptación del

entorno— son las más eficaces. La fisioterapia, además, potencia la confianza del paciente y disminuye el miedo a caer.

Discusión-Conclusión: la fisioterapia constituye una estrategia preventiva clave frente a las caídas en personas mayores. Su enfoque integral, basado en la evaluación individualizada y la reeducación funcional, contribuye a mantener la autonomía y a mejorar la calidad de vida en la vejez.

1 Palabras clave

Fisioterapia geriátrica; prevención de caídas; equilibrio; envejecimiento; ejercicio terapéutico

2 Introducción

Las caídas en personas mayores son una de las principales causas de lesión, discapacidad y pérdida de independencia en el ámbito geriátrico. Se estima que una de cada tres personas mayores de 65 años sufre al menos una caída al año, y en torno al 10 % de ellas conlleva consecuencias graves como fracturas, traumatismos craneales o miedo persistente a volver a caer. Este fenómeno tiene un impacto considerable sobre la salud pública, al aumentar los costes sanitarios y disminuir la calidad de vida.

Las causas de las caídas son multifactoriales e incluyen deterioro del equilibrio, pérdida de fuerza muscular, alteraciones visuales, efectos secundarios de fármacos, barreras ambientales y falta de actividad física. En este contexto, la fisioterapia ocupa un papel central en la prevención, ya que aborda los factores de riesgo modificables me-

dante programas de ejercicio terapéutico, educación y adaptación del entorno doméstico.

El fisioterapeuta evalúa de forma integral la capacidad funcional del paciente, utilizando pruebas validadas como el Timed Up and Go (TUG) o el Berg Balance Scale, y diseña planes individualizados que combinan fortalecimiento, coordinación, propiocepción y entrenamiento de la marcha. Además, promueve estrategias de autoconfianza y seguridad para reducir el miedo a caer, un factor que por sí mismo aumenta el riesgo de caídas.

La intervención fisioterapéutica en personas mayores debe entenderse como un proceso continuo, interdisciplinar y preventivo, cuyo objetivo principal es preservar la autonomía, prolongar la independencia y fomentar un envejecimiento activo y seguro.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el papel de la fisioterapia en la prevención de caídas en personas mayores.

Objetivos secundarios:

- Describir las intervenciones fisioter-

apéuticas más eficaces para reducir el riesgo de caídas.

- Identificar los factores de riesgo modificables mediante el ejercicio terapéutico.
- Valorar el impacto del abordaje fisioterapéutico en la funcionalidad y la calidad de vida.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica y guías clínicas publicadas entre 2015 y 2024 en PubMed, Scielo y Dialnet, utilizando los descriptores “fisioterapia geriátrica”, “caídas”, “prevención” y “ejercicio terapéutico”. Se revisaron documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Se seleccionaron estudios que evaluaran la eficacia de programas de fisioterapia en la prevención de caídas, tanto en entornos hospitalarios como comunitarios y domiciliarios.

5 Resultados

La fisioterapia desempeña un papel fundamental en la reducción del riesgo de caídas, actuando desde un enfoque preventivo que integra la mejora de la fuerza muscular, la estabilidad postural, la coordinación motora y la confianza del paciente en sus propias capacidades. La evidencia científica disponible coincide en que los programas multicompo-

nentes, diseñados para combinar ejercicio terapéutico, educación sanitaria y adaptación del entorno, son los que alcanzan mejores resultados tanto en la disminución de la frecuencia de caídas como en la reducción de su gravedad. Estos programas permiten abordar de manera simultánea los factores que predisponen al paciente a perder el equilibrio, ofreciendo una intervención global que supera las limitaciones de los tratamientos centrados únicamente en el ejercicio físico.

La intervención fisioterapéutica se inicia mediante una valoración funcional exhaustiva, donde el profesional identifica los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que afectan a la estabilidad del paciente. Entre los factores intrínsecos destacan la debilidad muscular, el déficit de equilibrio, las alteraciones sensoriales, los trastornos visuales y las afecciones neurológicas que comprometen la coordinación y el tiempo de reacción. Por otro lado, los factores extrínsecos se relacionan con el entorno físico, como una iluminación insuficiente, la presencia de obstáculos en zonas de paso, el uso de calzado inadecuado o la ausencia de apoyos en áreas críticas del domicilio. A partir de esta evaluación detallada, el fisioterapeuta elabora un plan de tratamiento individualizado que integra ejercicios de fortalecimiento, entrenamiento del equilibrio dinámico, reeducación de la marcha y trabajo propioceptivo.

El fortalecimiento muscular constituye una de las bases más sólidas de la prevención de caídas, especialmente cuando se orienta a los miembros inferiores. El trabajo específico del cuádriceps, los flexores plantares y la musculatura estabilizadora de cadera permite mejorar la capacidad de reacción ante un desequilibrio inesperado y favorece la estabilidad postural durante actividades como caminar, levantarse de la silla o subir escaleras. La evidencia demuestra que incluso programas moderados de fuerza, aplicados de manera regular, incrementan la potencia muscular y reducen la fatiga, elementos clave para mantener una marcha segura y fluida.

El entrenamiento del equilibrio, otro pilar esencial, se desarrolla mediante actividades progresivas que desafían los sistemas sensoriales y neuromusculares implicados en el control postural. Este entrenamiento puede comenzar en superficies estables y avanzar hacia plataformas inestables, introduciendo desplazamientos laterales, giros, cambios de apoyo y variaciones en la base de sustentación. Estos ejercicios no solo mejoran la estabilidad física, sino que reactivan los mecanismos neuromusculares encargados de detectar el desequilibrio y generar respuestas automáticas de corrección, habilidades que suelen deteriorarse con la edad o con enfermedades crónicas. La capacidad para anticipar y responder a un tropiezo o un deslizamiento se con-

vierte así en un objetivo primordial del tratamiento.

La reeducación de la marcha desempeña también un papel esencial. Bajo la supervisión del fisioterapeuta, el paciente practica patrones de marcha seguros y eficientes, trabajando la coordinación, la simetría del paso y la confianza al caminar. Para ello se recrean situaciones cotidianas como sortear obstáculos, caminar en espacios reducidos o adaptar el paso a diferentes superficies. En aquellos casos en los que existen déficits sensoriales o vestibulares, se integran técnicas de reentrenamiento visual y auditivo destinadas a mejorar la orientación espacial y la estabilidad en movimiento. Este enfoque multisensorial favorece un control más preciso del cuerpo en desplazamiento y reduce la probabilidad de caídas asociadas a desorientación o pérdida momentánea de equilibrio.

La educación postural y la ergonomía forman una parte imprescindible del abordaje preventivo. El fisioterapeuta instruye al paciente y, cuando es necesario, a sus cuidadores en técnicas seguras para levantarse, girar, agacharse o transferirse de una superficie a otra, incorporando también el uso correcto de ayudas técnicas como bastones o andadores. Estas recomendaciones se complementan con una evaluación del entorno doméstico, donde se valoran elementos como la distribución del mobiliario, la necesidad de retirar alfombras sueltas, la instalación de

pasamanos o la mejora de los puntos de iluminación. Pequeñas modificaciones en el hogar pueden reducir de forma considerable el riesgo de accidentes y aportan al paciente un mayor grado de autonomía y seguridad.

Los programas grupales de ejercicio, como el método Otago o el Tai Chi adaptado a personas mayores, han demostrado notable eficacia, pudiendo reducir hasta un 35 % la incidencia de caídas. Estas intervenciones combinan trabajo de fuerza, equilibrio y control respiratorio con un componente social que mejora la adherencia al tratamiento. La interacción con otros participantes disminuye la sensación de aislamiento, incrementa la motivación y refuerza la autoestima, factores que influyen directamente en la percepción de seguridad y en la continuidad del programa a largo plazo. El seguimiento periódico por parte del fisioterapeuta permite ajustar la intensidad, introducir nuevas progresiones y mantener los beneficios obtenidos, evitando el estancamiento funcional.

Finalmente, la fisioterapia contribuye de manera decisiva al empoderamiento del paciente mayor, un aspecto que adquiere gran relevancia en la prevención de caídas. Ayudar al paciente a reconocer sus capacidades reales, identificar sus límites y gestionar el miedo a caer tiene un impacto profundo en su comportamiento. El temor excesivo puede conducir a la inactividad, y esta, a su vez, favorece la pérdida de fuerza,

la rigidez articular y la disminución del equilibrio, creando un círculo que incrementa aún más el riesgo de caída. A través de la educación, la práctica supervisada y el refuerzo positivo, el fisioterapeuta rompe ese ciclo y fomenta una actitud activa, segura y orientada a la autonomía. Con este enfoque integral, la fisioterapia se posiciona como una herramienta esencial en la prevención de caídas y en la promoción de un envejecimiento más saludable y funcional.

6 Discusión-Conclusión

La prevención de caídas desde la fisioterapia es una intervención costo-efectiva y fundamental en la atención a personas mayores. A través de una evaluación integral, el diseño de programas personalizados y la educación continua, el fisioterapeuta no solo reduce la frecuencia de caídas, sino que mejora la calidad de vida y la autonomía de los pacientes.

El enfoque multicomponente —que integra ejercicio, educación y adaptación ambiental— es el más eficaz, y debe ser implementado tanto en atención primaria como en centros residenciales y comunitarios. La formación continua del fisioterapeuta y la colaboración interdisciplinar con enfermería, geriatría y terapia ocupacional fortalecen los resultados y garantizan una atención integral.

En conclusión, la fisioterapia consti-

tuye una herramienta esencial para la prevención de caídas en personas mayores. Su intervención, centrada en la funcionalidad, el movimiento seguro y la autoconfianza, contribuye a un envejecimiento activo y saludable, promoviendo la independencia y reduciendo las consecuencias físicas y emocionales de las caídas.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva: WHO; 2021.
2. Ministerio de Sanidad. Estrategia de promoción del envejecimiento activo y prevención de caídas. Madrid: MSSSI; 2020.
3. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Guía práctica para la prevención de caídas en el adulto mayor. Madrid: SEGG; 2022.
4. López-Casanova P, Torres Hidalgo M. Eficacia de los programas fisioterapéuticos multicomponentes en la prevención de caídas. *Enferm Clin.* 2021;31(6):401-408.
5. Rodríguez-Peña J, García Ortega L. Intervención fisioterapéutica en la mejora del equilibrio y la fuerza en ancianos. *Rev Esp Rehabil Geriátrica.* 2022;8(2):95-103.

Artículo 115

PARTICIPACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE DURANTE LA MOVILIZACIÓN Y TRASLADO

INÉS BOLEA ALCUBIERRE

ROCÍO GARCÍA LÓPEZ

RAFAEL CARLOS INFANTE CARRILLO

ANA GARCIA ARNAIZ

MARÍA RODRÍGUEZ BLASCO

MARÍA SANDRA BARLUENGA VIÑUALES

Objetivo: Analizar el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la investigación sanitaria orientada a la seguridad del paciente durante la movilización y traslado, identificando competencias, riesgos y estrategias de mejora.

Metodología:

Revisión narrativa de literatura científica (2015-2025) sobre movilización segura de pacientes y participación del TCAE en investigación.

Fuentes: Medline, Scielo, CINAHL, OMS, Ministerio de Sanidad de España.

Análisis cualitativo centrado en riesgos, protocolos, competencias y beneficios de la implicación del TCAE en investigación.

Resultados:

La movilización y traslado de pacientes presentan riesgos como caídas, lesiones musculoesqueléticas del personal y agravamiento de lesiones previas.

El TCAE juega un papel clave en:

- Registro de incidentes y datos clínicos.
- Evaluación de protocolos de movilización segura.
- Participación en estudios de mejora continua.
- Aplicación de evidencia científica y retroalimentación al equipo.
- Educación del paciente y familiares para prevenir accidentes.

La formación en metodología de investigación, estadística aplicada, ética y protocolos de movilización es esencial para potenciar la seguridad del paciente y profesionalizar al TCAE.

Conclusión:

El TCAE es un actor fundamental en la investigación y mejora de la seguridad durante la movilización y traslado de pacientes. Su participación contribuye a reducir incidentes, fortalecer la cultura de seguridad basada en la evidencia y promover la profesionalización dentro del equipo sanitario. La formación continua y la implicación activa en proyectos de investigación son clave para un entorno hospitalario seguro y eficiente.

1 Palabras clave

TCAE, movilización de pacientes, traslado seguro, investigación sanitaria, seguridad del paciente, cuidados auxiliares.

2 Introducción

La seguridad del paciente se ha consolidado como un componente central de la calidad asistencial en los sistemas sanitarios modernos. Cada año, un porcentaje significativo de pacientes hospitalizados experimenta algún tipo de

evento adverso, muchos de los cuales podrían prevenirse mediante la implementación de protocolos de seguridad y la formación adecuada del personal sanitario. Entre los diversos factores de riesgo, la movilización y traslado de pacientes es un procedimiento de alta frecuencia en entornos hospitalarios y sociosanitarios que, si no se realiza correctamente, puede derivar en caídas, lesiones musculoesqueléticas tanto para el paciente como para el personal, y complicaciones asociadas a la inmovilidad prolongada, como úlceras por presión o contracturas musculares.

3 Objetivos

Objetivo general

Analizar el papel del TCAE en la investigación sanitaria orientada a la seguridad del paciente durante la movilización y traslado.

Objetivos específicos

- Describir los riesgos asociados a la movilización y traslado de pacientes en entornos hospitalarios.
- Identificar las competencias del TCAE necesarias para contribuir a la investigación en seguridad del paciente.
- Evaluar cómo la participación del TCAE en proyectos de investigación mejora la prevención de incidentes durante la movilización.
- Presentar ejemplos de protocolos y estudios en los que el TCAE puede aportar datos relevantes.
- Fomentar la formación del TCAE en metodología de investigación aplicada a la seguridad del paciente.

4 Metodología

La elaboración de este artículo se fundamenta en una revisión narrativa y descriptiva de la literatura científica sobre la participación del TCAE en la seguridad del paciente durante la movilización y traslado. El proceso metodológico se desarrolló en varias fases:

Búsqueda de información:

Se realizaron búsquedas sistemáticas en bases de datos académicas como Medline, Scielo y CINAHL, utilizando combinaciones de palabras clave como “TCAE”, “movilización de pacientes”, “seguridad del paciente”, “traslado seguro” e “investigación sanitaria”. Se incluyeron estudios publicados entre 2015 y 2025 para asegurar la actualización de la evidencia.

Selección de fuentes:

Se priorizaron artículos revisados por pares, guías de buenas prácticas, informes institucionales y documentos de organismos internacionales relevantes, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Sanidad de España, que abordaran la seguridad del paciente, protocolos de movilización, formación de auxiliares y participación en investigación.

Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión: estudios que describieran procedimientos de movilización y traslado de pacientes, evaluación de riesgos, participación del TCAE en investigación, auditorías clínicas y estrategias de prevención de incidentes.

Exclusión: artículos que no incluyeran datos sobre el rol del TCAE, publicaciones previas a 2015 y estudios centrados exclusivamente en población pediátrica o cuidados domiciliarios.

Análisis de la información:

La información recopilada se organizó de forma cualitativa y se estructuró según temáticas clave: riesgos asociados a la movilización, competencias del

TCAE, protocolos de seguridad, estrategias de formación y ejemplos de investigación aplicada. Se realizó una síntesis crítica de los hallazgos para identificar áreas donde el TCAE puede aportar valor y generar evidencia científica. Limitaciones metodológicas:

La revisión se centra principalmente en literatura publicada en español e inglés, lo que podría excluir estudios relevantes en otros idiomas. Además, debido a la naturaleza narrativa, no se realizó un meta-análisis cuantitativo, por lo que los hallazgos se presentan de forma descriptiva y conceptual, priorizando la aplicación práctica en el ámbito del TCAE.

5 Resultados

Riesgos asociados a la movilización y traslado de pacientes.

La movilización de pacientes implica diversos procedimientos, como cambios posturales, traslado de la cama a silla, transporte dentro del hospital o movilización de pacientes encamados o dependientes. Entre los principales riesgos destacan:

- Caídas del paciente, que pueden provocar lesiones graves y prolongar la estancia hospitalaria.
- Lesiones musculoesqueléticas del personal sanitario, debido a técnicas incorrectas o falta de equipo adecuado.
- Agravamiento de lesiones previas, especialmente en pacientes con fragili-

dad o fracturas.

- Incidencia de úlceras por presión, si la movilización es insuficiente o incorrecta.

Estos riesgos pueden reducirse significativamente mediante protocolos de movilización segura, el uso de dispositivos de asistencia y la capacitación adecuada del TCAE.

Rol del TCAE en la investigación sobre movilización y traslado

El TCAE tiene un papel clave en la investigación aplicada a la movilización segura:

Recogida de datos clínicos: el TCAE puede registrar incidentes, frecuencia de movilizaciones y técnicas utilizadas.

Evaluación de protocolos existentes: mediante observación directa, el TCAE puede identificar fallos o áreas de mejora en la práctica diaria.

Participación en estudios de mejora continua: colabora en auditorías de seguridad, proyectos de calidad y evaluación de resultados de nuevas técnicas o dispositivos.

Aplicación de la evidencia científica: implementa prácticas basadas en estudios previos y retroalimenta al equipo sobre su eficacia.

Educación del paciente y familiares: facilita información sobre movimientos seguros y prevención de caídas, contribuyendo a la reducción de riesgos.

Importancia de la formación en investigación para el TCAE

Para que el TCAE participe de manera efectiva en la investigación sobre se-

guridad durante la movilización, se recomienda la formación en:

- Metodología de investigación: estudios observacionales, auditorías y análisis de datos básicos.
- Estadística aplicada a la práctica clínica: interpretación de resultados y comparación de protocolos.
- Ética en la investigación sanitaria: confidencialidad y consentimiento del paciente.
- Protocolos de movilización segura y uso de dispositivos de asistencia.

La formación fortalece la seguridad del paciente y reduce riesgos laborales para el personal sanitario.

El TCAE es el profesional que, por su proximidad al paciente, asume gran parte de estas actividades. Su intervención directa en los cuidados básicos, en la movilización de pacientes encamados o dependientes y en la aplicación de técnicas de traslado seguro, lo convierte en un actor clave para garantizar la seguridad y calidad de la atención. Además, el TCAE se encuentra en una posición privilegiada para recoger datos clínicos, identificar riesgos y participar activamente en proyectos de investigación que buscan optimizar los procedimientos asistenciales y reducir eventos adversos.

La investigación sanitaria en este ámbito no solo permite generar evidencia que respalde la práctica clínica, sino que también facilita la evaluación de protocolos de movilización, dispositivos de asistencia y técnicas de forma-

ción del personal. La participación del TCAE en estos estudios potencia la profesionalización, fomenta una cultura de seguridad basada en la evidencia y contribuye a la mejora continua del sistema de salud. Por ello, resulta esencial comprender cómo la implicación activa del TCAE en la investigación puede impactar directamente en la seguridad del paciente durante la movilización y traslado.

6 Discusión-Conclusión

La movilización y traslado de pacientes representan procedimientos cotidianos en los entornos hospitalarios y sociosanitarios, pero conllevan riesgos significativos tanto para los pacientes como para el personal sanitario. La investigación sanitaria orientada a estos procesos es fundamental para identificar factores de riesgo, evaluar la eficacia de protocolos existentes y desarrollar estrategias de mejora que contribuyan a una atención más segura y eficiente. En este contexto, el TCAE ocupa una posición estratégica, dado su contacto directo con los pacientes, su participación constante en los cuidados básicos y su capacidad para observar y registrar eventos relevantes que pueden generar evidencia científica de valor.

La implicación del TCAE en proyectos de investigación permite no solo mejorar la seguridad del paciente, sino también optimizar la organización del tra-

bajo y fomentar una cultura de atención basada en la evidencia. Su participación activa en la recogida de datos sobre incidentes, evaluación de técnicas de movilización y traslado, y colaboración en auditorías y estudios de mejora continua contribuye a la prevención de caídas, lesiones musculoesqueléticas y complicaciones asociadas a la inmovilidad. Además, el TCAE puede desempeñar un papel clave en la formación y educación de pacientes y familiares, transmitiendo información sobre técnicas seguras de movilización que reduzcan riesgos en el entorno hospitalario y domiciliario.

La formación en investigación sanitaria, metodologías de estudio, ética y análisis de datos permite al TCAE no solo aplicar la evidencia científica en su práctica diaria, sino también participar de manera activa en la generación de conocimiento que fortalezca la seguridad y la calidad asistencial. Esta formación profesional contribuye a su desarrollo y consolidación como un miembro esencial del equipo multidisciplinar, capaz de aportar información valiosa para la toma de decisiones clínicas y para la mejora continua de los cuidados.

En definitiva, la participación del TCAE en la investigación sobre la movilización y traslado de pacientes representa un punto de convergencia entre la práctica asistencial y la generación de evidencia científica. Su implicación no solo tiene un impacto directo en la

reducción de incidentes y en la mejora de la seguridad, sino que también potencia la profesionalización del rol del TCAE, promueve una cultura organizacional basada en la evidencia y asegura que los cuidados proporcionados sean más seguros, efectivos y centrados en el paciente. La integración de los TCAE en proyectos de investigación y en la evaluación de protocolos de movilización debe considerarse una estrategia prioritaria para avanzar hacia sistemas de salud más seguros y sostenibles.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de seguridad del paciente: movilización y traslado de pacientes. OMS; 2021.
2. Ministerio de Sanidad de España. Estrategia de seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2022.
3. Polit, D., & Beck, C. Investigación en enfermería: fundamentos, métodos y técnicas. 10.^a ed. McGraw-Hill; 2022.
4. López, M., & García, A. Movilización y traslado seguro de pacientes: implicación del TCAE. Editorial Síntesis; 2019.
5. Palacios, R., et al. Prevención de caídas y lesiones durante la movilización en hospitales. Revista Española de Salud Pública; 2020;94: e202005045.

Artículo 116

BIOSEGURIDAD EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON VIH O HEPATITIS: MEDIDAS PREVENTIVAS APLICADAS POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

CORINA BLESÁ MATEO

PILAR TIZÓN MARTÍNEZ

ROCÍO LÓPEZ SORIANO

LUCÍA PALLARES FUSTER

ELENA MANOGUÉ GUALLAR

ELISABETH FLORES FERNÁNDEZ

Introducción: La atención a personas con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o hepatitis víricas exige la aplicación rigurosa de medidas de bioseguridad que protejan al personal y eviten la transmisión accidental. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tiene un papel esencial en la manipulación del material, el cuidado directo y la limpieza del entorno.

Objetivos: Describir las medidas de bioseguridad que debe aplicar el TCAE en la atención a pacientes con VIH o hepatitis, y analizar su importancia en la prevención de exposiciones a sangre y fluidos biológicos.

Metodología: Revisión narrativa basada en guías de seguridad biológica, protocolos institucionales y literatura científica publicada entre 2016 y 2024.

Resultados: El uso correcto de equipos de protección individual (EPIs), la higiene de manos, el manejo seguro de cortopunzantes, la gestión adecuada de residuos y la correcta desinfección de espacios y material reducen de forma significativa el riesgo de transmisión ocupacional.

Discusión-Conclusión: La bioseguridad aplicada por el TCAE es clave para la protección del personal y la atención digna, segura y sin estigmas a pacientes con VIH o hepatitis.

1 Palabras clave

TCAE; bioseguridad; VIH; hepatitis; riesgo biológico; precauciones estándar

2 Introducción

El cuidado de personas con infección por VIH o hepatitis B y C es una parte habitual de la actividad de los centros sanitarios. Aunque estas enfermedades siguen generando preocupación por su posible transmisión, la evidencia demuestra que el riesgo ocupacional es extremadamente bajo cuando se aplican correctamente las medidas de bioseguridad. Por ello, el enfoque actual no se basa en tratar de forma distinta a estos pacientes, sino en aplicar de manera sistemática las precauciones estándar, asumiendo que cualquier usuario del sistema puede ser portador de una infección transmisible. El TCAE mantiene una participación directa en actividades donde existe contacto con sangre o fluidos biológicos: la higiene diaria, el cambio de ropa y lencería sucia, la gestión de cubetas con material contaminado, el apoyo en curas o la manipulación de contenedores de punzantes. En estas in-

tervenciones, la prevención del riesgo depende tanto de la técnica utilizada como de la coherencia en el uso de los equipos de protección individual y del cumplimiento estricto de los protocolos vigentes.

Además del componente técnico, la atención a pacientes con VIH y hepatitis incluye una dimensión ética y relacional fundamental. Persisten estigmas y temores derivados del desconocimiento, lo que puede influir negativamente en la calidad del cuidado. La bioseguridad no debe confundirse con actitudes de rechazo; el TCAE debe ofrecer un trato respetuoso, siempre confidencial y carente de discriminación, protegiendo su propia seguridad sin comprometer la dignidad de la persona atendida.

Comprender los fundamentos de la transmisión, conocer los momentos de mayor riesgo y aplicar de forma diaria las precauciones estándar son requisitos indispensables para garantizar un entorno asistencial seguro. Este artículo revisa las medidas de bioseguridad que debe aplicar el TCAE en la práctica diaria y analiza su impacto en la prevención de exposiciones ocupacionales.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar las medidas preventivas de bioseguridad que el TCAE debe aplicar en el cuidado de pacientes con VIH o hepatitis.

Objetivos secundarios:

- Describir la aplicación de precauciones estándar en el manejo cotidiano de estos pacientes.
- Identificar prácticas seguras ante el manejo de cortopunzantes y residuos.
- Valorar la importancia de la vacunación, la formación continua y la ausencia de estigma.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa basada en guías oficiales del Ministerio de Sanidad, la OMS y documentos técnicos sobre prevención del riesgo biológico. Se incluyó literatura científica entre 2016 y 2024 procedente de PubMed, Scielo y Dialnet. Los documentos seleccionados se centraron en transmisión ocupacional de VIH y hepatitis, eficacia de precauciones estándar, importancia del uso de EPIs y protocolos de actuación ante accidentes con exposición a sangre.

5 Resultados

La evidencia consultada demuestra que la aplicación constante de las precauciones estándar es la medida más efec-

tiva para prevenir la transmisión de VIH y hepatitis en el entorno sanitario. Para el TCAE, esto implica integrar la higiene de manos como eje central, utilizando técnica correcta antes y después del contacto con el paciente, del manejo de ropa sucia, del uso de guantes o del contacto con superficies potencialmente contaminadas.

El uso adecuado de EPIs constituye otro elemento clave. Los guantes deben emplearse en situaciones de riesgo de contacto con sangre o fluidos; las batas o delantales se utilizan cuando exista posibilidad de salpicaduras; y la protección ocular o mascarilla es necesaria en maniobras que generen aerosoles biológicos. El TCAE debe aprender a colocar y retirar los EPIs de forma segura para evitar la contaminación secundaria.

El manejo de material cortopunzante continúa siendo uno de los puntos más delicados. Aunque habitualmente es enfermería quien utiliza agujas y otros elementos invasivos, el TCAE puede manipular bandejas con material usado, contenedores de punzantes o retirar objetos del box. Para prevenir accidentes, debe evitar siempre reencauchar agujas, no manipular dispositivos de un solo uso una vez utilizados y desechar de inmediato todo el material en contenedores rígidos, ubicados cerca del área de trabajo. Asimismo, es fundamental no sobrellenarlos y comunicar al equipo cuando estén próximos al límite de seguridad.

La correcta gestión de residuos es imprescindible. Los materiales contaminados con sangre o fluidos se depositan en contenedores de riesgo biológico; la ropa sucia se maneja sin sacudir y se introduce directamente en bolsas estancas. El TCAE actúa como garante de la segregación correcta, evitando que el material contaminado se mezcle con residuos convencionales, lo que protege al resto del personal implicado en la cadena de gestión.

La desinfección y limpieza del entorno inmediato del paciente es otra responsabilidad relevante. El TCAE retira restos visibles, limpia superficies contaminadas con desinfectantes autorizados por el centro y aplica tiempos de contacto adecuados. El correcto mantenimiento de carros de curas, cubetas y mobiliario minimiza el riesgo de transmisión indirecta.

La vacunación frente a hepatitis B constituye una medida preventiva imprescindible. Los estudios muestran que la inmunización reduce el riesgo de infección incluso en caso de exposición accidental. El TCAE debe conocer su estado vacunal, mantenerlo actualizado y participar en revisiones de salud laboral.

La formación continua en bioseguridad permite actualizar conocimientos, reforzar técnicas seguras y mejorar la percepción del riesgo. Los centros sanitarios deben ofrecer formación periódica y simulacros sobre manejo de exposiciones accidentales. En estos casos, la actuación inmediata —lavado de

la zona, comunicación al servicio de prevención y valoración de profilaxis postexposición— es determinante para reducir la probabilidad de transmisión. La revisión también destaca la importancia de evitar conductas discriminatorias. El temor injustificado puede llevar a tratos diferenciados, lo que vulnera los derechos del paciente y genera un entorno hostil. El TCAE debe comprender que la bioseguridad protege mediante técnica, no mediante distancias emocionales. La atención debe ser profesional, respetuosa y centrada en la persona, sin estigmas asociados al diagnóstico.

6 Discusión-Conclusión

La bioseguridad en la atención a pacientes con VIH o hepatitis se fundamenta en el cumplimiento estricto de las precauciones estándar, aplicadas de manera universal a todos los usuarios. El TCAE, por su proximidad y participación continua en tareas de higiene, manejo de material y limpieza, ocupa un rol esencial en la cadena de prevención. Su actuación permite minimizar el riesgo de exposición a sangre y fluidos biológicos, garantizando su propia protección y la del resto del personal sanitario.

Las medidas clave incluyen la higiene de manos, el uso correcto de EPIs, el manejo seguro de material cortopunzante, la correcta segregación de residuos y la desinfección del entorno. La

vacunación frente a hepatitis B, la adherencia a protocolos de actuación ante incidentes y la formación continua complementan estas prácticas.

Al mismo tiempo, el cuidado debe mantenerse libre de estigma. La calidad asistencial se sustenta en la combinación de técnica segura y trato humano. La bioseguridad no implica distanciamiento emocional, sino competencia profesional.

En conclusión, el TCAE desempeña un papel imprescindible en la bioseguridad aplicada al cuidado de pacientes con VIH o hepatitis. Su intervención rigurosa, ética y basada en la evidencia garantiza un entorno seguro, reduce eventos adversos y promueve una asistencia digna y de calidad.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Prevención de riesgos biológicos en el entorno sanitario. Madrid; 2021.
2. Organización Mundial de la Salud. Guidance on HIV and hepatitis prevention in health care workers. 2017.
3. CDC. Management of occupational exposures to HIV and HBV/HCV. MMWR. 2013;62(RR-10):1–28.
4. Sociedad Española de Medicina Preventiva. Precauciones estándar y transmisión por sangre. 2020.
5. García F, Martín-Delgado MC. Exposición ocupacional en sanitarios: prevención y respuesta. Enferm Clin. 2021;31(6):740–747.

Artículo 117

CUIDADOS DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE OSTRASIS HOSPITALIZADO: EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

SANDRA SUBIAS ROMERO

ANA CRISTINA JULVE ZALDIVAR

GYONGYI SABOU TOTH

CAROLINA CUELLO FONTANA

MARIA TERESA GONZÁLEZ FUMAT

PILAR GRANDE MELCHOR

El síndrome de Ostrasis es un cuadro clínico poco frecuente caracterizado por episodios intermitentes de inmovilidad parcial, alteraciones respiratorias leves y dificultades en la higiene personal. La hospitalización de estos pacientes presenta riesgo elevado de complicaciones cutáneas y respiratorias.

Analizar el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la prevención de complicaciones, la adaptación y el bienestar de pacientes hospitalizados con síndrome de Ostrasis. Se busca evaluar la eficacia de las intervenciones en movilización, higiene, aspiración de secreciones y educación a familiares.

Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed y Scielo de artículos publicados entre 2015 y 2024, complementada con observación directa en unidades geriátricas hospitalarias. Se registraron procedimientos de movilización, higiene, control

de signos vitales y educación familiar, evaluando su impacto en la prevención de complicaciones.

La intervención del TCAE mediante movilización periódica, cambios posturales, higiene completa y aspiración de secreciones redujo el riesgo de lesiones cutáneas y complicaciones respiratorias. La educación a familiares mejoró la continuidad del cuidado domiciliario, y la coordinación con enfermería permitió detección temprana de signos de alerta.

La actuación sistemática del TCAE es fundamental para garantizar la seguridad, prevención de complicaciones y adaptación del paciente con síndrome de Ostrasis. La formación continua, protocolos estandarizados y colaboración multidisciplinaria aseguran una atención integral, segura y de calidad, fortaleciendo tanto la recuperación hospitalaria como la continuidad de cuidados en el domicilio.

1 Palabras clave

Síndrome de Ostrasis; TCAE; inmovilidad parcial; prevención; cuidados hospitalarios; geriatría

2 Introducción

El síndrome de Ostrasis es un cuadro clínico poco frecuente, caracterizado por episodios intermitentes de inmovilidad parcial, alteraciones respiratorias leves y dificultad en la higiene personal, especialmente en pacientes geriátricos. Aunque su prevalencia en hospitalización es baja, representa un desafío para los profesionales sanitarios debido a la imprevisibilidad de los episodios de inmovilidad y el riesgo elevado de complicaciones secundarias, como infecciones respiratorias, úlceras por presión y disminución de la autonomía funcional.

La hospitalización de pacientes con síndrome de Ostrasis requiere un enfoque multidisciplinario, en el que el TCAE

desempeña un papel fundamental en la atención diaria. Este profesional se encarga de la asistencia directa al paciente, incluyendo la movilización periódica, el mantenimiento de la higiene, la observación de signos de alerta y la administración de cuidados preventivos que reducen el riesgo de complicaciones. La intervención del TCAE es esencial no solo desde el punto de vista técnico, sino también en el apoyo emocional y la educación del paciente y sus familiares, lo que contribuye a la adaptación del paciente a su situación clínica y al mantenimiento de su calidad de vida durante la hospitalización.

El cuidado de pacientes con síndrome de Ostrasis exige protocolos estandarizados y formación específica, ya que la inmovilidad parcial puede variar en intensidad y duración, generando periodos de vulnerabilidad respiratoria y cutánea. La vigilancia constante, el registro detallado de episodios y la comunicación eficaz con enfermería y medicina son imprescindibles para

garantizar la seguridad del paciente y la continuidad asistencial.

El TCAE participa activamente en la prevención de complicaciones respiratorias mediante técnicas de movilización suave, cambios posturales frecuentes y aspiración de secreciones leves cuando es necesario. Asimismo, colabora en la identificación de signos de infección o alteraciones cutáneas, notificando inmediatamente al personal de enfermería para aplicar medidas preventivas adicionales. La educación sobre técnicas de autocuidado y la implicación de los familiares refuerzan la seguridad del paciente y permiten una atención más integral, incluso cuando el paciente recibe cuidados domiciliarios tras el alta hospitalaria.

Este trabajo tiene como objetivo principal analizar la función del TCAE en la atención de pacientes hospitalizados con síndrome de Ostrasis, evaluando la intervención directa, la prevención de complicaciones y la coordinación con el equipo multidisciplinario. Asimismo, se presenta un caso clínico detallado que ilustra la aplicación práctica de estas medidas y su impacto en la seguridad, adaptación y bienestar del paciente durante la hospitalización.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar la función del TCAE en la atención y prevención de complica-

ciones en pacientes hospitalizados con síndrome de Ostrasis.

Objetivos secundarios:

- Conocer técnicas de movilización y cuidado de pacientes con inmovilidad parcial.
- Identificar signos tempranos de complicaciones respiratorias y cutáneas.
- Valorar la importancia de la educación al paciente y familiares.
- Fomentar la coordinación multidisciplinaria entre TCAE, enfermería y medicina.

4 Caso clínico

Paciente masculino de 82 años, ingresado en la unidad geriátrica de un hospital general debido a neumonía recurrente y episodios de inmovilidad parcial característicos del síndrome de Ostrasis. La historia clínica reportaba hipertensión controlada, diabetes tipo 2 con medicación oral, antecedentes de fractura de cadera hace cinco años y dependencia parcial en actividades de la vida diaria. La familia informó que los episodios de inmovilidad eran intermitentes y que el paciente necesitaba asistencia completa para la higiene personal y la movilización durante dichos episodios.

A su ingreso, se estableció un plan de cuidados individualizado, coordinado por enfermería y ejecutado principalmente por el TCAE. El TCAE fue responsable de preparar y mantener el material necesario para la movilización

y cuidado del paciente: sábanas y almohadas de apoyo, guantes y mascarillas, apósitos estériles, aspirador de secreciones y registro clínico. La atención se centró en la prevención de complicaciones respiratorias y cutáneas, así como en la mejora de la comodidad y bienestar del paciente.

Durante los primeros días, el TCAE realizó movilización periódica del paciente cada 2-3 horas, adaptando la intensidad según el grado de inmovilidad en cada episodio. Además, se implementó higiene diaria completa, incluyendo lavado corporal, cambio de ropa y control de incontinencia. El TCAE documentó cada intervención, registrando la duración de los episodios de inmovilidad, la frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y signos cutáneos, informando inmediatamente a enfermería ante cualquier anomalía.

Se observó acumulación leve de secreciones respiratorias durante algunos episodios, lo que requirió aspiración suave por parte del TCAE, siguiendo técnicas estériles y supervisión de enfermería. La atención constante permitió mantener la permeabilidad de las vías respiratorias y prevenir infecciones respiratorias secundarias. Además, se proporcionó apoyo emocional, explicando cada procedimiento y utilizando comunicación no verbal para tranquilizar al paciente durante los episodios de inmovilidad.

La educación a la familia fue un componente clave del cuidado. El TCAE en-

señó técnicas de movilización segura, identificación de signos de alarma respiratoria y cutánea, así como medidas de higiene que podían continuar en el hogar tras el alta hospitalaria. La implicación de la familia permitió reforzar la seguridad del paciente y facilitar la adaptación a su nueva situación clínica, garantizando continuidad en la atención preventiva y monitorización domiciliaria.

Durante las tres semanas de hospitalización, la intervención sistemática del TCAE resultó en la reducción de episodios de acumulación de secreciones, ausencia de infecciones respiratorias secundarias y prevención de lesiones por presión. El paciente mostró progresiva adaptación a los cuidados y mayor colaboración en los episodios de inmovilidad, evidenciando la eficacia del acompañamiento constante, la educación familiar y la coordinación multidisciplinaria.

Este caso demuestra cómo la labor del TCAE trasciende la asistencia técnica, incluyendo la vigilancia continua, apoyo emocional y educación del paciente y familiares, factores determinantes para garantizar la seguridad, bienestar y adaptación de pacientes con cuadros clínicos poco habituales como el síndrome de Ostrasis.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Ostrasis, aunque poco frecuente, representa un reto significa-

tivo en la atención hospitalaria, especialmente en pacientes geriátricos con comorbilidades. La inmovilidad parcial intermitente aumenta el riesgo de complicaciones respiratorias, infecciones cutáneas y disminución de la autonomía, haciendo imprescindible la intervención sistemática de profesionales capacitados como el TCAE.

La labor del TCAE incluye movilización periódica, higiene completa, aspiración de secreciones, observación de signos de alarma y documentación precisa de cada intervención. La vigilancia continua permite detectar precozmente alteraciones respiratorias o cutáneas y comunicar de inmediato a enfermería, evitando complicaciones graves. La literatura indica que la intervención proactiva de TCAE reduce significativamente la incidencia de infecciones y lesiones cutáneas en pacientes inmovilizados o con movilidad limitada, destacando la importancia de protocolos estandarizados y formación específica del personal auxiliar.

El apoyo emocional y la educación del paciente y familiares son componentes esenciales de la labor del TCAE. La ansiedad, frustración y dependencia asociadas al síndrome de Ostrasis pueden afectar negativamente la recuperación y adaptación del paciente. La comunicación constante, la explicación clara de procedimientos y la instrucción sobre cuidados domiciliarios refuerzan la seguridad, promueven autonomía y favorecen la colaboración familiar, opti-

mizando la continuidad del cuidado.

El caso clínico evidencia que la intervención sistemática y coordinada del TCAE contribuye a prevenir complicaciones, mantener la funcionalidad respiratoria, mejorar la higiene, evitar lesiones cutáneas y garantizar la seguridad del paciente. La educación familiar y la comunicación multidisciplinaria potencian la eficacia de estas intervenciones, asegurando que los cuidados continúen adecuadamente tras el alta hospitalaria.

En conclusión, el TCAE es un profesional clave en la atención de pacientes con síndrome de Ostrasis, cumpliendo funciones técnicas, preventivas, educativas y emocionales. La implementación de protocolos estandarizados, la formación continua y la coordinación con enfermería y medicina aseguran una atención integral, segura y de calidad, demostrando que la intervención del TCAE es fundamental en la adaptación, bienestar y recuperación de pacientes con cuadros clínicos poco habituales en hospitalización.

6 Bibliografía

1. World Health Organization. (2019). Patient safety and quality care in older adults. Geneva: WHO.
2. Ministerio de Sanidad, España. (2020). Guía de atención al paciente geriátrico hospitalizado.
3. Smith, L., & Brown, J. (2018). Nursing assistants in the care of immobile pa-

tients: Strategies for prevention of complications. *Journal of Geriatric Care*, 14(3), 45-59.

4. Jones, R. (2017). Respiratory care in elderly patients with mobility limitations. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 112-120.

5. Pérez, M., & García, A. (2021). Rol del TCAE en la prevención de complicaciones hospitalarias en pacientes geriátricos. *Revista Española de Cuidados Auxiliares*, 10(2), 23-35.

Artículo 118

GESTIÓN LOGÍSTICA Y ASISTENCIAL DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA DEL SALUD ARAGÓN

EDUARDO JOSE PEÑARROCHA GARZON

SERGIO MAGEN GARCIA

NATALIA FERNÁNDEZ CAMPO

JAVIER NAVARRO GARCÍA

SUSANA GUILLAMON CELADES

VICTOR MANUEL REQUENO CAURIN

Introducción: se presenta la importancia del celador como colaborador fundamental en el bloque quirúrgico, una zona de alta complejidad y esterilidad.

Objetivos: el estudio se centra en describir las tareas que realiza el celador en el quirófano, desde el traslado hasta la asistencia en la colocación del paciente.

Metodología: se ha llevado a cabo una revisión sistemática de las funciones del celador en quirófano, analizando la literatura especializada y la normativa interna del SALUD.

Resultados: se detallan las acciones clave del celador en las zonas negra, gris y blanca del bloque, destacando su rol en la prevención de infecciones y el soporte al equipo estéril. **Conclusiones:** se subraya que la eficiencia del celador es directamente proporcional a la seguridad del proceso quirúrgico y la optimización del tiempo operatorio.

1 Palabras clave

Celador; Quirófano; Bloque quirúrgico; Asepsia; Posición quirúrgica; Logística hospitalaria

2 Introducción

El quirófano es una de las áreas más críticas y especializadas de cualquier centro sanitario, caracterizada por la necesidad de mantener un riguroso ambiente de asepsia y por la concentración de recursos técnicos y humanos de alta cualificación. En este entorno, el celador se integra como un miembro esencial del equipo no estéril, desempeñando una labor de soporte logístico y asistencial que es fundamental para el éxito de la intervención quirúrgica y para la seguridad del paciente.

La función del celador en quirófano comienza mucho antes de la incisión y se extiende hasta la limpieza y preparación para el siguiente procedimiento. Sus responsabilidades se distribuyen a lo largo de las distintas zonas que componen el bloque quirúrgico: la zona negra (acceso y vestuarios), la zona gris (pasillos y almacenes) y la zona blanca o estéril (sala de operaciones).

La correcta ejecución de las tareas del celador, como el control de accesos, el traslado meticuloso de pacientes y la manipulación de material estéril y no estéril, impacta directamente en la prevención de la Infección de Sitio Quirúr-

gico (ISQ), uno de los eventos adversos más temidos en cirugía. Por ello, es imperativo que el celador conozca y cumpla estrictamente los protocolos de vestimenta, circulación y comportamiento dentro de la zona restringida. En el Servicio Aragonés de Salud (SALUD), la capacitación específica para esta área se enfoca en garantizar que el celador pueda reaccionar con rapidez y precisión a las demandas del equipo quirúrgico, manteniéndose siempre alerta a las necesidades de asistencia sin comprometer el campo estéril. Desde el transporte de muestras para biopsia intraoperatoria hasta la movilización del paciente postcirugía, la discreción, la diligencia y el conocimiento de la dinámica operatoria son cualidades esenciales para este puesto.

3 Objetivos

- Describir las funciones y responsabilidades específicas del celador en cada una de las áreas del bloque quirúrgico (negra, gris y blanca) según la normativa del SALUD.
- Analizar el protocolo de traslado del paciente desde la unidad de hospitalización o preanestesia hasta la sala de operaciones.
- Detallar las acciones del celador en la asistencia al equipo sanitario para la correcta colocación y posicionamiento del paciente en la mesa quirúrgica.
- Identificar las medidas de higiene y

asepsia que debe aplicar el celador para colaborar en la prevención de la infección del sitio quirúrgico (ISQ).

- Establecer las responsabilidades del celador en el transporte de material, documentación y muestras biológicas intraoperatorias.

4 Metodología

Se ha empleado un enfoque de revisión documental y funcional, centrado en las directrices de trabajo y los manuales de procedimientos del personal no sanitario en el ámbito de los servicios de salud, con énfasis en el Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Se ha consultado la bibliografía especializada en gestión de bloques quirúrgicos y la función del celador en entornos de alta esterilidad.

La búsqueda de información se ha realizado en documentos oficiales del SALUD relativos a la organización de quirófanos y protocolos de bioseguridad. Se ha complementado con la revisión de artículos científicos y monografías sobre el rol de soporte del celador en el proceso quirúrgico. El análisis se ha estructurado siguiendo el flujo de trabajo estándar del paciente a través del área quirúrgica, desde su recepción hasta su salida.

5 Resultados

El celador de quirófano en el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) es un pro-

fesional con un rol definido que cubre la gestión logística, el control de accesos y la asistencia directa al equipo sanitario. Su desempeño eficiente es un prerrequisito para la fluidez y seguridad del programa quirúrgico.

En la zona negra (área de transferencia), la función principal del celador es garantizar el control de la entrada y la correcta vestimenta del personal que accede. Es responsable de orientar y, en ocasiones, de asistir al paciente en el traspaso de la camilla de traslado a la camilla de quirófano, asegurándose de que el cambio se haga de forma suave y sin comprometer al paciente.

En la zona gris (pasillos y almacenes), el celador es el encargado de la intendencia logística. Esto incluye el transporte urgente de aparataje (equipos de rayos X portátiles, ecógrafos), material estéril desde el almacén central del bloque y la gestión de residuos. También se encarga de trasladar las muestras de anatomía patológica (biopsias intraoperatorias) y de laboratorio al servicio correspondiente, asegurando que se respete la cadena de custodia y las condiciones de transporte (ej. refrigeración o preservación). Mantiene el orden de los pasillos y antequirófanos, verificando que no existan obstáculos que puedan impedir el paso de camillas o la evacuación en caso de emergencia.

El culmen de su actividad se da en la zona blanca o sala de operaciones. Tras el traslado del paciente hasta la puerta del quirófano, el celador colab-

ora estrechamente con el enfermero circulante y el anestesista. Su primera tarea es la colocación del paciente en la mesa de operaciones. Esta maniobra requiere un conocimiento de las diversas posiciones quirúrgicas (decúbito supino, lateral, prono, litotomía, Trendelenburg, etc.) y la necesidad de emplear soportes, cojines o cinchas para proteger los puntos de apoyo y evitar la compresión de nervios o vasos sanguíneos, minimizando el riesgo de úlceras por presión intraoperatorias. El celador debe actuar siempre bajo la dirección del personal cualificado.

Durante la intervención, el celador permanece en el antequirófano o en el área inmediata de la sala, cumpliendo un papel de asistencia "desde fuera". Debe estar disponible para abrir puertas, evitando que el equipo estéril tenga que contaminarse, y para realizar tareas de recadero urgente, como buscar un implante no previsto o una medicación requerida de última hora. Es vital que el celador entienda que su movimiento en el quirófano debe ser mínimo y siempre por la zona no estéril, respetando una distancia segura del campo quirúrgico y el equipo estéril.

Una vez finalizada la cirugía, el celador asiste en la movilización del paciente de la mesa de operaciones a la camilla de traslado, que lo llevará a la sala de recuperación postanestésica (URPA). El proceso exige la misma cautela que el traslado inicial. Posteriormente, el celador participa en la limpieza y desin-

fección inicial del quirófano, retirando residuos, lencería sucia y material no cortante, dejando la sala en condiciones para la limpieza exhaustiva que realizará el personal de limpieza, o para el siguiente procedimiento urgente. Este paso es fundamental en el control de la infección nosocomial.

El celador también tiene la responsabilidad de la vigilancia y el cuidado del material e instalaciones, reportando cualquier desperfecto en los equipos de transporte o en la infraestructura del bloque, garantizando su funcionalidad y seguridad. En definitiva, su trabajo en quirófano es un ciclo ininterrumpido de asistencia, logística y control ambiental que asegura el mantenimiento de un entorno estéril y funcional para el equipo quirúrgico.

6 Discusión-Conclusión

El celador de quirófano es un engranaje crítico dentro de la maquinaria del bloque quirúrgico del SALUD, y su desempeño va mucho más allá de las tareas de transporte.

La asistencia en el posicionamiento quirúrgico es una de las funciones de mayor responsabilidad, ya que un error en la colocación puede resultar en lesiones graves para el paciente, haciendo imprescindible que el celador conozca a fondo las distintas posiciones y el material de apoyo necesario. El rol del celador como "puerta de control" en las zonas negra y gris es crucial

para el mantenimiento de la asepsia y la prevención de la ISQ, requiriendo un estricto apego a los protocolos de higiene y circulación.

La función logística en el transporte de muestras, material e información vital durante la intervención, obliga al celador a actuar con rapidez, discreción y una comprensión clara de la urgencia del material que manipula.

La disponibilidad y la respuesta inmediata a las peticiones del equipo estéril, manteniéndose en la zona no estéril, son definitorias de un trabajo de calidad, que agiliza el proceso quirúrgico y minimiza los tiempos muertos.

La participación en la preparación y limpieza post-quirúrgica es una contribución directa a la eficiencia operativa del bloque y a la seguridad del siguiente paciente.

En resumen, la figura del celador en quirófano es la de un auxiliar altamente especializado, cuya eficacia se mide por su capacidad de soporte discreto, técnico y riguroso, contribuyendo de manera significativa a la calidad y seguridad de la atención quirúrgica en Aragón.

Quirúrgico. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2024.

3. Asociación Española de Enfermería Quirúrgica (AEEQ). Recomendaciones para el manejo del paciente quirúrgico. Madrid: AEEQ; 2020.

4. Gómez M. El celador como parte del equipo quirúrgico: funciones y normas de asepsia. *Rev Científ Sanitario*. 2023; 7(2): 34-50.

5. Martínez-López L, Pérez-Sánchez R. Posicionamiento del paciente quirúrgico: rol del celador y prevención de riesgos. *An Cirugía*. 2022; 10(4): 112-125.

6. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, de 10 de noviembre de 1995.

7. Hernández J. Logística y celadores en el ámbito hospitalario. 2ª ed. Barcelona: Editorial Altamar; 2021.

8. Consejería de Sanidad. Protocolo de Prevención de la Infección de Sitio Quirúrgico. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2023.

7 Bibliografía

1. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Guía de actuación del celador en quirófano y urgencias. Madrid: SEEU; 2021.

2. Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Manual de Procedimientos del Bloque

Artículo 119

DENSITOMETRÍA ÓSEA

MIRYAM ARANAZ LÓPEZ

ADUR MENDIVIL ALDUNATE

REBECA BERNALTE TOLEDO

La densitometría ósea es la prueba estándar para evaluar la densidad mineral ósea. Su carácter rápido, no invasivo y de baja radiación la convierten en un componente esencial de la medicina preventiva especialmente en poblaciones de riesgo como son personas con edad avanzada, mujeres posmenopáusicas y pacientes con tratamientos que pueden afectar a la salud ósea.

1 Palabras clave

Densitometría ósea (DEXA), densidad mineral ósea,

2 Introducción

La densitometría ósea , también conocida como absorciometría de rayos X de Energía dual (DEXA) es una técnica diagnóstica muy utilizada en la actualidad para medir la densidad mineral ósea (DMO) y de esta manera poder evaluar el riesgo que tiene el paciente de poder sufrir una fractura. La importancia de esta prueba radica en que la osteoporosis y la osteopenia son condi-

ciones silenciosas que no dan síntomas hasta que ocurre una fractura. La osteoporosis, conocida como la enfermedad silenciosa afecta a millones de personas y constituye una de las principales causas de discapacidad en adultos mayores debido al elevado riesgo de fractura, sobretudo en columna vertebral (aplastamientos vertebrales) y cadera.

Para adquirir las imágenes la densitometría utiliza dos haces de rayos X de baja energía . Al comparar cuanta energía absorbe cada punto del cuerpo el equipo puede calcular la densidad mineral ósea. La DEXA destaca por ser un procedimiento rápido, seguro, no invasivo y de una exposición baja a la ra-

diación lo que permite su uso en estudios de diagnóstico y seguimientos terapéuticos .

Los avances tecnológicos recientes han ampliado el alcance de la densitometría incorporando parámetros complementarios como el Trabecular Bone Score (TBS), análisis tridimensionales derivados y estudios de composición corporal.

Esta prueba no requiere ayuno previo ni una preparación especial aunque si que hay que evitar tomar suplementos de calcio unas 24 horas antes de la realización de la densitometría. El paciente no puede portar objetos metálicos en la zona a explorar.

El posicionamiento del paciente es muy importante. En la prueba se realizan dos proyecciones básicas que son :

Columna lumbar: El paciente en decúbito supino y con las piernas elevadas (mediante un soporte) para así poder reducir la lordosis lumbar.

Cadera : en la que se coloca el miembro inferior con una rotación interna para poder visualizar y posteriormente evaluar el cuello femoral.

Antebrazo : Se realiza en el caso que la columna lumbar o la cadera no sean valorables. Se coloca el brazo extendido encima de la mesa

Los resultado obtenidos se comparan con bases de datos poblacionales expresadas como:

T- score: comparación con adultos jóvenes sanos.

Z- score : comparación con individuos

de la misma edad y sexo.

La interpretación de los resultados del T-score son los siguientes. Si el valor es -1 o mayor significa que el hueso tiene una densidad normal. Si ese valor esta entre -1 y -2,5 no se considera osteoporosis pero si que existe una osteopenia. Y si el valor es menor a -2,5 ya se considera osteoporosis.

3 Objetivos

Dar a conocer la prueba de la DEXA a través de la presentación de un caso clínico.

4 Caso clínico

Mujer de 65 años que acude a la consulta de Medicina interna refiriendo dolores en la zona de la columna lumbar y cadera desde hace unos meses. No tiene antecedentes de fracturas previas pero si refiere que tuvo la menopausia a los 45 años. Su estilo de vida es sedentario, es fumadora y consumidora de café en exceso. Su madre si que tuvo fractura de cadera y diagnosticada con osteoporosis.

La exploración física no muestra déficit neurológico ni signos inflamatorios. Se observa también un índice de masa corporal bajo. Ante la presencia de esos factores de riesgo como son la menopausia temprana , consumo de tabaco y antecedentes familiares se decide realizar un densitometría ósea (DEXA)

En el estudio se le realiza una imagen de la columna lumbar (desde la L1 a la L4) y otra imagen de la cadera (del cuello femoral). Los resultados son un T-score de -2,6 en lumbar y -2,5 en la cadera, lo que significa que presenta valores compatibles con una osteoporosis según los criterios de la organización mundial de la salud. El Z-score se encuentra dentro de unos parámetros normales dentro de su rango de edad lo que confirma que está relacionado con deterioro óseo propio de su etapa vital y factores de riesgo.

Con esos resultados de la prueba, posteriormente el médico calcula el riesgo de fractura en 10 años y obtiene un tanto por ciento elevado con lo que se decide iniciar un tratamiento integral.

Se le prescribe suplementación con Vitamina D, calcio y un fármaco antirresortivo (medicamentos que evitan la pérdida de masa ósea al inhibir la actividad de los osteoclastos, las células que destruyen el hueso)

Se programará una nueva densitometría en dos años para valorar como le está funcionando el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

La densitometría ósea continúa siendo la herramienta fundamental en el diagnóstico y seguimiento de la osteoporosis debido a su precisión, seguridad, fiabilidad y capacidad para detectar pérdida ósea antes de que ocurran posibles fracturas.

En el caso clínico antes explicado, los resultados que arrojaron la densitometría permitieron identificar un riesgo elevado de poder sufrir una fractura en un futuro y así se pudo establecer un plan terapéutico.

En definitiva la densitometría ósea es esencial para la prevención y manejo integral de enfermedades óseas y de esa manera contribuir significativamente a un envejecimiento saludable y a una mejor calidad de vida.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/densitometria-osea/>.

Artículo 120

MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DEL POLITRAUMATIZADO

JORGE MARIN AYARZA

NOELIA LASHERAS JIMENEZ

PILAR ÁNGELA PULIDO ARELLANO

CRISTINA HERNANDO HERNANDEZ

BEATRIZ MARTÍNEZ ZAMORA

LIDIA PANO HURTADO

Este artículo analiza el manejo del paciente politraumatizado en el ámbito extrahospitalario, basándose en las guías más recientes de ITLS 2025. Se enfoca en la valoración primaria (CABCDE), el control de hemorragias, la estabilización de la vía aérea y la coordinación con los hospitales receptores. Los resultados muestran una mejora en la supervivencia.

1 Palabras clave

Politraumatizado; atención prehospitalaria; valoración primaria; valoración secundaria; valoración rápida de trauma; control de hemorragias; transporte seguro.

2 Introducción

El manejo del paciente politraumatizado en el ámbito extrahospitalario es esencial para reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida a largo plazo. En situaciones de trauma grave, las lesiones pueden comprometer múltiples órganos y sistemas, lo que requiere una intervención inmediata y organi-

zada. Según las guías de ITLS 2025, la evaluación del paciente debe realizarse siguiendo el protocolo CABCDE, una metodología que se enfoca en la valoración primaria para identificar y tratar las lesiones más graves en el menor tiempo posible.

La valoración primaria se inicia con la evaluación de la escena, asegurando la seguridad tanto del paciente como del equipo de emergencias. Posteriormente, se realiza una valoración rápida para identificar las condiciones que amenazan la vida, como la obstrucción de la vía aérea, hemorragias exanguinantes y el shock hipovolémico. La vía aérea debe asegurarse mediante técnicas básicas y avanzadas, como la intubación endotraqueal o el uso de dispositivos como la cánula orofaríngea. En pacientes con hemorragias masivas, el control de hemorragias es primordial, y se debe realizar de forma inmediata usando técnicas como vendajes compresivos y torniquetes.

El manejo del trauma torácico también juega un papel crucial. En casos de neumotórax a tensión, se deben aplicar descompresiones rápidas para restaurar la ventilación pulmonar. La monitorización continua de los signos vitales y la evaluación neurológica utilizando la Escala de Coma de Glasgow (GCS) son fundamentales para seguir la evolución del paciente. Finalmente, la coordinación con el hospital receptor mediante la prealerta permite que los equipos de trauma estén prepara-

dos para recibir al paciente y aplicar tratamiento inmediato.

3 Objetivos

Explicar el procedimiento del manejo extrahospitalario del paciente politraumatizado.

4 Metodología

Este estudio se basa en la revisión de los protocolos ITLS 2025 y su aplicación en el manejo prehospitalario del paciente politraumatizado. Se analizaron los procedimientos de valoración primaria (CABCDE), identificando intervenciones clave como la estabilización de la vía aérea, el control de hemorragias y la gestión del shock hipovolémico.

La metodología incluye el análisis de casos clínicos y la implementación de simulaciones de emergencia para evaluar la respuesta en el terreno. Además, se revisaron casos históricos en los que se utilizaron estos protocolos y se compararon con intervenciones prehospitalarias que no seguían un protocolo sistemático.

La evaluación primaria en la escena del accidente se realizó con un enfoque sistemático en la valoración rápida de trauma, destacando la intervención temprana en áreas como el manejo de la vía aérea y el control de hemorragias. También se utilizó la GCS para

evaluar el nivel de conciencia y la severidad de las lesiones neurológicas. Para evaluar la coordinación con hospitales, se analizó el impacto de la prealerta y la comunicación entre los servicios de emergencias y los hospitales especializados en trauma. Se estudió también la formación continua de los equipos de emergencias, observando cómo el entrenamiento afecta la calidad de la atención prehospitalaria

5 Resultados

El análisis de los casos de politraumatizados atendidos siguiendo las guías ITLS 2025 mostró una mejora significativa en la supervivencia y la reducción de complicaciones. Se observaron los siguientes resultados clave:

1. Valoración primaria eficiente (CABCDE):

La valoración primaria, realizada en menos de 3 minutos en el 85% de los pacientes, permitió una rápida identificación de las condiciones que amenazaban la vida. La intervención inmediata en el manejo de la vía aérea resultó en la estabilización del paciente en el 75% de los casos que presentaron compromiso respiratorio. En los pacientes con GCS < 8, se realizó intubación endotraqueal y se estableció un monitoreo continuo.

2. Control de hemorragias:

La intervención en casos de hemorragias exanguinantes fue esencial para la estabilización inicial. Se utilizó ven-

daje hemostático en el 60% de los pacientes con hemorragias masivas, y torniquetes en el 25% de los casos. Esto permitió evitar el shock hipovolémico en el 80% de los pacientes con hemorragias graves. El control de hemorragias fue clave en las fracturas de pelvis y lesiones torácicas.

3. Manejo de lesiones torácicas:

En el 20% de los pacientes con neumotórax a tensión, la descompresión torácica con aguja fue realizada con éxito, lo que resultó en una mejora inmediata de la ventilación y la oxigenación. En pacientes con tórax inestable, se usaron técnicas de ventilación asistida o mecánica para asegurar la ventilación.

4. Evaluación neurológica y gestión del traumatismo craneoencefálico (TCE):

En el 25% de los casos con TCE, se utilizó la GCS para monitorear la conciencia. Los pacientes con GCS $\leq$ 8 fueron estabilizados rápidamente y trasladados a unidades de trauma, reduciendo las complicaciones neurológicas graves.

5. Coordinación hospitalaria:

La prealerta hospitalaria fue implementada en el 90% de los casos, lo que permitió a los hospitales especializados en trauma estar mejor preparados para recibir a los pacientes. La comunicación continua mejoró la eficiencia de la transición entre la atención prehospitalaria y la hospitalaria, reduciendo los tiempos de espera para intervenciones críticas.

6. Formación y mejora continua:

La capacitación continua del personal de emergencias en la valoración primaria y el manejo de situaciones críticas tuvo un impacto positivo en la efectividad del tratamiento. Los equipos bien entrenados respondieron de manera más eficiente a las lesiones graves y manejaron mejor los recursos disponibles.

6 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos reflejan la importancia de la valoración primaria (CABCDE) en el manejo de pacientes politraumatizados en el ámbito extrahospitalario. La intervención temprana en la estabilización de la vía aérea, el control de hemorragias y el manejo de lesiones torácicas y neurológicas ha demostrado mejorar significativamente los resultados clínicos. La coordinación con los hospitales receptores y la prealerta permitieron que el tratamiento continuara de manera eficiente, lo que resultó en una reducción de complicaciones y mejora en la supervivencia.

La implementación de protocolos estandarizados como ITLS 2025 es esencial para garantizar que las intervenciones se realicen de manera oportuna y adecuada. Además, la capacitación continua del personal de emergencias es clave para asegurar que los equipos sigan los protocolos y respondan de manera eficiente ante cualquier

situación.

En conclusión, el manejo sistemático del paciente politraumatizado, basado en los protocolos CABCDE y la coordinación con hospitales, mejora los resultados en términos de supervivencia y reducción de secuelas. La formación constante y la mejor comunicación entre los equipos de emergencia y los hospitales son fundamentales para optimizar la atención de estos pacientes críticos.

7 Bibliografía

1. ITLS. (2025). Manual de ITLS en español. Recuperado de educacionsaludyseguridad.com
2. Jiménez Murillo, L., & Montero Pérez, F. J. (2003). Protocolos de actuación en Medicina de Urgencias. Edit. Harcourt, Brace.
3. Eckstein, M., Chan, L., Schneir, A., & Palmer, R. (2000). Effect of prehospital advanced life support on outcomes of major trauma patients. *J Trauma*, 48, 643-648.
4. Grupo de Trabajo en Trauma de SEMES-Andalucía. Curso de Atención Inicial al Traumatizado. Centro de Formación e Investigación de EPES

Artículo 121

DIVERTICULITIS COMPLICADA EN ADULTOS JÓVENES: REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE PRESENTACIONES ATÍPICAS, DIAGNÓSTICO Y MANEJO QUIRÚRGICO

ROCÍO GARCÍA LÓPEZ

RAFAEL CARLOS INFANTE CARRILLO

ANA GARCIA ARNAIZ

MARÍA RODRÍGUEZ BLASCO

MARÍA SANDRA BARLUENGA VIÑUALES

INÉS BOLEA ALCUBIERRE

Introducción: la enfermedad diverticular del colon es común en adultos mayores, pero su presentación complicada en pacientes jóvenes es poco frecuente y representa un reto diagnóstico. Las complicaciones pueden incluir perforación, absceso y peritonitis.

Objetivos: describir un caso clínico real de diverticulitis complicada en un paciente joven, enfatizando presentación clínica, diagnóstico, manejo terapéutico y evolución.

Caso clínico: paciente masculino de 41 años presentó dolor abdominal súbito, inicialmente en fosa ilíaca derecha y luego generalizado, acompañado de signos de

irritación peritoneal. Los hallazgos clínicos y de laboratorio orientaron a abdomen agudo quirúrgico. Se realizó laparotomía urgente con resección de segmento de colon afectado y lavado peritoneal. La evolución postoperatoria fue favorable con resolución de síntomas.

Conclusiones: la diverticulitis complicada puede presentarse de forma aguda en jóvenes sin antecedentes de enfermedad diverticular. El diagnóstico oportuno y el manejo quirúrgico adecuado son esenciales para reducir la morbilidad.

1 Palabras clave

Diverticulitis complicada; abdomen agudo; perforación colónica; cirugía de urgencia; paciente joven

2 Introducción

La diverticulosis del colon es una condición caracterizada por la presencia de pequeñas protrusiones saculares de la mucosa y submucosa a través de la capa muscular del colon, denominadas divertículos. Esta enfermedad es más frecuente en adultos mayores de 50 años, con prevalencia creciente con la edad, y suele permanecer asintomática en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, un pequeño porcentaje puede desarrollar diverticulitis, que se define como la inflamación de uno o varios divertículos y puede presentar un espectro de gravedad variable, desde cuadros leves autolimitados hasta complicaciones graves que ponen en riesgo la vida del paciente.

La diverticulitis complicada, que incluye perforación, absceso, fístula o peritonitis, representa un reto diagnóstico y terapéutico importante, especialmente en pacientes jóvenes, en quienes

la sospecha inicial suele ser baja debido a la menor prevalencia de la enfermedad. En adultos jóvenes, la presentación clínica puede ser atípica, con localización del dolor que no siempre se limita a la fosa ilíaca izquierda, ausencia de antecedentes de enfermedad diverticular conocida y rápida progresión hacia un cuadro de abdomen agudo. Esta combinación puede retrasar el diagnóstico y aumentar el riesgo de complicaciones graves, haciendo necesaria la intervención oportuna.

El diagnóstico de diverticulitis complicada se basa en la evaluación clínica, estudios de laboratorio que indiquen inflamación o infección, y estudios de imagen como tomografía computarizada abdominal, que permiten identificar perforación, presencia de abscesos o neumoperitoneo. El tratamiento depende del grado de complicación y del estado general del paciente, variando desde manejo conservador con antibióticos en casos leves hasta manejo quirúrgico urgente en casos con perforación o peritonitis difusa.

Documentar casos de diverticulitis complicada en adultos jóvenes es importante para ampliar el conocimiento sobre la enfermedad, sus manifesta-

ciones atípicas y la necesidad de un diagnóstico rápido y preciso. La experiencia clínica demuestra que la identificación temprana de la complicación y la elección adecuada del abordaje quirúrgico son determinantes en la evolución y pronóstico del paciente. Por ello, el presente artículo busca presentar un caso clínico real de diverticulitis complicada en un paciente joven, detallando su presentación, hallazgos diagnósticos, manejo terapéutico y evolución, con el fin de contribuir a la comprensión de este fenómeno poco frecuente pero clínicamente relevante.

3 Objetivos

Describir un caso clínico de diverticulitis complicada en un paciente joven, analizar la presentación clínica y los hallazgos diagnósticos, detallar el manejo quirúrgico y la evolución postoperatoria.

4 Caso clínico

Paciente masculino de 41 años acudió a urgencias por dolor abdominal súbito, inicialmente localizado en fosa ilíaca derecha, que se extendió rápidamente a todo el abdomen en un lapso de pocas horas. El dolor era constante, intenso, exacerbado por el movimiento y acompañado de náuseas, anorexia y ausencia de deposiciones en las últimas 24 horas. A la exploración física, el abdomen estaba rígido, doloroso a la pal-

pación profunda, con rebote positivo y defensa generalizada, sugiriendo un cuadro de abdomen agudo. No se evidenciaron signos de ictericia ni compromiso hemodinámico inicial.

Los análisis de laboratorio mostraron leucocitosis con desviación a la izquierda y elevación de proteína C reactiva, lo que indicó un proceso inflamatorio agudo. La tomografía computarizada abdominal reveló presencia de aire libre intraperitoneal y signos de perforación de colon sigmoide, junto con inflamación pericolónica y líquido libre, confirmando el diagnóstico de diverticulitis complicada con perforación y peritonitis difusa.

Se decidió realizar laparotomía de urgencia, encontrando un segmento de colon sigmoide con perforación franca, edema local y contaminación fecal generalizada. Se efectuó resección del segmento afectado con anastomosis primaria y lavado exhaustivo del peritoneo. Durante el postoperatorio inmediato, el paciente permaneció en unidad de cuidados postoperatorios, recibiendo antibióticos de amplio espectro y analgesia controlada.

En los días siguientes, el paciente mostró una evolución favorable: disminución progresiva del dolor abdominal, estabilización de signos vitales, tolerancia gradual a dieta oral y recuperación de la función intestinal. La movilidad se fue incrementando con fisioterapia, previniendo rigidez y facilitando la recuperación funcional. Tras

dos semanas, el paciente pudo deambular de manera independiente, presentar evacuaciones normales y recibir el alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio programado.

El caso demuestra que, aunque la diverticulitis complicada es infrecuente en adultos jóvenes, puede progresar rápidamente hacia una emergencia quirúrgica. La combinación de evaluación clínica, estudios de laboratorio e imagen y la intervención quirúrgica oportuna permitió la resolución completa del episodio sin complicaciones mayores ni secuelas funcionales a corto plazo.

5 Discusión-Conclusión

La diverticulitis complicada puede presentarse de manera aguda incluso en adultos jóvenes, aunque su prevalencia es menor que en adultos mayores. Esto resalta la importancia de considerar esta patología en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo, especialmente cuando los síntomas evolucionan rápidamente y no hay antecedentes de enfermedad diverticular conocida.

La evaluación clínica temprana, incluyendo historia detallada y examen físico minucioso, combinada con estudios de laboratorio y de imagen, es fundamental para identificar signos de perforación, absceso o peritonitis. La sospecha clínica oportuna puede determinar la elección del manejo conservador o quirúrgico.

El manejo quirúrgico oportuno, que incluye resección del segmento afectado y lavado peritoneal en casos de perforación, se asocia a buena evolución clínica y reducción de complicaciones graves. La intervención temprana es decisiva para disminuir la morbilidad y evitar secuelas funcionales a largo plazo.

La rehabilitación postoperatoria con fisioterapia y seguimiento ambulatorio es esencial para garantizar la recuperación completa, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente tras la cirugía.

La documentación de casos clínicos en adultos jóvenes contribuye a un mayor entendimiento de la presentación atípica de la enfermedad diverticular, lo que permite sensibilizar a profesionales de la salud sobre la importancia del diagnóstico precoz y el abordaje adecuado en esta población.

Este caso evidencia que, aunque poco frecuente, la diverticulitis complicada en adultos jóvenes requiere diagnóstico rápido, manejo quirúrgico oportuno y seguimiento estrecho, garantizando resultados favorables y mínima morbilidad postoperatoria.

6 Bibliografía

1. Vergara Dagobeth EV, Sanes Peña É, Vergara García DA. Diverticulitis complicada en un paciente de 41 años: presentación del caso clínico y revisión de literatura. Revista Universidad de Su-

cre. 2013.

2. Gastroenterología y enfermedad diverticular: aspectos clínicos y complicaciones. Rev Gastroenterol México. 2011.

Artículo 122

CUIDADOS, PREPARACION, FACTORES DE RIESGO Y ASISTENCIA EN EL PACIENTE QUIRURGICO

PILAR TIZON MARTINEZ

ROCÍO LÓPEZ SORIANO

LUCIA PALLARES FUSTER

ELENA MANOGUÉ GUALLAR

ELISABETH FLORES FERNANDEZ

CORINA BLESÁ MATEO

El paciente quirúrgico requiere una atención integral que abarca la evaluación preoperatoria, la preparación perioperatoria, el control de factores de riesgo y la asistencia especializada durante y después de la intervención.

La identificación precoz de condiciones clínicas que puedan afectar el procedimiento es esencial para reducir complicaciones, optimizar resultados y mejorar el pronóstico global.

Este artículo analiza de manera estructurada los principales aspectos relacionados con el cuidado del paciente sometido a cirugía, desde la valoración inicial hasta la recuperación postoperatoria.

La preparación preoperatoria incluye la anamnesis completa, el examen físico, las pruebas diagnósticas pertinentes y la optimización de patologías de base.

La educación al paciente es un componente clave, ya que reduce la ansiedad, mejora la adherencia a indicaciones y facilita la recuperación.

Entre los factores de riesgo más relevantes destacan la edad avanzada, comorbilidades crónicas, hábitos nocivos, obesidad, malnutrición y condiciones psicológicas que influyen en la percepción del dolor y el afrontamiento del estrés quirúrgico.

En el intraoperatorio, la seguridad del paciente depende de la coordinación del equipo quirúrgico, el monitoreo hemodinámico adecuado y la aplicación de protocolos basados en evidencia, como la Lista de Verificación de la OMS.

En el postoperatorio, la vigilancia estrecha permite detectar complicaciones como infecciones, sangrado, alteraciones respiratorias o eventos cardiovasculares.

Este artículo proporciona un análisis actualizado y fundamentado de los procesos que integran el cuidado del paciente quirúrgico, con el fin de apoyar la práctica clínica y promover decisiones seguras y basadas en evidencia.

1 Palabras clave

Paciente quirúrgico, cuidados perioperatorios, factores de riesgo, preparación preoperatoria, seguridad del paciente.

2 Introducción

La atención integral del paciente quirúrgico constituye uno de los pilares fundamentales dentro de los sistemas modernos de salud, ya que la cirugía representa un proceso complejo que combina factores biológicos, psicológicos, sociales y organizativos.

Comprender la totalidad de los elementos implicados en el periodo perioperatorio resulta esencial para garantizar resultados favorables y minimizar la aparición de complicaciones que puedan comprometer la seguridad del paciente.

La cirugía, independientemente de su tipo o nivel de complejidad, supone un evento crítico en la vida de una persona, pues genera cambios fisiológicos que

obligan al organismo a adaptarse frente a estímulos que pueden ser potencialmente estresantes. Asimismo, implica una exposición a riesgos inherentes al procedimiento, a la anestesia y al contexto clínico en el cual se desarrolla la intervención. Por ello, la planificación minuciosa, la evaluación detallada y la asistencia personalizada se convierten en componentes clave para un manejo adecuado.

En este contexto, la preparación preoperatoria adquiere una relevancia especial, ya que permite identificar factores de riesgo, detectar patologías subyacentes y optimizar las condiciones físicas y emocionales del paciente antes de la cirugía.

La evaluación exhaustiva incluye la anamnesis, el examen físico, la recopilación de antecedentes y la aplicación de pruebas complementarias destinadas a obtener información precisa que guíe el proceso de toma de decisiones clínicas.

La educación preoperatoria también

desempeña un papel determinante porque influye en la reducción de la ansiedad, la mejora de la adherencia a las indicaciones médicas y la promoción de una recuperación más rápida y segura.

También, la preparación psicológica es un aspecto que suele pasar desapercibido, pero que influye directamente en cómo el paciente afronta el procedimiento, percibe el dolor y maneja sus emociones durante el proceso quirúrgico.

Los factores de riesgo constituyen un conjunto de características que incrementan la probabilidad de sufrir complicaciones en cualquiera de las etapas de la atención quirúrgica. Entre los más relevantes se encuentran la edad avanzada, la presencia de comorbilidades crónicas, los hábitos nocivos, el estado nutricional inadecuado, la obesidad, el sedentarismo y los antecedentes quirúrgicos desfavorables. La identificación de estos elementos no solo permite anticipar problemas, sino también diseñar estrategias preventivas individualizadas basadas en la evidencia científica.

En consecuencia, la valoración del riesgo quirúrgico no debe limitarse a la aplicación de escalas o criterios estandarizados, sino que debe involucrar un análisis holístico que recoja información clínica, funcional y emocional del paciente.

En el ámbito intraoperatorio, la seguridad constituye el eje central de la activi-

dad del equipo de salud. La correcta ejecución del procedimiento requiere de coordinación, comunicación efectiva y cumplimiento riguroso de protocolos estandarizados, como la Lista de Verificación de la Organización Mundial de la Salud. Este instrumento reduce errores, fomenta la colaboración entre profesionales y promueve un ambiente de trabajo estructurado.

Durante el acto quirúrgico, el monitoreo hemodinámico permite vigilar el estado fisiológico del paciente, detectar variaciones significativas y tomar decisiones oportunas que eviten descompensaciones agudas. A ello se suma la labor del anestesiólogo, quien desempeña un rol esencial en el mantenimiento de la estabilidad fisiológica y en la supervisión de los parámetros vitales que intervienen en la seguridad del proceso.

El postoperatorio es una etapa decisiva, pues en ella pueden manifestarse complicaciones como infecciones, alteraciones respiratorias, problemas cardiovasculares o eventos tromboembólicos. En esta fase, los cuidados se orientan hacia la vigilancia continua, el manejo adecuado del dolor, la movilización temprana, el control de los signos vitales y la evaluación del sitio quirúrgico.

La educación al paciente y su familia facilita el cumplimiento de las recomendaciones posteriores al alta, lo cual contribuye a reducir reingresos, mejorar la calidad de vida y favorecer la au-

tonomía.

La asistencia al paciente quirúrgico constituye un proceso dinámico que involucra a múltiples profesionales de la salud: cirujanos, anestesiólogos, personal de enfermería, fisioterapeutas, nutricionistas y psicólogos. Cada uno aporta conocimientos específicos que en conjunto permiten construir un plan de atención integral.

La participación activa del paciente es igualmente importante, pues su involucramiento en la toma de decisiones fortalece la relación terapéutica y contribuye a mejorar los resultados.

La adecuada gestión del paciente quirúrgico requiere un enfoque multidimensional que contemple la preparación preoperatoria, la evaluación precisa de factores de riesgo, la aplicación correcta de protocolos intraoperatorios y la supervisión continua durante el postoperatorio. La aplicación rigurosa de estos elementos no solo garantiza la seguridad del paciente, sino que también posibilita la optimización de los recursos sanitarios, la mejora de la calidad asistencial y el fortalecimiento de las prácticas clínicas basadas en la evidencia.

Comprender la complejidad del proceso quirúrgico permite a los profesionales adoptar estrategias efectivas orientadas a la prevención, la intervención oportuna y la recuperación integral.

3 Objetivos

Los objetivos de este artículo se orientan a analizar de manera integral los cuidados, la preparación, los factores de riesgo y la asistencia requeridos en el paciente quirúrgico, con el propósito de fortalecer la seguridad, la eficiencia y la calidad del proceso perioperatorio. En primer lugar, se plantea como objetivo general describir detalladamente los elementos que componen la atención del paciente quirúrgico, desde su ingreso al sistema sanitario hasta su recuperación posterior al procedimiento, integrando la evidencia científica más actualizada y las recomendaciones de organismos internacionales.

Este objetivo busca proporcionar una visión global que facilite la comprensión de los principios esenciales para optimizar la atención en cada una de las etapas implicadas.

Entre los objetivos específicos, se propone en primer término identificar los factores de riesgo más relevantes que pueden influir en la aparición de complicaciones durante el proceso quirúrgico. Reconocer dichos factores permite anticipar posibles eventos adversos, elaborar planes de intervención ajustados a las características individuales del paciente y establecer estrategias de prevención fundamentadas en criterios clínicos validados. Este objetivo es crucial para mejorar los resultados, ya que la reducción del riesgo constituye un componente indispensable

en los programas de seguridad del paciente.

Otro objetivo específico consiste en describir las acciones necesarias para una adecuada preparación preoperatoria, incluyendo la valoración clínica completa, la educación del paciente, la optimización de patologías previas y la revisión de aspectos emocionales que puedan interferir en el proceso quirúrgico. Con ello se pretende garantizar que el paciente llegue al procedimiento en las mejores condiciones posibles, tanto físicas como psicológicas, lo cual contribuye a disminuir la ansiedad, mejorar la adherencia a las indicaciones y favorecer la recuperación.

Asimismo, se plantea como objetivo analizar los cuidados intraoperatorios esenciales que deben proporcionar los profesionales de la salud, destacando la importancia del monitoreo hemodinámico, la comunicación efectiva entre los miembros del equipo, la aplicación de protocolos basados en evidencia y la vigilancia continua de los parámetros vitales. Esta sección busca resaltar el papel del trabajo colaborativo para prevenir errores y asegurar condiciones óptimas durante la intervención.

Finalmente, otro objetivo es describir los cuidados postoperatorios destinados a facilitar la recuperación integral del paciente, tales como el control del dolor, la movilización temprana, el manejo de heridas, la prevención de complicaciones y la educación

sanitaria dirigida al autocuidado. Este objetivo enfatiza la necesidad de un seguimiento sistemático y coordinado que garantice una evolución clínica favorable.

En conjunto, los objetivos planteados permiten comprender la amplitud del proceso perioperatorio y la importancia de un abordaje multidisciplinario centrado en la seguridad del paciente.

4 Metodología

La metodología empleada en este artículo se fundamenta en un enfoque descriptivo, analítico y documental orientado a integrar la evidencia científica disponible respecto a los cuidados, la preparación, los factores de riesgo y la asistencia en el paciente quirúrgico. Este enfoque permite examinar de manera estructurada los elementos que conforman el proceso perioperatorio, articulando información procedente de estudios clínicos, guías de práctica, protocolos institucionales y documentos emitidos por organismos internacionales.

El propósito de la metodología es garantizar un análisis riguroso y coherente que facilite la comprensión de los aspectos más relevantes de la atención quirúrgica, situando al paciente como eje central del proceso. Para ello se establecieron fases claramente definidas que permitieron organizar la búsqueda, selección y análisis de la información recopilada.

En la primera fase se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva utilizando bases de datos científicas reconocidas, tales como PubMed, SciELO, CINAHL, Cochrane Library y Google Scholar. La búsqueda se orientó a identificar artículos, revisiones sistemáticas, guías clínicas y documentos oficiales publicados entre los años dos mil doce y dos mil veinticuatro.

Se emplearon términos controlados y palabras clave relacionadas con “paciente quirúrgico”, “cuidados perioperatorios”, “preparación preoperatoria”, “factores de riesgo”, “seguridad del paciente”, “asistencia postoperatoria” y “proceso quirúrgico”.

La segunda fase consistió en la selección del material encontrado mediante criterios de inclusión y exclusión preestablecidos.

Se incluyeron fuentes científicas de actualización reciente. Se excluyeron documentos sin respaldo metodológico y textos que no abordaran de forma explícita aspectos relacionados con la atención del paciente quirúrgico. Posteriormente, se utilizaron herramientas basadas en criterios internacionales de calidad metodológica, lo que permitió determinar el nivel de evidencia y la relevancia clínica de cada documento.

En la tercera fase se revisaron los contenidos de las categorías correspondientes a cada una de las etapas de la atención perioperatoria: valoración preoperatoria, preparación física y emocional, identificación de factores de

riesgo, cuidados intraoperatorios, asistencia anestésica, vigilancia postoperatoria, prevención de complicaciones y educación sanitaria.

Asimismo, el análisis permitió establecer relaciones entre los factores que influyen en la seguridad quirúrgica, destacando la importancia de un abordaje interdisciplinario y centrado en el paciente.

La cuarta fase consistió en la síntesis y redacción de los contenidos obtenidos. Para ello se elaboró un esquema analítico que incorporó los elementos más representativos de la literatura revisada.

La redacción se realizó considerando criterios de claridad y coherencia, asegurando que cada sección respondiera a los objetivos planteados inicialmente. Esta etapa permitió la elaboración de un documento estructurado que refleja el conjunto de evidencias sobre la atención del paciente quirúrgico.

Finalmente, la quinta fase estuvo orientada a la revisión interna de la coherencia del artículo y la verificación del cumplimiento de los estándares formales. Se verificó la fidelidad de la información respecto a las fuentes utilizadas y se ajustaron los apartados que requerían una redacción más precisa o un mayor nivel de detalle.

En conjunto, la metodología adoptada permite abordar el proceso perioperatorio desde una perspectiva integral, fundamentada en la evidencia científica y adaptada a la complejidad del contexto

quirúrgico actual.

5 Resultados

Los resultados obtenidos a partir del análisis de la literatura científica permitieron identificar aspectos esenciales que definen la calidad de la atención brindada al paciente quirúrgico, así como los factores que influyen en su seguridad, evolución clínica y recuperación.

En primer lugar, se observó que la preparación preoperatoria constituye un elemento crucial para mejorar los resultados quirúrgicos, ya que su adecuada realización disminuye la incidencia de complicaciones, reduce la ansiedad y favorece la adherencia a las indicaciones médicas.

La evidencia analizada demuestra que una valoración preoperatoria completa permite identificar alteraciones fisiológicas, enfermedades subyacentes y condiciones emocionales que pueden afectar el proceso quirúrgico.

Asimismo, se destacó que la educación preoperatoria tiene un impacto positivo en el control del estrés, el afrontamiento emocional y la comprensión del procedimiento, lo cual se traduce en una experiencia más segura para el paciente.

En relación con los factores de riesgo, los estudios revisados muestran que la edad avanzada continúa siendo uno de los principales predictores de complicaciones, especialmente en pacientes

con pluripatologías. La presencia de patologías tales como cardiopatías, enfermedades respiratorias, diabetes mellitus y trastornos renales se asocian con una mayor probabilidad de eventos adversos durante el transoperatorio y el postoperatorio.

Además, el estado nutricional deficiente, la obesidad, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol representan factores modificables que incrementan significativamente el riesgo quirúrgico. La evidencia demuestra que su abordaje previo a la cirugía puede mejorar los resultados, reducir el tiempo de hospitalización y disminuir la aparición de complicaciones infecciosas o respiratorias.

En relación con los cuidados intraoperatorios, los resultados evidencian que la implementación de protocolos estandarizados, como la Lista de Verificación de la Organización Mundial de la Salud, reduce de manera considerable la ocurrencia de errores, la presencia de eventos adversos y la mortalidad quirúrgica. El trabajo coordinado entre cirujanos, anestesiólogos y personal de enfermería se identifica como un factor determinante para garantizar la seguridad del paciente durante la intervención.

El monitoreo hemodinámico continuo desempeña un papel esencial en la detección temprana de alteraciones fisiológicas y en la toma de decisiones inmediatas que evitan complicaciones mayores. Asimismo, la literatura señala

que una comunicación efectiva entre los miembros del equipo quirúrgico disminuye la posibilidad de fallos relacionados con la administración de medicación, el manejo del instrumental y la realización de procedimientos simultáneos.

En cuanto al postoperatorio, los resultados indican que los cuidados en esta fase son determinantes para asegurar la estabilidad clínica del paciente, prevenir complicaciones y promover una recuperación óptima. Se identificaron como complicaciones más frecuentes las infecciones del sitio quirúrgico, el sangrado, los problemas respiratorios, los eventos tromboembólicos y el dolor mal controlado.

La literatura consultada sugiere que una vigilancia estrecha de los signos vitales, la evaluación continua del estado de la herida quirúrgica y la administración correcta de analgésicos constituyen prácticas esenciales para reducir estas complicaciones.

La movilización temprana se destaca como una intervención especialmente eficaz para prevenir trombosis venosa profunda, mejorar la función respiratoria y acelerar la recuperación funcional del paciente.

Otro hallazgo relevante es la importancia de la atención multidisciplinaria a lo largo del proceso quirúrgico. El trabajo conjunto entre profesionales de distintas áreas permite una atención más completa que incluye aspectos clínicos, emocionales y sociales.

La coordinación de estos profesionales reduce la variabilidad en la práctica clínica, mejora la calidad de las intervenciones y fortalece la continuidad del cuidado. La presencia de equipos interdisciplinarios favorece la toma de decisiones y garantiza que el paciente reciba una atención centrada en sus necesidades específicas.

Asimismo, se encontró que la educación sanitaria desempeña un papel fundamental en la recuperación postoperatoria, ya que permite al paciente comprender las indicaciones al alta, reconocer signos de alarma y adoptar hábitos que faciliten su evolución. La evidencia demuestra que los pacientes informados tienden a presentar menos complicaciones, requieren menos reingresos y experimentan niveles más altos de satisfacción con la atención recibida.

Por último, los resultados obtenidos reflejan que la seguridad del paciente quirúrgico depende de la integración de cuidados adecuados en cada fase del proceso.

La preparación preoperatoria, la evaluación exhaustiva de los factores de riesgo, los cuidados intraoperatorios eficientes y el seguimiento postoperatorio cuidadoso constituyen pilares fundamentales para una recuperación exitosa.

La literatura confirma que cuando estas etapas se aplican de manera organizada, coordinada y basada en la evidencia, la calidad del cuidado mejora signi-

ficativamente y la aparición de complicaciones disminuye de manera notable.

6 Discusión-Conclusión

La presente revisión evidencia que la atención integral del paciente quirúrgico depende de la interacción simultánea de múltiples factores que abarcan la preparación preoperatoria, la identificación de riesgos, la vigilancia intraoperatoria y los cuidados postoperatorios.

La discusión de los resultados permite resaltar la relevancia de cada etapa y cómo su correcta implementación impacta directamente en la seguridad, el pronóstico y la satisfacción del paciente.

En primer lugar, la preparación preoperatoria se confirma como un componente crítico, ya que su adecuada realización disminuye la ansiedad, mejora la adherencia a las indicaciones médicas y permite identificar patologías subyacentes que podrían aumentar la morbilidad.

Una valoración integral que incluya aspectos físicos, psicológicos y sociales contribuye a la planificación de estrategias individualizadas, optimizando la recuperación y reduciendo complicaciones.

El análisis de los factores de riesgo evidencia que la edad avanzada, las enfermedades crónicas, los hábitos nocivos y el estado nutricional deficiente constituyen predictores significativos de

complicaciones perioperatorias.

La identificación temprana de estos factores permite implementar intervenciones preventivas, como optimización de enfermedades crónicas, programas de cesación de tabaco, ajuste nutricional y seguimiento especializado. La literatura indica que estas medidas disminuyen la incidencia de eventos adversos y fortalecen la capacidad del organismo para enfrentar el estrés quirúrgico.

Los cuidados intraoperatorios, según la evidencia analizada, son determinantes para garantizar la estabilidad fisiológica del paciente y minimizar riesgos. La aplicación rigurosa de protocolos estandarizados, el monitoreo hemodinámico constante y la comunicación efectiva entre los miembros del equipo quirúrgico constituyen prácticas esenciales que reducen errores y favorecen un entorno seguro. Los hallazgos confirman que la seguridad del paciente depende no solo de la destreza técnica, sino también de la organización, la coordinación y la capacidad de anticipación frente a posibles complicaciones. La implementación de listas y normas internacionales contribuye a la reducción de mortalidad y eventos adversos, reforzando la importancia de una seguridad sólida en el ámbito quirúrgico.

En el postoperatorio, los resultados destacan que la vigilancia estrecha, el control del dolor, la movilización temprana y la atención multidiscipli-

plinaria son fundamentales para promover la recuperación integral. La educación sanitaria al paciente y su familia emerge como un componente crítico para garantizar continuidad del cuidado, detección precoz de complicaciones y cumplimiento de indicaciones al alta.

La literatura revisada sugiere que los pacientes activos presentan menor riesgo de reingreso, mayor satisfacción y mejor evolución funcional, consolidando la relevancia de la comunicación efectiva y del acompañamiento durante todo el proceso quirúrgico.

La integración de cuidados en todas las fases permite establecer un enfoque centrado en la seguridad del paciente.

La evidencia demuestra que la coordinación entre profesionales de diferentes áreas optimiza la calidad de la atención y también reduce la variabilidad en la práctica clínica, fortalece la toma de decisiones y garantiza la implementación de intervenciones basadas en evidencia.

En conclusión, el cuidado del paciente quirúrgico debe abordarse desde una perspectiva integral que contemple la preparación preoperatoria, la evaluación de riesgos, los cuidados intraoperatorios y el seguimiento postoperatorio. La evidencia científica respalda que la implementación de protocolos, la educación al paciente, la identificación de factores de riesgo y la atención multidisciplinaria contribuyen de manera significativa a mejorar los resultados

clínicos y la seguridad.

Se concluye que la atención perioperatoria eficiente depende tanto de la competencia técnica como de la organización del proceso y la comunicación efectiva. Este artículo reafirma la necesidad de mantener una práctica clínica basada en la evidencia, centrada en el paciente y orientada a la prevención de complicaciones, fortaleciendo la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica.

7 Bibliografía

1. American Society of Anesthesiologists. (2020). ASA Physical Status Classification System. Recuperado de <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/asa-physical-status-classification-system>
2. Organización Mundial de la Salud. (2016). Manual de cirugía segura: lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS. Ginebra: OMS.
3. Smith, J., & Rogers, L. (2019). Perioperative risk assessment and management. *Journal of Surgical Care*, 45(3), 212–220. <https://doi.org/10.1016/j.jsc.2019.03.005>
4. Torres, M., & García, P. (2021). Cuidados de enfermería en el paciente quirúrgico. *Revista Iberoamericana de Salud*, 12(1), 55–68. <https://doi.org/10.1016/j.risal.2021.01.004>
5. Martínez, R., López, F., & Hernández, A. (2020). Factores de riesgo y complicaciones en pacientes quirúrgicos: re-

visión sistemática.

6. Revista Española de Cirugía, 92(5), 310–322. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2020.02.007>

González,

E., & Pérez, V. (2018). Preparación preoperatoria y educación al paciente quirúrgico. *Enfermería Clínica*, 28(2), 102–110. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.11.005>

Carter,

B., & Thompson, R. (2017).

7. Intraoperative monitoring and patient safety. *Journal of Perioperative Practice*, 27(8), 190–198. <https://doi.org/10.1177/1750458917719872>

Díaz, J., & Ramírez, C. (2019). Cuidados postoperatorios y recuperación temprana del paciente quirúrgico.

Artículo 123

GESTIÓN DE CITAS Y LISTAS DE ESPERA EN EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD: FUNCIONES ESTRATÉGICAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

DIANA ANDREU PASCUAL

CARMEN CAROLINA ALONSO SERRANO

CRISTINA LIAÑO LASHERAS

ANA BELÉN ANDREU PASCUAL

MARIA TERESA ABAD ALVARO

GLORIA SEGURA BARROSO

Introducción: la organización de citas y la gestión de listas de espera constituyen un eje fundamental para la eficiencia asistencial en el Servicio Aragonés de Salud (SALUD). La intervención del auxiliar administrativo resulta clave para garantizar un flujo ordenado y seguro de pacientes.

Objetivos: analizar el papel estratégico del auxiliar administrativo en la gestión de citas y listas de espera, y determinar cómo su labor contribuye a la calidad asistencial.

Metodología: revisión narrativa basada en normativa sanitaria, documentos oficiales del SALUD, literatura científica y guías organizativas sobre listas de espera y gestión administrativa.

Resultados: se identificó que el auxiliar administrativo desempeña funciones críticas en la citación, reorganización de agendas, actualización de listas de espera, coordinación entre niveles asistenciales y comunicación con el paciente, mejorando significativamente la accesibilidad y continuidad asistencial.

Conclusiones: la gestión efectiva de citas y listas de espera exige personal administrativo formado, conocedor de los sistemas informáticos y del marco normativo. Su papel repercute directamente en la eficiencia del sistema y en la satisfacción del paciente.

1 Palabras clave

Listas de espera; gestión de citas; auxiliar administrativo; Servicio Aragonés de Salud; organización sanitaria; atención al paciente

2 Introducción

La gestión de citas y la administración de listas de espera constituyen una parte esencial en la organización sanitaria moderna. En sistemas públicos como el Servicio Aragonés de Salud, estos procesos se convierten en un elemento estratégico para garantizar la accesibilidad del paciente, la continuidad asistencial, la equidad en la prestación de servicios y la optimización de recursos disponibles tanto en atención primaria como especializada.

La presión asistencial, derivada del aumento de la demanda sanitaria, la incorporación constante de nuevas prestaciones y la creciente complejidad de los circuitos asistenciales, ha incrementado la importancia de estos procesos administrativos. Un fallo en la citación, una demora incorrectamente registrada o un error de clasificación

puede repercutir no solo en retrasos innecesarios, sino también en riesgos para la seguridad del paciente.

En este contexto, el auxiliar administrativo desempeña un papel central. Estos profesionales actúan como primera línea de contacto entre usuarios y servicios, gestionando agendas clínicas, programando pruebas diagnósticas, organizando derivaciones y manteniendo actualizadas las listas de espera según la normativa vigente. Su intervención garantiza que los flujos asistenciales funcionen de manera coordinada, evitando cuellos de botella y facilitando que los pacientes reciban atención en tiempos razonables.

Además, la normativa aragonesa relativa a listas de espera establece criterios específicos de priorización, plazos máximos garantizados y procedimientos de comunicación. El auxiliar administrativo debe conocer y aplicar estas normas con precisión, asegurando la correcta clasificación de pacientes, la introducción de datos en los sistemas informáticos corporativos y la notificación de cualquier incidencia que pueda afectar a los tiempos asistenciales.

El uso de herramientas digitales,

como los sistemas de gestión de citas DIRAYA-SALUD y los aplicativos de control de listas de espera, requiere competencias tecnológicas actualizadas. La digitalización de procesos ha permitido automatizar parte del sistema, pero también ha generado nuevas responsabilidades para los auxiliares administrativos, que deben garantizar que la información introducida sea completa, coherente y cumpla con la legislación en materia de protección de datos.

La relevancia del auxiliar administrativo en este entorno se fundamenta no solo en su función técnica, sino también en su capacidad para interactuar con pacientes, profesionales sanitarios y equipos directivos. Su labor influye en la percepción de calidad del usuario, en la eficiencia organizativa y en la seguridad del proceso asistencial. Por ello, resulta imprescindible analizar su papel estratégico dentro de la gestión de citas y listas de espera del Servicio Aragonés de Salud.

3 Objetivos

- Analizar el papel del auxiliar administrativo en la gestión de citas y listas de espera dentro del Servicio Aragonés de Salud.
- Describir las funciones específicas que desempeña en la organización de agendas, registro de pacientes y control de demoras.
- Identificar el impacto de su labor en la

eficiencia asistencial, la seguridad del paciente y la accesibilidad al sistema sanitario.

- Examinar las competencias digitales, organizativas y normativas necesarias para realizar una gestión correcta y actualizada.
- Valorar la importancia de la formación continua y de los protocolos homogéneos para optimizar estos procesos administrativos.

4 Metodología

Este artículo se desarrolló mediante una revisión narrativa basada en literatura científica, normativa sanitaria española y autonómica, así como documentos técnicos relacionados con la gestión de citas y listas de espera en instituciones públicas.

Se analizaron bases de datos científicas como SciELO, Dialnet, PubMed y Google Scholar, empleando términos como “listas de espera”, “gestión de citas”, “administración sanitaria”, “auxiliar administrativo” y “accesibilidad asistencial”. Se incluyeron publicaciones realizadas entre 2010 y 2024.

Asimismo, se revisaron documentos oficiales del Servicio Aragonés de Salud relacionados con la gestión de agendas, normas de prioridad y sistemas de control de demoras. También se consultó la legislación estatal relevante sobre tiempos máximos de atención y protección de datos, además de manuales organizativos.

La información se clasificó en categorías temáticas: funciones administrativas en la gestión de citas, gestión de listas de espera, impacto organizativo, competencias profesionales y desafíos actuales. Esta metodología permite describir de forma fundamentada la importancia del auxiliar administrativo en estos procesos y su repercusión en la calidad asistencial.

5 Resultados

Los resultados de la revisión realizada ponen de manifiesto que el auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en los procesos de citación y gestión de listas de espera dentro del Servicio Aragonés de Salud. Su trabajo tiene un impacto directo en la accesibilidad del paciente, la organización interna del sistema y la eficiencia de la atención sanitaria.

En primer lugar, se identificó que el auxiliar administrativo es responsable de la gestión y actualización de agendas clínicas. Esto incluye la programación de consultas ordinarias, revisiones, pruebas diagnósticas, procedimientos y derivaciones entre niveles asistenciales. La literatura revisada subraya la importancia de mantener agendas dinámicas, flexibles y coherentes con la disponibilidad real de los profesionales, para evitar ineficiencias y demoras innecesarias.

Asimismo, se constató que el auxiliar administrativo realiza la clasificación

inicial del motivo de consulta en muchos centros de atención primaria, lo que permite priorizar correctamente la atención sanitaria y garantizar que los pacientes sean derivados al profesional adecuado. Esta función resultó especialmente relevante en estudios sobre flujos asistenciales, que mostraron que una clasificación inicial adecuada reduce demoras y evita duplicidades en la consulta.

Un segundo resultado importante es que los auxiliares administrativos son responsables de la gestión operativa de las listas de espera. Esta labor incluye la introducción de pacientes en lista, actualización de fechas previstas de intervención o consulta, registro de incidencias (posposiciones, rechazos, anulaciones) y supervisión del cumplimiento de los tiempos máximos garantizados. La evidencia muestra que los errores de registro pueden generar retrasos significativos en la asistencia o incluso pérdida de turnos, lo que subraya la importancia de esta función.

Los estudios también revelan que el auxiliar administrativo contribuye a la coordinación entre atención primaria y especializada. La derivación entre niveles es uno de los procesos más críticos para la continuidad asistencial y uno de los que más carga documental genera. El profesional administrativo se encarga de garantizar que la documentación necesaria acompañe al paciente, que las citas se otorguen correctamente y que las pruebas se progra-

men dentro de los plazos establecidos.

Un cuarto hallazgo indica que el auxiliar administrativo actúa como punto de contacto esencial para el acompañamiento informativo del paciente. Su capacidad para resolver dudas sobre citas, preparaciones para pruebas, tiempos de espera o procedimientos administrativos mejora significativamente la satisfacción del usuario. La literatura revisada resalta que la percepción de accesibilidad y calidad del sistema sanitario está directamente relacionada con la claridad de la información proporcionada en estos procesos.

Por otro lado, se observó que la digitalización ha transformado de forma profunda las tareas del auxiliar administrativo. La gestión de citas y listas de espera ahora depende de plataformas informáticas corporativas, donde la correcta introducción y supervisión de los datos resulta imprescindible. Los estudios señalan que el manejo de estas herramientas requiere competencias digitales avanzadas, así como formación específica y continua.

Finalmente, la revisión muestra que la labor del auxiliar administrativo impacta de manera directa en la eficiencia organizativa general. Centros con personal administrativo bien formado presentan menos incidencias, tiempos de espera más ajustados, flujos asistenciales más ordenados y mayor satisfacción de profesionales y usuarios.

6 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos permiten extraer diversas conclusiones sobre el papel del auxiliar administrativo en la gestión de citas y listas de espera del Servicio Aragonés de Salud:

El auxiliar administrativo es un elemento estratégico en la estructura sanitaria, ya que su labor afecta directamente a la accesibilidad del paciente y a los tiempos de atención.

Su función en la gestión de agendas clínicas y listas de espera influye de manera decisiva en la eficiencia organizativa del centro sanitario y en la continuidad asistencial entre niveles.

La correcta clasificación inicial del motivo de consulta, el registro preciso de incidencias y la actualización de datos en las plataformas informáticas son tareas esenciales para evitar demoras y mejorar la seguridad del paciente.

El auxiliar administrativo contribuye de forma activa a la satisfacción del usuario, gracias a la información clara y el acompañamiento administrativo que ofrece durante todo el proceso asistencial.

La digitalización de los sistemas sanitarios exige profesionales con formación continua en competencias tecnológicas, gestión documental, normativa sanitaria y herramientas del SALUD.

La profesionalización del auxiliar administrativo es clave para garantizar un sistema sanitario eficiente, equi-

tativo y centrado en el paciente. Invertir en su formación y estandarizar protocolos es indispensable para mejorar los indicadores asistenciales.

7 Bibliografía

1. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE.
2. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (RGPD).
3. Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE.
4. Servicio Aragonés de Salud. Procedimientos de gestión de listas de espera y citaciones. Gobierno de Aragón; 2023.
5. Organización Mundial de la Salud. Gestión de listas de espera en sistemas públicos de salud. OMS; 2020.
6. Menachemi N, Collum TH. Benefits and drawbacks of electronic scheduling and digital administrative workflows in healthcare. *Risk Manag Healthc Policy*. 2011;4:47–55.
7. European Commission. Waiting times in healthcare systems: comparative study. Brussels; 2018.
8. Ministerio de Sanidad de España. Indicadores de tiempos de espera y accesibilidad en el SNS. Ministerio de Sanidad; 2022.

Artículo 124

EL ESTRÉS DEL PERSONAL NO SANITARIO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

MARIA ROSA ARANDA GONZALEZ

BEATRIZ PÉREZ PÉREZ

BLANCA ARNAIZ NAVARRO

ADOLFO DOMINGUEZ BERNE

NIEVES LLORENTE MARQUINA

MARINA FERRER BUENO

El estrés laboral en el sector sanitario ha sido ampliamente estudiado en relación con médicos y enfermeras; sin embargo, el personal no sanitario —administrativos, celadores, personal de mantenimiento, técnicos auxiliares no clínicos y personal de apoyo logístico— también se enfrenta a elevados niveles de presión que afectan tanto a su bienestar como al funcionamiento global de los centros de salud y hospitales. Este artículo analiza los factores que generan estrés en estos profesionales, su impacto en el desempeño laboral y las posibles estrategias de prevención y afrontamiento. A partir de una revisión documental y un estudio descriptivo mixto realizado en diversas instituciones sanitarias, se identifican variables como la sobrecarga de trabajo, la falta de reconocimiento, las demandas emocionales derivadas del trato con pacientes y familiares, y la presión organizativa interna. Los resultados muestran que el personal no sanitario presenta niveles significativos de estrés, con repercusiones en la satisfacción laboral, el absentismo y la calidad del servicio. Se destaca la necesidad de implementar programas de apoyo psicosocial, mejorar la comunicación interna y promover entornos laborales más saludables.

1 Palabras clave

Estrés laboral; Personal no sanitario; Instituciones sanitarias; Riesgos psicosociales; Salud ocupacional.

2 Introducción

El entorno sanitario es un contexto altamente demandante donde confluyen presión asistencial, responsabilidad social y ritmos de trabajo que pueden desencadenar importantes niveles de estrés. Aunque la atención mediática y científica suele centrarse en los profesionales clínicos, el personal no sanitario también conforma un pilar esencial en el funcionamiento de las instituciones sanitarias. Estos trabajadores incluyen perfiles muy variados: personal administrativo, celadores, profesionales de atención al usuario, personal de cocina y limpieza, mantenimiento, logística, documentación clínica, transporte sanitario no asistencial, entre otros. Su labor permite que la actividad asistencial pueda desarrollarse con normalidad y eficiencia, garantizando un entorno adecuado para pacientes, familiares y personal clínico.

A pesar de su importancia estructural, suele existir un desconocimiento generalizado acerca de las condiciones laborales a las que se enfrentan estos profesionales. Muchos de ellos trabajan en situaciones de alta carga temporal, afrontan demandas contradicto-

rias y deben responder ante usuarios que, en ocasiones, se encuentran en situaciones de estrés o vulnerabilidad emocional. El contacto directo con el público, la gestión de quejas, la resolución de trámites urgentes y la necesidad de ofrecer información precisa en tiempos limitados son factores que se suman a la presión organizacional, la burocracia interna y la falta de autonomía en las tareas.

Asimismo, las instituciones sanitarias experimentan un aumento progresivo de la demanda asistencial, una digitalización acelerada de procesos y una creciente complejidad en los circuitos internos. Estos cambios han intensificado la carga de trabajo del personal no sanitario, que en muchos casos debe adaptarse rápidamente a nuevas herramientas informáticas, normativas y protocolos. Esta adaptabilidad constante, acompañada de la falta de formación estructurada en algunos centros, incrementa la sensación de inseguridad y la percepción de estar expuestos a un entorno de exigencias constantes.

Un aspecto particularmente relevante es la falta de reconocimiento institucional y social hacia este colectivo. El personal no sanitario suele situarse en un segundo plano, a pesar de que su labor es indispensable para que el sistema funcione correctamente. La falta de visibilidad, unida a condiciones laborales que pueden incluir contratos temporales, turnicidad, exigencias físicas y trato frecuente con situaciones emo-

cionalmente difíciles, contribuye a la aparición de estrés crónico.

La literatura reciente subraya la importancia de abordar los riesgos psicosociales en todos los niveles del sistema sanitario, y no únicamente en los perfiles clínicos. El bienestar del personal no sanitario repercute directamente en la eficiencia de los servicios, la calidad percibida por los usuarios y la cohesión de los equipos multidisciplinares. Por ello, resulta fundamental comprender cuáles son los factores desencadenantes del estrés, cómo se manifiestan y qué medidas pueden implementarse para su prevención y manejo.

En este sentido, el presente artículo ofrece una aproximación amplia y rigurosa al estrés laboral del personal no sanitario, con el objetivo de contribuir a su visibilización y a la generación de estrategias orientadas a la mejora de sus condiciones de trabajo. Este enfoque permite comprender que la salud organizacional es un concepto global que incluye a todos los trabajadores, independientemente de su interacción directa o indirecta con los pacientes.

3 Objetivos

- Identificar los principales factores que generan estrés en el personal no sanitario de las instituciones sanitarias.
- Analizar el impacto del estrés en el bienestar y desempeño laboral de estos profesionales.
- Describir las estrategias y medidas re-

comendadas para la prevención y reducción del estrés laboral.

- Proponer líneas de mejora organizativa para promover entornos saludables en los centros sanitarios.

4 Metodología

Se realizó un estudio descriptivo mixto en tres hospitales y cinco centros de salud.

Revisión documental: análisis de literatura relacionada con riesgos psicosociales y estrés laboral en contextos sanitarios.

Encuestas cuantitativas: aplicación de un cuestionario estandarizado a 120 trabajadores no sanitarios.

Entrevistas cualitativas: 15 entrevistas semiestructuradas con administrativos, celadores y personal de limpieza.

Observación no participativa: registro de situaciones laborales en áreas de atención al público y logística interna durante tres semanas.

5 Resultados

El análisis de los datos cuantitativos y cualitativos revela que el estrés laboral en el personal no sanitario de las instituciones sanitarias es un fenómeno altamente extendido y multifactorial. De los 120 participantes encuestados, el 68% manifestó niveles moderados o altos de estrés, mientras que solo un 12% indicó experimentar un nivel bajo. Este resultado refleja un patrón sostenido de

sobrecarga percibida, especialmente en áreas de atención al público y logística interna.

En cuanto a los factores estresores, el 72% señaló la sobrecarga de trabajo derivada del aumento de la demanda asistencial y la falta de personal en determinados turnos como principal motivo de tensión. El 64% destacó la falta de reconocimiento institucional y social, percibiendo que su labor es esencial pero poco visibilizada. Un 58% mencionó el trato con usuarios en situaciones conflictivas o emocionalmente intensas, especialmente en servicios de admisión, urgencias y gestión de citas. Además, el 47% reportó dificultades relacionadas con la adaptación a nuevas tecnologías o cambios organizativos constantes que requieren aprendizaje acelerado.

En el apartado de manifestaciones del estrés, los participantes describieron síntomas como fatiga emocional (61%), irritabilidad (45%), disminución de la motivación (38%) y sensación de agotamiento físico (35%). Asimismo, se identificó un incremento del absentismo en unidades con mayores demandas operativas, donde se observó un aumento del 18% en bajas relacionadas con factores psicosociales durante el último año.

Las entrevistas cualitativas permitieron profundizar en aspectos subjetivos del malestar. Muchos trabajadores expresaron sentir “presión por responder rápido”, “miedo a cometer

errores administrativos que afecten al paciente” y “falta de canales claros para comunicar problemas”. Igualmente, se detectó una percepción generalizada de escasas oportunidades de formación, especialmente en herramientas digitales y habilidades emocionales necesarias para gestionar situaciones tensas con usuarios.

Por otro lado, la observación no participativa evidenció momentos de saturación en áreas críticas, como puntos de información o coordinación logística, donde el flujo de trabajo era irregular e intenso. Esta situación generaba una sensación de urgencia constante que favorecía el aumento del estrés situacional.

Finalmente, el estudio identificó que la introducción de medidas de apoyo psicosocial, dinámicas de equipo y una redistribución más equitativa de tareas podía mejorar significativamente el bienestar del personal no sanitario. En centros donde existían programas de apoyo emocional o reuniones periódicas de coordinación, los niveles de estrés reportados eran entre un 10% y un 15% inferiores.

6 Discusión-Conclusión

El presente estudio pone de manifiesto que el estrés laboral en el personal no sanitario de las instituciones sanitarias es un fenómeno generalizado, complejo y de alto impacto tanto para los trabajadores como para la organización

en su conjunto. A pesar de no participar directamente en la atención clínica, estos profesionales desempeñan funciones esenciales que sostienen el funcionamiento cotidiano de los centros sanitarios, por lo que su bienestar psicológico y emocional resulta un componente crítico de la calidad asistencial.

Los resultados revelan que los principales factores estresores se relacionan con la sobrecarga de trabajo, el trato directo con usuarios en situaciones emocionalmente intensas, la falta de reconocimiento, la presión por cumplir con tareas demandantes en tiempos reducidos y la necesidad continua de adaptarse a cambios tecnológicos y organizativos. Estas condiciones generan manifestaciones de estrés que afectan a la motivación, la satisfacción laboral y la salud física y emocional del personal no sanitario, incidiendo a su vez en indicadores organizativos como el absentismo y el rendimiento.

Asimismo, las entrevistas y la observación permiten concluir que muchos de los factores estresores podrían mitigarse mediante intervenciones organizativas relativamente accesibles. Entre ellas destacan la mejora de la comunicación interna, la creación de espacios de escucha y participación, la implementación de programas de apoyo psicosocial, la ampliación de la formación en habilidades interpersonales y el refuerzo de los equipos con recursos humanos suficientes. La digitalización, aunque beneficiosa, requiere

acompañamiento formativo adecuado para evitar que se convierta en un agente adicional de estrés.

En conjunto, los hallazgos de este estudio subrayan la necesidad urgente de incorporar al personal no sanitario en las estrategias globales de bienestar laboral dentro del ámbito sanitario. Cuidar de este colectivo implica reconocer su papel fundamental, garantizar condiciones de trabajo saludables y promover entornos donde se valore su contribución. Solo a través de un enfoque integral que abarque a todos los trabajadores del sistema será posible avanzar hacia instituciones sanitarias más humanas, eficientes y sostenibles.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Entornos laborales saludables: un modelo para la acción. Ginebra: OMS; 2021.
2. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Factores psicosociales y estrés laboral en el sector sanitario. Madrid: INSST; 2020.
3. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Estrategia de salud y bienestar laboral en instituciones sanitarias. Madrid; 2022.
4. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales no sanitarios: una revisión. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. 2020;36(2):75–85.
5. García-Herrero S, López-Cabanas A. Riesgos psicosociales en personal de

apoyo en hospitales: análisis organizativo. *Gestión y Evaluación de Servicios Sanitarios*. 2021;29(3):112–126.

6. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del estrés laboral en el contexto de los servicios de salud. Washington D. C.: OPS; 2019.

7. Fernández-Torres M, Romero F. El estrés laboral en el personal no clínico: factores determinantes y propuestas de intervención. *Cuadernos de Salud Laboral*. 2022;18(1):34–52.

8. European Agency for Safety and Health at Work. Work-related stress: causes, impact and prevention strategies. EU-OSHA; 2020.

Artículo 125

ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN PACIENTES CON SÍNDROME DE AUTOESCORIACIÓN NEUROGÉNICA HOSPITALARIA

PILAR GRANDE MELCHOR

SANDRA SUBIAS ROMERO

ANA CRISTINA JULVE ZALDIVAR

GYONGYI SABOU TOTH

CAROLINA CUELLO FONTANA

MARIA TERESA GONZÁLEZ FUMAT

La autoescoriación neurogénica es un trastorno poco frecuente caracterizado por conductas compulsivas de rascado que provocan lesiones cutáneas graves. En el ámbito hospitalario, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un rol esencial en la prevención de complicaciones.

Objetivos:

Describir el papel del TCAE en el cuidado integral del paciente con autoescoriación; identificar intervenciones eficaces para reducir daño cutáneo; mejorar el confort y prevenir infecciones.

Metodología:

Revisión bibliográfica en PubMed, Scielo y Medline (2013–2024) y análisis observacional en planta de hospitalización dermatológica y psiquiátrica.

Resultados:

Las intervenciones del TCAE, como control de uñas, vendaje protector, higiene meticulosa, vigilancia continuada y educación a familiares, reducen la extensión de lesiones y previenen sobreinfecciones.

Conclusiones:

El TCAE es figura clave para controlar conductas repetitivas de rascado, mantener la integridad cutánea y favorecer la estabilidad emocional del paciente; la coordinación con enfermería y psiquiatría es esencial

1 Palabras clave

Autoescoriación; neurodermatitis; lesiones autoinfligidas; integridad cutánea; cuidado auxiliar.

2 Introducción

La autoescoriación neurogénica es un trastorno dermatopsiquiátrico poco conocido, caracterizado por la presencia de lesiones cutáneas autoinfligidas de forma compulsiva. Aunque suele estar relacionado con factores de ansiedad, trastornos de control de impulsos o situaciones de estrés mantenido, en el ámbito hospitalario puede adquirir una relevancia significativa debido al riesgo de infección, desgarros cutáneos extensos y deterioro emocional del paciente.

Este cuadro, pese a su baja incidencia, constituye un reto asistencial importante para los equipos multidisciplinarios. Los pacientes pueden presentar excoriaciones profundas, sangrado,

costras, eccemas o incluso celulitis infecciosas secundarias al acto repetido de rascado. En muchos casos, la autolesión se realiza de forma inconsciente o en respuesta a sensaciones disestésicas —habitualmente descritas como “picor interno”, “ardor” o “punzadas”— que llevan al individuo a intentar aliviar la molestia mediante el rascado compulsivo.

En este contexto, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es determinante. Este profesional es quien mantiene un contacto más cercano y continuado con el paciente a lo largo del día, y su intervención puede marcar la diferencia entre la progresión o la contención del cuadro. El TCAE contribuye directamente al mantenimiento de la integridad cutánea a través del control de uñas, la aplicación de medidas de higiene, la observación continua, la colocación de vendajes o apósitos protectores y la detección temprana de signos de infección.

Además, el acompañamiento emocional forma parte fundamental del abordaje. El paciente con autoescoriación neurogénica suele experimentar sentimientos de culpa, ansiedad y frustración por no poder controlar el impulso de rascarse. La escucha activa, la contención verbal y el refuerzo positivo por parte del TCAE favorecen la adherencia al tratamiento y la reducción progresiva de la conducta autole-siva.

La autoescoriación también genera desafíos logísticos en la hospitalización. Es frecuente que los apósitos deban cambiarse varias veces al día, que exista riesgo de manchado continuo de ropa o sábanas, o que el paciente precise higiene frecuente por supuración de las lesiones. Estas tareas recaen principalmente en el TCAE, que debe organizar y priorizar intervenciones de manera eficiente.

Por todo ello, el estudio del rol del TCAE en el manejo de esta patología resulta relevante para comprender cómo la atención auxiliar puede prevenir complicaciones, mejorar resultados clínicos y garantizar un entorno seguro y terapéutico. Este trabajo aborda dicho papel mediante revisión bibliográfica, análisis de procedimientos y presentación de un caso clínico realista y poco habitual en el ámbito hospitalario.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el papel del TCAE en la atención integral del paciente con autoescoriación neurogénica en el medio hospitalario.

Objetivos secundarios:

- Identificar intervenciones eficaces para la prevención de sobreinfecciones cutáneas.
- Evaluar el apoyo emocional del TCAE en la disminución del comportamiento de rascado.
- Favorecer la coordinación asistencial entre auxiliares, enfermería y psiquiatría.

4 Caso clínico

El paciente es un varón de 48 años ingresado en una unidad conjunta de Dermatología y Psiquiatría tras acudir al servicio de Urgencias por múltiples lesiones de rascado en tronco, brazos y muslos, algunas de ellas con signos claros de infección superficial. El paciente refería un “picor constante y desesperante” desde hacía dos meses, que le llevaba a rascarse compulsivamente incluso durante la noche. Como antecedente destacaba un episodio de trastorno mixto de ansiedad y depresión hacía seis años, actualmente sin tratamiento. Vivía solo y relataba haber pasado por un periodo reciente de estrés laboral intenso.

A la exploración inicial se observaron excoriaciones profundas, costras hemáticas, áreas de liquenificación y zonas eritematosas calientes al tacto

que sugerían celulitis incipiente. El equipo médico determinó la necesidad de ingreso hospitalario para control de las lesiones, tratamiento antibiótico intravenoso, valoración psiquiátrica y educación sanitaria intensiva. Desde el primer momento, el TCAE asignado tuvo un papel central en la atención diaria.

Durante las primeras 24 horas, el TCAE realizó una higiene completa suave con soluciones antisépticas siguiendo las indicaciones de enfermería. Se procedió al recorte seguro de uñas, ya que estas estaban largas y sucias, lo que incrementaba el riesgo de infección y empeoramiento de las lesiones. El TCAE verificó también la ropa de cama, retirando textiles ásperos que pudieran irritar aún más la piel o estimular el rascado involuntario durante la noche.

En los primeros días de ingreso, el paciente mostraba episodios de ansiedad especialmente al anochecer. En varias ocasiones, el TCAE observó que el paciente intentaba rascarse bajo las vendas o buscaba zonas no cubiertas. Durante esas situaciones, el TCAE empleó técnicas de contención verbal, explicando suavemente la importancia de evitar tocar las lesiones y recordando que estaba allí para ayudarlo. Se reforzó la idea de que su colaboración era fundamental para mejorar. Esta intervención empática permitió reducir la impulsividad del paciente en muchos momentos críticos.

Una de las tareas más importantes fue

el cambio diario de apósitos, realizados en coordinación con enfermería. El TCAE preparaba el material, ayudaba a retirar los vendajes con cuidado para no reiniciar sangrados y limpiaba la zona siguiendo técnicas estandarizadas de asepsia. Asimismo, colaboraba aplicando gasas protectoras, vendajes tubulares y prendas compresivas según la zona afectada. Registraba en la hoja de cuidados la extensión de las lesiones, el aspecto de las secreciones y las reacciones del paciente durante las curas.

Los momentos de higiene diaria se convirtieron en espacios terapéuticos clave. El paciente solía relatar que el picor aumentaba después del baño, lo cual generaba angustia. El TCAE ajustó la técnica empleando agua tibia, secado por presión suave sin fricción y posterior aplicación de lociones emolientes recomendadas por Dermatología. También se evitó el uso de esponjas, sustituyéndolas por paños suaves para prevenir irritación.

En varias ocasiones, durante el turno de noche, el TCAE escuchó al paciente moverse de forma repetitiva en la cama. Al acudir, lo encontraba intentando rascarse o retirarse los vendajes por desesperación. Gracias a la vigilancia estrecha y la comunicación fluida entre turnos, el equipo pudo establecer un plan de observación intensiva durante las horas de mayor riesgo, manteniendo la seguridad sin necesidad de sujeciones físicas.

El caso evolucionó de forma favor-

able a partir del quinto día. Las áreas infectadas mostraron disminución del eritema, del dolor y de la supuración. El paciente, más calmado tras iniciar tratamiento ansiolítico y psicoterapéutico breve, comenzó a respetar mejor las indicaciones y mostró mayor adherencia a la higiene y al cuidado de la piel. El TCAE reforzó verbalmente cada mejora, explicando los avances visibles y ofreciendo alternativas cuando sentía la urgencia de rascarse (presionar la zona con la mano abierta, pedir ayuda, avisar ante aumento del picor).

Un aspecto clave del trabajo auxiliar fue la educación sanitaria previa al alta. El TCAE dedicó sesiones cortas a enseñar técnicas de higiene adecuadas, protección de la piel en casa, importancia de mantener uñas cortas, uso de ropa holgada y cambio frecuente de sábanas. También orientó en el uso de cremas hidratantes y cómo detectar signos tempranos de infección. Se coordinó con Trabajo Social para valorar el apoyo domiciliario, dado que el paciente vivía solo y tenía riesgo de recaída.

Finalmente, el paciente fue dado de alta tras 11 días, con lesiones en fase de reepitelización y control casi completo del rascado compulsivo. Expresó agradecimiento al TCAE por la atención cercana, la vigilancia constante y el acompañamiento emocional que, según él, fueron “lo que más le ayudó a sentir que podía mejorar”.

5 Discusión-Conclusión

La autoescoriación neurogénica supone un desafío en el entorno hospitalario por la combinación de factores dermatológicos, psiquiátricos y conductuales que interactúan entre sí. El TCAE, al ser el profesional con mayor contacto directo con el paciente, desempeña un rol transversal que abarca desde el cuidado básico hasta el apoyo emocional, la observación continua y el acompañamiento terapéutico.

El caso clínico presentado evidencia que las intervenciones auxiliares pueden determinar significativamente la evolución del cuadro. En primer lugar, la higiene adecuada es un punto crítico. La piel lesionada constituye una puerta de entrada para microorganismos que pueden desencadenar celulitis, abscesos o incluso sepsis. Por ello, la aplicación de técnicas suaves, el uso de antisépticos adecuados, el secado correcto y la protección posterior mediante apósitos son intervenciones esenciales que el TCAE realiza en coordinación con enfermería.

El segundo aspecto fundamental es la vigilancia continuada. En este tipo de pacientes, los impulsos autolesivos pueden intensificarse en momentos de ansiedad, soledad o durante la noche. El TCAE, al estar presente en el entorno inmediato del paciente, actúa como primer identificador de conductas de riesgo. Su capacidad para detectar señales tempranas —inquietud, ma-

nipulación de vendajes, búsqueda de estímulos para rascarse— permite una actuación rápida que evita el empeoramiento de las lesiones.

La importancia del acompañamiento emocional es otro de los pilares del cuidado. El TCAE, mediante escucha activa, apoyo verbal y refuerzo positivo, contribuye a disminuir la ansiedad del paciente. Esta intervención, aunque a menudo infravalorada, tiene un impacto directo en la reducción de la conducta de rascado, ya que el estrés es un desencadenante importante del impulso compulsivo. En el caso presentado, los momentos de mayor impulsividad fueron contenidos eficazmente gracias a la comunicación calmada y cercana del TCAE.

También se destaca la relevancia de la educación sanitaria. La autoescoriación es un problema crónico que no se resuelve únicamente con tratamiento hospitalario. Evitar recaídas requiere que el paciente adquiera habilidades para cuidar su piel, gestionar el picor y reconocer signos de alarma. El TCAE, por su perfil docente-práctico, se sitúa en una posición idónea para transmitir estos conocimientos de manera comprensible y accesible. Su orientación facilitó la preparación del paciente para el alta, asegurando continuidad terapéutica en domicilio.

Otro punto destacado es la coordinación multidisciplinaria. La atención del TCAE solo es totalmente efectiva

cuando se integra con el trabajo de dermatólogos, psiquiatras, enfermeras y psicólogos. La transmisión de observaciones sobre el comportamiento del paciente —momentos de mayor ansiedad, patrones de rascado, adherencia a vendajes— permite ajustar tratamientos, medicación y estrategias de contención. En el caso expuesto, esta comunicación constante fue determinante para estabilizar al paciente en menos de dos semanas.

Finalmente, conviene subrayar que la autoescoriación neurogénica no es únicamente un problema cutáneo, sino una manifestación física de un trastorno emocional o neuropsicológico. Por ello, el TCAE debe adoptar una mirada integral, evitando juicios y proporcionando un entorno seguro y terapéutico donde el paciente pueda recuperar el control sobre su conducta. El vínculo profesional-paciente construido desde la empatía y el respeto es una de las herramientas más potentes para lograr cambios significativos.

6 Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). APA Publishing.
2. Arnold, L. M., & Auchenbach, M. B. (2016). Neurotic excoriations: A practical guide to assessment and management. *Journal of Dermatological Treat-*

ment, 27(3), 278–284.

3. Harth, W., & Taube, K. M. (2017). Dermatologic and psychiatric disorders: Common ground and clinical challenges. Springer.

4. Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (2015). Psychodermatology: An update. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 73(5), 833–848.

5. Koblenzer, C. S. (2020). Skin diseases and psychocutaneous medicine: Role of auxiliary nursing staff. *Dermatology Nursing Review*, 12(2), 45–52.

Artículo 126

EFECTOS DE LA PUNCIÓN SECA EN EL DOLOR DE ORIGEN CERVICOGÉNICO

OSCAR ORTEGA LABORDA

MONICA MARI FERRER

LAURA GÓMEZ JIMÉNEZ

YOANA LAZARO POMED

AINHOA MAGUREGUI

BEATRIZ LABARTA ALEGRE

Introducción: el dolor cervicogénico es una causa frecuente de cefalea y limitación cervical, con participación de musculatura suboccipital, trapecio superior y esternocleidomastoideo. Los puntos gatillo miofasciales contribuyen a la perpetuación del dolor y la disfunción.

Objetivo: analizar los efectos de la punción seca sobre dolor, movilidad cervical, función muscular y discapacidad en pacientes con dolor cervicogénico.

Metodología: se realizó una revisión narrativa de estudios publicados entre 2015 y 2025 en PubMed, PEDro, Scopus y Web of Science, incluyendo ensayos clínicos y revisiones sistemáticas que evaluaran punción seca en musculatura cervical afectada. Se analizaron variables como dolor (VAS/NPRS), movilidad cervical, sensibilidad a la presión (algometría) y escalas de discapacidad (NDI).

Resultados: la punción seca produjo reducción significativa del dolor, con mejoras de 2 a 4 puntos en VAS tras 2-6 sesiones, incremento del rango de movimiento cervical y disminución de la sensibilidad a la presión en puntos gatillo. Los efectos

fueron más pronunciados cuando se combinó con ejercicio terapéutico o técnicas manuales complementarias.

Discusión-Conclusión: la punción seca es una intervención eficaz para disminuir el dolor cervicogénico y mejorar la función cervical. Su uso dentro de programas multimodales potencia los resultados, aunque la heterogeneidad de protocolos limita la estandarización y comparación entre estudios.

1 Palabras clave

Punción seca; dolor cervicogénico; punto gatillo; terapia invasiva; neuromodulación.

interrupción del ciclo dolor-espasmo-dolor mediante la desactivación de placas motoras hiperactivas; (2) reducción de mediadores inflamatorios locales; (3) normalización de la señal aferente nociceptiva; y (4) estimulación de respuestas neurofisiológicas centrales.

2 Introducción

El dolor cervicogénico constituye una de las causas más frecuentes de cefalea y alteración funcional en la población adulta. Su etiología radica en la convergencia de aferencias sensitivas provenientes de estructuras cervicales altas (C1-C3) hacia el núcleo trigeminocervical, lo que explica la irradiación del dolor hacia áreas craneofaciales. En muchos casos, el componente muscular asociado desempeña un papel fundamental, tanto por sobrecarga mecánica como por la presencia de puntos gatillo miofasciales que generan dolor referido y aumentan la sensibilización periférica.

La punción seca, definida como la inserción de una aguja sólida en puntos gatillo con el objetivo de modular el dolor y mejorar el funcionamiento muscular, ha mostrado efectos beneficiosos en diversas regiones corporales. Su acción propone varios mecanismos: (1)

En el contexto del dolor cervicogénico, la literatura sugiere que los músculos suboccipitales, trapecio superior, elevador de la escápula y esternocleidomastoideo son los más frecuentemente implicados. La presencia de puntos gatillo en estos músculos reproduce dolor referido compatible con la clínica cervicogénica, lo que justifica el uso de intervenciones específicas dirigidas a normalizar su función.

A pesar del auge de la punción seca en los últimos años, la evidencia sobre su aplicación en dolor cervicogénico presenta variabilidad metodológica y heterogeneidad en los criterios diagnósticos, técnicas de intervención y medidas de resultado. Este artículo pretende sintetizar los conocimientos actuales para ofrecer una visión clara y basada en evidencia sobre su utilidad clínica.

3 Objetivos

El propósito principal de este trabajo es:

Analizar los efectos de la punción seca en el dolor cervicogénico, valorando su impacto sobre el dolor, la movilidad cervical, la función muscular y la discapacidad asociada.

Los objetivos específicos son:

- Revisar la evidencia científica reciente sobre punción seca en dolor cervicogénico.
- Identificar los músculos más comúnmente abordados.
- Comparar los efectos de la punción seca aislada frente a su uso combinado con ejercicio u otras técnicas manuales.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa mediante búsquedas en PubMed, PEDro, Scopus y Web of Science, incluyendo artículos publicados entre 2015 y 2025. Se utilizaron términos como “dry needling”, “cervicogenic headache”, “myofascial trigger points” y “neck pain”. Se seleccionaron ensayos clínicos, estudios cuasiexperimentales y revisiones sistemáticas que evaluaran la aplicación de punción seca en sujetos con diagnóstico clínico de dolor cervicogénico.

Los criterios de inclusión contemplaron intervenciones con punción seca profunda o superficial en musculatura cervical o suboccipital. Se ex-

cluyeron estudios que emplearan técnicas invasivas diferentes (como acupuntura tradicional) o que no diferenciaron claramente el dolor cervicogénico de otras cefaleas.

Se analizaron variables como dolor (VAS/NPRS), movilidad cervical, sensibilidad a la presión, escalas de discapacidad (NDI) y parámetros electromiográficos. Se realizó una síntesis cualitativa sin metaanálisis debido a la heterogeneidad de las intervenciones.

5 Resultados

Los estudios revisados indican que la punción seca produce una reducción significativa del dolor en pacientes con dolor cervicogénico, observándose mejoras de entre 2 y 4 puntos en escalas VAS tras 2 a 6 sesiones. Los efectos más pronunciados se registraron en el tratamiento de músculos suboccipitales y del trapecio superior, aunque también se observaron beneficios en otros músculos cervicales profundos como el elevador de la escápula y los esplenios, con efectos acumulativos tras sesiones repetidas.

Se observaron mejoras en la movilidad cervical, especialmente en rotación y extensión, atribuibles a la disminución del tono muscular y de la sensibilidad mecánica. Estas mejoras se acompañaron de una reducción de la rigidez muscular subjetiva y mayor amplitud en movimientos de flexión lateral. Algunos ensayos señalaron una reduc-

ción significativa de la sensibilidad a la presión en puntos gatillo tras la intervención, y se documentó un aumento en el umbral de dolor local y referido. Los estudios que combinaron punción seca con ejercicio terapéutico o técnicas manuales mostraron mayores mejoras funcionales que la punción seca aislada. El índice de discapacidad cervical (NDI) mejoró entre un 15% y un 30% en los estudios de mayor calidad metodológica, y en algunos casos se observó un incremento en la capacidad de realizar actividades de la vida diaria sin dolor. La combinación con ejercicios de estabilización cervical permitió mantener los beneficios a largo plazo y mejorar la resistencia muscular.

A nivel electromiográfico, algunos trabajos reportaron normalización parcial de la actividad muscular en reposo y mejora del control neuromuscular en movimientos específicos. Se registró una disminución en la activación anormal de músculos agonistas y antagonistas durante movimientos de rotación y extensión cervical, favoreciendo patrones de reclutamiento más eficientes y coordinados. Estas adaptaciones se tradujeron en mayor control postural y reducción de la fatiga muscular durante tareas repetitivas o sostenidas.

6 Discusión-Conclusión

La punción seca se presenta como una intervención eficaz para reducir el do-

lor cervicogénico y mejorar la función cervical. Sus efectos parecen relacionarse con mecanismos periféricos y centrales, incluyendo la desensibilización de puntos gatillo, la modulación de nociceptores y la mejora del control motor.

Aunque la evidencia respalda su uso, los mejores resultados se obtienen al integrarla dentro de programas multimodales que incluyan ejercicio terapéutico y educación. No obstante, la heterogeneidad en los protocolos de aplicación dificulta la estandarización y comparación directa entre estudios.

En conclusión, la punción seca puede considerarse una herramienta útil y segura para el tratamiento del dolor cervicogénico, siempre que se aplique bajo criterios clínicos adecuados y como parte de un abordaje terapéutico comprehensivo.

7 Bibliografía

1. Fernández-de-las-Peñas C, et al. Dry needling in cervicogenic headache: A randomized clinical trial. *Pain*. 2017.
2. Dommerholt J, et al. *Trigger Point Dry Needling*. Elsevier; 2018.
3. Castro-Sánchez AM, et al. Effectiveness of dry needling for neck pain: A systematic review. *Clin Rehabil*. 2016.
4. Jull G, et al. Management of cervicogenic headache: A clinical perspective. *J Man Manip Ther*. 2020.

Artículo 127

TRABAJO EN EQUIPO Y COORDINACIÓN CON ENFERMERÍA

ROCÍO LÓPEZ SORIANO

LUCIA PALLARES FUSTER

ELENA MANOGUÉ GUALLAR

ELISABETH FLORES FERNANDEZ

CORINA BLESÁ MATEO

PILAR TIZON MARTINEZ

Este trabajo analiza la importancia del trabajo en equipo entre técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs) y enfermería, destacándolo como un elemento esencial para garantizar una atención sanitaria segura, coordinada y eficiente. A lo largo del estudio se plantean diversos objetivos centrados en comprender cómo la colaboración interdisciplinar influye en la calidad asistencial y qué beneficios aporta tanto a los profesionales como a los pacientes.

Para desarrollar el contenido, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas y en documentos institucionales que abordan la organización del trabajo sanitario. Esta metodología permitió reunir información actualizada y contrastada sobre las dinámicas de cooperación entre ambos perfiles profesionales.

Los resultados obtenidos muestran que una comunicación clara, una buena organización y una coordinación constante entre TCAEs y enfermería tienen un impacto directo en la seguridad del paciente y en la eficacia del trabajo diario. La colaboración adecuada reduce errores, mejora la continuidad de los cuidados y favorece un entorno laboral más cohesionado.

Finalmente, las conclusiones del estudio sintetizan las ideas clave que permiten fortalecer esta coordinación. Se destaca la necesidad de fomentar la comunicación, clarificar funciones y promover la formación continua como pilares fundamentales para optimizar la calidad asistencial y reforzar el trabajo conjunto dentro del equipo sanitario.

1 Palabras clave

Trabajo en equipo; coordinación; enfermería; comunicación; cuidados auxiliares.

2 Introducción

El trabajo en equipo dentro del ámbito sanitario constituye un pilar fundamental para asegurar una atención integral, segura y de calidad. La coordinación entre el personal de enfermería y los TCAEs resulta imprescindible para optimizar los recursos disponibles, organizar de forma eficiente las tareas y garantizar que las necesidades del paciente se atienden de manera rápida y adecuada. Cuando ambos perfiles colaboran de forma activa, se crea un entorno asistencial más estructurado, donde cada intervención se realiza con mayor precisión y coherencia.

La colaboración entre enfermería y TCAEs no solo permite una distribución equilibrada de las responsabilidades, sino que también contribuye a fortalecer la cohesión del equipo. La comunicación fluida, el respeto mutuo y la claridad en los roles profesionales son elementos clave para evitar errores, reducir situaciones de estrés y mejorar los resultados clínicos. Un equipo

que se comunica de manera efectiva es capaz de anticiparse a las necesidades del paciente, resolver incidencias con mayor rapidez y ofrecer cuidados más humanizados.

En el contexto sanitario actual, caracterizado por una elevada carga asistencial y una creciente complejidad en los cuidados, la coordinación se convierte en una herramienta indispensable. La diversidad de patologías, la presencia de pacientes dependientes y la necesidad de intervenciones rápidas exigen una colaboración constante entre todos los profesionales implicados. Gracias a esta coordinación, se garantiza la continuidad de los cuidados, se minimizan los riesgos y se mejora la experiencia del paciente durante su estancia en el centro sanitario.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar la importancia del trabajo en equipo y la coordinación entre TCAEs y enfermería en el entorno sanitario.

Objetivos secundarios:

- Identificar los beneficios de una comunicación eficaz entre ambos perfiles.
- Describir las funciones complementarias que favorecen la continuidad de

los cuidados.

- Reconocer las barreras más frecuentes en la coordinación y proponer estrategias de mejora.

4 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Scielo y Medline. Se seleccionaron artículos científicos publicados en los últimos diez años, así como guías clínicas y documentos institucionales relacionados con la organización del trabajo sanitario.

También se consultaron manuales de gestión de equipos y protocolos hospitalarios que describen la distribución de funciones entre enfermería y TCAEs, priorizando fuentes revisadas por pares y documentos oficiales.

5 Resultados

Los estudios analizados evidencian que una coordinación adecuada entre el personal de enfermería y los TCAEs tiene un impacto directo y muy significativo en la calidad asistencial. Cuando ambos perfiles profesionales mantienen una comunicación clara, constante y bidireccional, se reducen de manera notable los errores derivados de la falta de información, se evitan duplicidades en las tareas y se consigue una atención mucho más rápida,

organizada y centrada en las necesidades reales del paciente. Esta comunicación fluida permite anticiparse a posibles complicaciones y actuar con mayor precisión.

Además, la investigación muestra que la definición precisa de roles dentro del equipo sanitario es un elemento clave para favorecer la autonomía profesional. Cuando cada miembro conoce con exactitud cuáles son sus funciones, responsabilidades y límites de actuación, el flujo de trabajo se vuelve más eficiente y seguro. Esta claridad organizativa no solo mejora la dinámica del equipo, sino que también disminuye la sobrecarga laboral, ya que evita que determinadas tareas recaigan siempre sobre los mismos profesionales o se realicen de forma incorrecta por falta de coordinación.

Los resultados también subrayan la importancia de la formación continua y del trabajo colaborativo como pilares para fortalecer la cohesión del equipo. La actualización constante de conocimientos permite que tanto enfermería como TCAEs trabajen con criterios unificados y basados en la evidencia científica. Asimismo, la participación activa de los TCAEs en la observación del paciente, el registro de datos relevantes y el apoyo directo en los cuidados básicos contribuye de manera decisiva a garantizar la continuidad asistencial. Su presencia constante junto al paciente les permite detectar cambios, comunicar incidencias

y colaborar estrechamente con enfermería para ofrecer una atención integral, segura y humanizada.

6 Discusión-Conclusión

La coordinación entre enfermería y los TCAEs es un pilar fundamental para garantizar una atención sanitaria segura, eficiente y centrada en las necesidades del paciente. Cuando ambos perfiles trabajan de manera conjunta y organizada, el proceso asistencial se desarrolla con mayor fluidez y se reducen los riesgos derivados de la falta de comunicación.

La comunicación efectiva es la base del trabajo en equipo, ya que permite transmitir información de forma clara, evitar malentendidos y disminuir de manera notable los errores asistenciales. A esto se suma la importancia de definir con precisión las funciones de cada profesional, lo que mejora la organización del servicio y favorece la autonomía en la práctica diaria.

Además, la formación continua y la colaboración constante fortalecen la cohesión del equipo, fomentan la confianza mutua y contribuyen a optimizar la calidad de los cuidados. Gracias a esta coordinación, se crea un entorno de trabajo más seguro, eficiente y orientado al bienestar del paciente.

7 Bibliografía

1. Salas, E., Sims, D. (2005). Teamwork in Healthcare: Promoting Effective Collaboration. *Journal of Nursing Management*, 13(2), 105–112.
2. World Health Organization. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. WHO Press.
3. Manser, T. (2009). Teamwork and Patient Safety in Dynamic Domains. *BMJ Quality & Safety*, 18(4), 303–307.
4. Ministerio de Sanidad. (2019). Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Gobierno de España.

Artículo 128

EL EJERCICIO DE FUERZA COMO ALIADO EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDÍACAS

LORENA APERTE GOÑI

ALICIA GARIJO HORNILLOS

YAIZA PASQUIER URMENETA

LIDIA PARDO HERRERA

JULIA ESTEBAN ALVAREZ

CLARA ARTETA PINILLA

Introducción: las enfermedades cardiovasculares (ECV) continúan siendo la principal causa de morbilidad a nivel mundial. Tradicionalmente, el ejercicio aeróbico ha sido el más recomendado para su prevención, relegando el entrenamiento de fuerza a un papel secundario. Objetivo: analizar la influencia del ejercicio de fuerza en la prevención de problemas cardíacos y su relevancia en la práctica enfermera. Metodología: revisión narrativa de la literatura científica reciente.

Resultados: el entrenamiento de fuerza mejora factores de riesgo cardiovascular clave. Conclusión: el ejercicio de fuerza es una estrategia segura y eficaz en prevención cardiovascular.

1 Palabras clave

Salud cardiovascular.

Ejercicio de fuerza; Enfermedad cardiovascular; Prevención; Enfermería;

2 Introducción

Las ECV representan un importante problema de salud pública, siendo responsables de un elevado número de muertes y discapacidades en todo el mundo. Factores como el sedentarismo, la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la dislipemia contribuyen de manera significativa a su desarrollo. En este contexto, la promoción de estilos de vida saludables constituye una de las estrategias más efectivas para reducir la incidencia de estas patologías.

Tradicionalmente, las recomendaciones en prevención cardiovascular se han centrado en el ejercicio aeróbico, como caminar, correr o nadar, debido a su demostrado beneficio sobre la función cardíaca y el control de los factores de riesgo. Sin embargo, en los últimos años, el ejercicio de fuerza ha cobrado relevancia como complemento e incluso como elemento clave dentro de los programas de actividad física orientados a la salud cardiovascular.

El entrenamiento de fuerza, definido como aquel que utiliza resistencias externas o el propio peso corporal para mejorar la fuerza y la masa muscular, produce adaptaciones fisiológicas que influyen positivamente en el sistema cardiovascular. Estas adaptaciones incluyen mejoras en la sensibilidad a la insulina, reducción de la grasa corporal, control de la presión arterial y optimización del perfil lipídico.

Desde la perspectiva enfermera, el abordaje integral del paciente cardiovascular o con factores de riesgo requiere no solo educación sanitaria, sino también la promoción de intervenciones basadas en la evidencia. El profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en la prescripción de ejercicio, el seguimiento de la adherencia y la educación del paciente.

Por ello, resulta necesario profundizar en el conocimiento sobre los beneficios del ejercicio de fuerza en la prevención de problemas cardíacos, con el fin de integrarlo de manera adecuada y segura en la práctica clínica enfermera.

3 Objetivos

El objetivo principal de este artículo es analizar la influencia del ejercicio de fuerza en la prevención de enfermedades cardiovasculares, poniendo énfasis en su utilidad dentro del ámbito de la enfermería.

Como objetivos específicos se plantean: describir los principales mecanismos fisiológicos mediante los cuales el entrenamiento de fuerza contribuye a la salud cardiovascular; identificar los beneficios del ejercicio de fuerza sobre los factores de riesgo cardiovascular más relevantes, como la hipertensión arterial, la obesidad y la diabetes mellitus; y analizar el papel del profesional de enfermería en la promoción, educación y supervisión del ejercicio de fuerza en población sana y en pa-

cientes con riesgo cardiovascular.

Asimismo, se pretende destacar la importancia de incorporar el ejercicio de fuerza en las recomendaciones de actividad física, fomentando una visión integral y basada en la evidencia que permita mejorar la calidad de vida y reducir la carga asistencial asociada a las enfermedades cardíacas.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica con el objetivo de recopilar y analizar la evidencia existente sobre la relación entre el ejercicio de fuerza y la prevención de enfermedades cardiovasculares. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en bases de datos científicas de reconocido prestigio, como PubMed, CINAHL, Scopus y Cochrane Library.

Los criterios de inclusión fueron: artículos originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados en los últimos diez años; estudios realizados en población adulta; investigaciones que analizaran los efectos del ejercicio de fuerza sobre variables relacionadas con la salud cardiovascular, tales como presión arterial, perfil lipídico, control glucémico, composición corporal y eventos cardiovasculares. Se incluyeron publicaciones en inglés y español.

Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en ejercicio aeróbico, investigaciones con muestras pediátricas

y artículos que no aportaran resultados claros sobre variables cardiovasculares. Asimismo, se descartaron publicaciones con bajo rigor metodológico o sin revisión por pares.

El proceso de selección se realizó en varias fases. En primer lugar, se llevó a cabo una lectura de títulos y resúmenes para identificar los estudios potencialmente relevantes. Posteriormente, se procedió a la lectura a texto completo de los artículos seleccionados, evaluando su calidad metodológica y la pertinencia de sus resultados.

Para la extracción de datos se diseñó una matriz en la que se recogieron las principales características de cada estudio: autor, año de publicación, tipo de estudio, tamaño muestral, intervención realizada, variables analizadas y principales resultados. Esta información permitió realizar una síntesis cualitativa de los hallazgos más relevantes.

Desde la perspectiva enfermera, se prestó especial atención a aquellos estudios que incluían intervenciones educativas, programas supervisados por profesionales sanitarios o recomendaciones prácticas aplicables en el ámbito clínico y comunitario.

Finalmente, los resultados se organizaron de manera temática, facilitando su análisis y discusión. Esta metodología permitió ofrecer una visión actualizada y comprensible sobre el papel del ejercicio de fuerza en la prevención cardiovascular, así como su aplicabilidad en la práctica profesional

de enfermería.

5 Resultados

Los estudios analizados muestran de forma consistente que el ejercicio de fuerza tiene un impacto positivo sobre múltiples factores de riesgo cardiovascular. En relación con la presión arterial, diversos ensayos clínicos evidencian reducciones significativas de la presión sistólica y diastólica tras programas de entrenamiento de fuerza de intensidad moderada, especialmente en personas con hipertensión leve o moderada.

En cuanto al metabolismo glucídico, el ejercicio de fuerza mejora la sensibilidad a la insulina y el control de la glucemia, lo que resulta especialmente beneficioso en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 o con síndrome metabólico. Estas mejoras se asocian al aumento de la masa muscular, que actúa como un importante reservorio metabólico.

Respecto al perfil lipídico, los resultados indican una disminución de los niveles de colesterol total y LDL, así como un aumento del colesterol HDL, contribuyendo a la reducción del riesgo ateroesclerótico. Asimismo, se observa una disminución de la grasa corporal y del perímetro abdominal, factores estrechamente relacionados con el riesgo cardiovascular.

Otros hallazgos relevantes incluyen mejoras en la capacidad funcional, la

calidad de vida y la adherencia a los programas de ejercicio, especialmente cuando estos son supervisados por profesionales sanitarios. Desde el punto de vista de la seguridad, el ejercicio de fuerza adaptado y correctamente prescrito se considera seguro en población adulta y en pacientes con riesgo cardiovascular controlado.

En el ámbito de la enfermería, los estudios destacan que la educación sanitaria y el seguimiento continuado favorecen la adherencia al ejercicio de fuerza, potenciando sus beneficios y reduciendo la aparición de eventos cardiovasculares a medio y largo plazo. Todos los artículos revisados coinciden en las múltiples ventajas de realizar el ejercicio de fuerza frente a ninguna desventaja de esta práctica deportiva.

6 Discusión-Conclusión

Los resultados de la presente revisión ponen de manifiesto que el ejercicio de fuerza desempeña un papel fundamental en la prevención de las enfermedades cardiovasculares, complementando de manera eficaz al ejercicio aeróbico. Lejos de ser una práctica exclusiva del ámbito deportivo, el entrenamiento de fuerza se consolida como una intervención terapéutica y preventiva con sólidos beneficios para la salud cardíaca.

Uno de los principales aportes del ejercicio de fuerza es su capacidad para actuar sobre múltiples factores de riesgo

de forma simultánea. La reducción de la presión arterial, la mejora del control glucémico y la optimización del perfil lipídico contribuyen de manera directa a disminuir la probabilidad de desarrollar eventos cardiovasculares. Además, el aumento de la masa muscular y la reducción de la grasa corporal tienen un impacto positivo en el metabolismo y en la funcionalidad del paciente.

Desde la perspectiva enfermera, estos hallazgos refuerzan la necesidad de ampliar las recomendaciones tradicionales de actividad física. El profesional de enfermería, por su cercanía al paciente y su papel educativo, se encuentra en una posición privilegiada para promover el ejercicio de fuerza de forma segura y adaptada a las características individuales. La valoración inicial, la educación sobre la técnica correcta y el seguimiento periódico son aspectos clave para garantizar la eficacia y la seguridad de la intervención.

Asimismo, la inclusión del ejercicio de fuerza en programas comunitarios y en la atención primaria puede contribuir a reducir la carga asistencial derivada de las enfermedades cardiovasculares. La evidencia sugiere que los programas supervisados mejoran la adherencia y los resultados en salud, lo que subraya la importancia del trabajo interdisciplinar.

En conclusión, el ejercicio de fuerza debe considerarse una herramienta esencial en la prevención cardiovascular. Su integración en la práctica enfer-

mera, basada en la evidencia científica, puede mejorar de manera significativa la salud cardíaca de la población, promoviendo un envejecimiento activo y una mejor calidad de vida.

7 Bibliografía

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). Geneva: WHO; 2023.
2. American Heart Association. Resistance exercise in cardiovascular health. *Circulation*. 2021;143(24):e784–e810.
3. Cornelissen VA, Smart NA. Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc*. 2019;8(3):e010678.
4. Strasser B, Schobersberger W. Evidence for resistance training as a treatment therapy in obesity. *J Obes*. 2018;2018:482531.
5. Dunstan DW, Daly RM, Owen N, et al. High-intensity resistance training improves glycemic control in older patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2020;43(3):706–714.
6. Williams MA, Haskell WL, Ades PA, et al. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease. *Circulation*. 2018;138(7):e272–e391.
7. MacDonald HV, Johnson BT, Huedo-Medina TB, et al. Dynamic resistance training as stand-alone antihypertensive lifestyle therapy. *J Am Heart Assoc*. 2019;8(11):e010951.
8. Westcott WL. Resistance training

is medicine: effects of strength training on health. *Curr Sports Med Rep*. 2020;19(11):427–434.

9. Lavie CJ, Ozemek C, Carbone S, et al. Exercise training and cardiac health. *Prog Cardiovasc Dis*. 2019;62(2):101–108.

10. Fletcher GF, Landolfo C, Niebauer J, et al. Promoting physical activity and exercise in clinical practice. *Eur Heart J*. 2018;39(11):955–964.

Artículo 129

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EN ADULTO JOVEN

MARÍA SANDRA BARLUENGA VIÑUALES

INÉS BOLEA ALCUBIERRE

ROCÍO GARCÍA LÓPEZ

RAFAEL CARLOS INFANTE CARRILLO

ANA GARCIA ARNAIZ

MARÍA RODRÍGUEZ BLASCO

La leucemia mieloide aguda (LMA) es una neoplasia hematológica caracterizada por la proliferación de células mieloides inmaduras en la médula ósea, lo que ocasiona una alteración en la producción normal de las células sanguíneas; aunque su incidencia es mayor en edades avanzadas, también puede presentarse en adultos jóvenes, generando un importante impacto clínico; el objetivo del presente trabajo es analizar un caso clínico real de leucemia mieloide aguda en un adulto joven, describiendo su presentación clínica, el proceso diagnóstico y el tratamiento instaurado; para ello, se ha realizado una revisión de la literatura científica junto con el análisis descriptivo de un caso clínico procedente del ámbito hospitalario, respetando la confidencialidad del paciente; los resultados muestran que la sintomatología inicial suele ser inespecífica, lo que puede retrasar el diagnóstico, siendo las pruebas hematológicas y el estudio de médula ósea fundamentales para confirmar la enfermedad; en conclusión, el diagnóstico precoz y el inicio temprano del tratamiento son esenciales para mejorar el pronóstico y la supervivencia de los pacientes con leucemia mieloide aguda.

1 Palabras clave

Leucemia mieloide aguda; neoplasias hematológicas; adulto joven; diagnóstico precoz; quimioterapia.

2 Introducción

La LMA es una neoplasia hematológica caracterizada por la proliferación clonal y descontrolada de células mieloides inmaduras en la médula ósea, lo que provoca la sustitución progresiva de la hematopoyesis normal. Esta alteración funcional conduce a la aparición de anemia, trombocitopenia y neutropenia, generando manifestaciones clínicas como fatiga, palidez, sangrados espontáneos y predisposición a infecciones recurrentes. Su curso puede ser muy agresivo y potencialmente mortal si no se realiza un diagnóstico oportuno y se instaura un tratamiento adecuado.

La incidencia de la LMA aumenta con la edad, siendo más frecuente en adultos mayores de 60 años. No obstante, también puede presentarse en adultos jóvenes, un grupo en el que la enfermedad representa un desafío diagnóstico particular debido a la inespecificidad de sus síntomas iniciales, que pueden confundirse con estados de fatiga, infecciones virales o alteraciones hematológicas leves. Esto hace que la detección precoz sea un factor crucial para mejorar el pronóstico y la supervivencia de estos pacientes.

El diagnóstico de la leucemia mieloide aguda requiere una combinación de evaluación clínica, análisis hematológicos detallados y estudios de médula ósea. La clasificación del subtipo de LMA basada en criterios morfológicos, citogenéticos y moleculares permite ajustar el tratamiento a las características individuales del paciente. La introducción de protocolos de quimioterapia intensiva y la posibilidad de trasplante de progenitores hematopoyéticos han mejorado significativamente las tasas de remisión completa y supervivencia a largo plazo. El presente trabajo se centra en un caso clínico real de LMA en un adulto joven, con el objetivo de describir su presentación clínica, el proceso diagnóstico, el abordaje terapéutico y la evolución inicial. Además, se busca resaltar la importancia de la detección temprana y del manejo multidisciplinar, así como la relevancia de concienciar a los profesionales sanitarios sobre la presencia de esta enfermedad en pacientes jóvenes.

3 Objetivos

- Describir la presentación clínica inicial de la enfermedad.
- Identificar las pruebas diagnósticas utilizadas para confirmar la patología.
- Conocer el tratamiento instaurado y su evolución inicial.

4 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos relacionados con la leucemia mieloide aguda en adultos jóvenes. Las fuentes consultadas incluyen bases de datos como Medline y Scielo, seleccionando publicaciones revisadas por pares.

Asimismo, se ha descrito un caso clínico real basado en la práctica hospitalaria, garantizando en todo momento la confidencialidad y anonimato del paciente, con fines exclusivamente académicos.

5 Resultados

El caso clínico revisado y la literatura consultada muestran que la LMA en adultos jóvenes suele presentarse con síntomas generales e inespecíficos, lo que puede retrasar el diagnóstico. Entre los signos más frecuentes se encuentran la astenia intensa, la pérdida de apetito, la fiebre de origen desconocido, la aparición de hematomas espontáneos y la tendencia a sangrados menores, como epistaxis o gingivorragias. Estas manifestaciones reflejan la insuficiencia medular derivada de la infiltración leucémica.

En el caso descrito, la analítica sanguínea inicial evidenció anemia normocítica, trombocitopenia significativa y leucocitosis con presencia de blastos en sangre periférica, hallazgos que

orientaron hacia un proceso hematológico grave. Posteriormente, el aspirado de médula ósea confirmó la proliferación clonal de blastos mieloides, permitiendo establecer el diagnóstico definitivo y clasificar el subtipo de leucemia.

El análisis de los resultados pone de manifiesto la importancia de la sospecha clínica temprana ante cualquier paciente joven con síntomas inespecíficos pero persistentes, especialmente cuando se acompañan de alteraciones hematológicas. La literatura señala que los retrasos en el diagnóstico pueden aumentar la morbilidad y reducir la eficacia de los tratamientos.

Una vez confirmado el diagnóstico, el paciente inició un protocolo de quimioterapia intensiva de inducción. Durante las primeras fases del tratamiento presentó complicaciones infecciosas y episodios de neutropenia febril, los cuales fueron manejados de manera adecuada por el equipo multidisciplinar. La respuesta inicial al tratamiento fue positiva, con disminución progresiva de blastos en sangre periférica y mejoría clínica de los síntomas.

Los resultados destacan además que la evolución de la LMA depende de múltiples factores, incluidos el subtipo de leucemia, las alteraciones genéticas y citogenéticas, así como la rapidez en la instauración del tratamiento. En adultos jóvenes, la tolerancia a la

quimioterapia suele ser mayor, lo que permite un manejo más agresivo y aumenta las probabilidades de alcanzar una remisión completa.

6 Discusión-Conclusión

La LMA es una enfermedad hematológica grave que puede afectar a adultos jóvenes, presentándose con síntomas poco específicos que dificultan su reconocimiento temprano. Esta circunstancia puede retrasar el diagnóstico y empeorar el pronóstico si no se actúa de forma rápida.

El caso clínico analizado pone de manifiesto la importancia de realizar una evaluación exhaustiva ante síntomas persistentes como cansancio extremo, infecciones recurrentes o sangrados espontáneos, especialmente cuando se acompañan de alteraciones analíticas.

El diagnóstico precoz y el inicio inmediato del tratamiento quimioterápico son factores clave para mejorar la evolución clínica y la supervivencia del paciente. Además, el seguimiento estrecho y el abordaje multidisciplinar permiten un mejor control de las complicaciones asociadas a la enfermedad y a su tratamiento.

Finalmente, este trabajo resalta la necesidad de concienciar a los profesionales sanitarios sobre la posibilidad de leucemia mieloide aguda en pacientes jóvenes, con el fin de favorecer una detección temprana y un manejo adecuado de la patología.

7 Bibliografía

1. Estey, E., & Döhner, H. (2006). Acute myeloid leukaemia. *The Lancet*, 368(9550), 1894–1907.
2. Döhner, H., Weisdorf, D. J., & Bloomfield, C. D. (2015). Acute Myeloid Leukemia. *New England Journal of Medicine*, 373, 1136–1152.
3. Sanz, M. A., & Montesinos, P. (2014). Advances in the management of acute myeloid leukemia. *Current Opinion in Oncology*, 26(6), 614–621.

Artículo 130

GUHARAQ Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SALUD ARAGÓN

ANA BELÉN ANDREU PASCUAL

MARIA TERESA ABAD ALVARO

GLORIA SEGURA BARROSO

DIANA ANDREU PASCUAL

CARMEN CAROLINA ALONSO SERRANO

CRISTINA LIAÑO LASHERAS

Introducción: el sistema GUHARAQ (Gestión de Historia Clínica Electrónica y Registro Administrativo de Quirófano) es una herramienta clave para optimizar la información clínica y administrativa en procesos quirúrgicos. El auxiliar administrativo tiene un papel esencial en su funcionamiento.

Objetivos: analizar el impacto del sistema GUHARAQ en las funciones del auxiliar administrativo del SALUD Aragón y su contribución a la eficiencia y seguridad asistencial.

Metodología: revisión bibliográfica de literatura científica, normativa sanitaria e informes institucionales sobre gestión documental, historia clínica electrónica y procesos quirúrgicos

Resultados: GUHARAQ mejora la coordinación interdepartamental, reduce errores administrativos, facilita el registro clínico y agiliza la gestión de listas de espera. El auxiliar administrativo adquiere funciones más técnicas en un entorno digitalizado.

Conclusiones: GUHARAQ transforma la labor del auxiliar administrativo en el SALUD Aragón, reforzando su rol estratégico en la gestión documentaria y en la seguridad de la información clínica.

1 Palabras clave

GUHARAQ; auxiliar administrativo; salud aragón; gestión documental; historia clínica electrónica; procesos quirúrgicos

2 Introducción

La digitalización de los sistemas sanitarios ha supuesto una transformación profunda en la forma en que se gestionan los datos clínicos, administrativos y organizativos. En Aragón, el Servicio Aragonés de Salud (SALUD Aragón) ha incorporado herramientas tecnológicas orientadas a mejorar la eficiencia, la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Uno de estos avances es el sistema GUHARAQ (Gestión de Historia Clínica Electrónica y Registro Administrativo de Quirófano), diseñado para optimizar el flujo de información en los procesos quirúrgicos.

La historia clínica electrónica es el eje central de la organización sanitaria moderna. Sin embargo, para que esta información sea útil, debe estar correctamente gestionada, actualizada y disponible para todos los profesionales implicados. En este contexto, GUHARAQ actúa como una herramienta que integra la información administrativa con la documentación

quirúrgica y clínica, permitiendo un acceso rápido y preciso a los datos necesarios durante todo el proceso quirúrgico.

El auxiliar administrativo del SALUD Aragón juega un papel clave en esta gestión. Su labor va mucho más allá de las tareas tradicionales de archivo o citación. En el entorno quirúrgico, el auxiliar administrativo es responsable de registrar datos en tiempo real, controlar la documentación preoperatoria y postoperatoria, organizar las listas de espera quirúrgicas y garantizar la trazabilidad de la información. Además, su papel es esencial para garantizar la confidencialidad y el cumplimiento de la normativa de protección de datos.

La implementación de sistemas como GUHARAQ no solo aumenta la eficiencia, sino que también exige un cambio en el perfil competencial del auxiliar administrativo. Este debe adaptarse a nuevas herramientas digitales, entender los circuitos quirúrgicos y colaborar estrechamente con el personal clínico. La correcta gestión de la información quirúrgica requiere precisión, rapidez y conocimientos técnicos que antes no se exigían con la misma intensidad.

En este artículo se analiza el impacto del sistema GUHARAQ en el trabajo del auxiliar administrativo del SALUD

Aragón, así como los beneficios, desafíos y competencias necesarias para garantizar una gestión eficaz y segura de la información clínica en los procesos quirúrgicos.

3 Objetivos

- Analizar cómo el sistema GUHARAQ influye en las funciones del auxiliar administrativo del SALUD Aragón.
- Describir los cambios en la gestión documental y el registro quirúrgico derivados de la implantación de GUHARAQ.
- Evaluar los beneficios de este sistema para la eficiencia y la seguridad en los procesos quirúrgicos.
- Identificar las competencias digitales y organizativas necesarias para un uso adecuado de GUHARAQ.
- Reflexionar sobre los retos éticos y técnicos asociados a la digitalización del entorno quirúrgico.

4 Metodología

El presente trabajo se elaboró mediante una revisión narrativa basada en fuentes secundarias. Se consultaron bases de datos como PubMed, SciELO, Dialnet y Google Scholar, utilizando términos relacionados con “gestión documental quirúrgica”, “GUHARAQ”, “auxiliares administrativos”, “digitalización sanitaria” e “historia clínica electrónica”.

Se seleccionaron publicaciones comprendidas entre 2014 y 2024, priorizando estudios que analizaran sistemas digitales aplicados al ámbito quirúrgico y su impacto en la organización sanitaria. También se revisaron informes institucionales del Servicio Aragonés de Salud, guías de gestión quirúrgica y documentos de implementación de sistemas electrónicos de registro.

Además, se incluyó legislación relevante, como la Ley 41/2002, el RGPD y la Ley Orgánica 3/2018, para contextualizar las responsabilidades del auxiliar administrativo en la protección de datos y en la gestión documentaria.

La información se organizó en categorías temáticas: impacto del sistema GUHARAQ, funciones administrativas, gestión documental quirúrgica, competencias profesionales y desafíos tecnológicos. Esta metodología permitió ofrecer un análisis estructurado sobre la influencia de GUHARAQ en la labor administrativa.

5 Resultados

Los resultados muestran que la implementación del sistema GUHARAQ en los hospitales del SALUD Aragón ha tenido un impacto directo en la eficiencia administrativa, la coordinación clínica y la seguridad de la información en los procesos quirúrgicos.

En primer lugar, se evidenció que GUHARAQ mejora significativamente

la coordinación entre los diferentes servicios implicados en el proceso quirúrgico. La comunicación entre admisión, quirófano, anestesia, esterilización y unidades de hospitalización se vuelve más fluida gracias a la disponibilidad inmediata de información centralizada. Esto reduce errores, duplicidades y retrasos.

En segundo lugar, se constató que el sistema contribuye a una mejor gestión de la documentación preoperatoria y postoperatoria, permitiendo registrar datos en tiempo real y garantizando que el personal médico disponga siempre de información actualizada. El auxiliar administrativo es responsable de revisar, introducir y validar esta información en el sistema, lo que requiere atención al detalle y conocimientos técnicos.

Otro hallazgo importante es la mejora en la gestión de las listas de espera quirúrgicas. GUHARAQ automatiza y organiza la información, permite priorizar procedimientos según criterios clínicos y facilita el seguimiento de pacientes que esperan intervención. Esto reduce las demoras, evita errores de programación y mejora la eficiencia del bloque quirúrgico.

El estudio también reveló que la implementación de GUHARAQ reduce los errores administrativos, especialmente los relacionados con duplicidades de registros, documentación incompleta o mal archivada. La plataforma centraliza la información, minimizando la dispersión documental y facilitando la traz-

abilidad.

Además, el papel del auxiliar administrativo se amplía hacia un perfil más tecnológico y estratégico. Debe dominar funcionalidades digitales, comprender el flujo quirúrgico, comunicarse con los equipos clínicos y supervisar la integridad de los registros. Esto implica un mayor nivel de responsabilidad y la necesidad de formación continuada.

Asimismo, la revisión expone que GUHARAQ mejora la seguridad de los datos clínicos, ya que integra medidas de auditoría, control de accesos y supervisión del uso de la información. El auxiliar administrativo debe aplicar rigurosamente la normativa de protección de datos, reportar incidencias y asegurar el tratamiento adecuado de información altamente sensible.

Finalmente, se observó que los centros que han implementado GUHARAQ reportan mayor satisfacción profesional entre el personal administrativo y clínico, debido a la reducción de carga laboral manual y la mayor claridad organizativa.

6 Discusión-Conclusión

A partir de los resultados obtenidos, se pueden extraer las siguientes conclusiones sobre el uso de GUHARAQ en el SALUD Aragón:

- GUHARAQ es una herramienta clave para la gestión quirúrgica, mejorando la organización, la exactitud de los registros y la coordinación entre servicios.

- El auxiliar administrativo desempeña un papel esencial, siendo responsable de introducir, revisar y validar la información en el sistema, garantizando su integridad y disponibilidad.
- La implementación del sistema reduce errores administrativos y optimiza los tiempos de respuesta, permitiendo una gestión más ágil y precisa de las listas de espera quirúrgicas.
- La digitalización del entorno quirúrgico exige que el auxiliar administrativo adquiera nuevas competencias digitales, así como conocimientos avanzados en seguridad y protección de datos.
- GUHARAQ contribuye a mejorar la seguridad del paciente, al asegurar que la documentación esté completa y actualizada en todo momento.
- Para aprovechar plenamente los beneficios del sistema, es necesario invertir en formación continua, protocolos homogéneos y recursos tecnológicos adecuados.

En definitiva, GUHARAQ transforma de manera profunda el papel del auxiliar administrativo en el SALUD Aragón, elevando su importancia dentro del proceso quirúrgico y consolidándolo como un actor clave en la calidad y seguridad asistencial.

de gestión documental quirúrgica y uso de GUHARAQ. Gobierno de Aragón; 2023.

3. García C, López A. Impacto de los sistemas electrónicos en la eficiencia del bloque quirúrgico. *Rev Gest Sanitaria*. 2020;12(2):88–95.
4. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente.
5. Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD).
6. Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Directrices para la digitalización de los procesos quirúrgicos. Madrid; 2021.
2. Servicio Aragonés de Salud. Manual

Artículo 131

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE UNA DEGENERACIÓN MARGINAL DE TERRIEN

CRISTINA HERNANDO HERNANDEZ

BEATRIZ MARTÍNEZ ZAMORA

LIDIA PANO HURTADO

JORGE MARIN AYARZA

NOELIA LASHERAS JIMENEZ

PILAR ÁNGELA PULIDO ARELLANO

La degeneración marginal de Terrien es una degeneración corneal periférica poco frecuente, de curso lentamente progresivo y caracterizada por adelgazamiento estromal no inflamatorio, neovascularización superficial fina y depósitos lipídicos, que conducen a astigmatismo irregular y, en fases avanzadas a perforación.

Presentamos el caso de una paciente que acudió por visión borrosa y en la que se objetivó adelgazamiento periférico superior bilateral, más marcado en el ojo izquierdo, sin signos inflamatorios asociados. La topografía y la tomografía de coherencia óptica (OCT) de segmento anterior permitieron confirmar la ectasia periférica no inflamatoria y valorar con precisión la severidad del adelgazamiento. El manejo inicial consistió en medidas conservadoras, protección ocular y derivación urgente ante el riesgo tectónico del ojo izquierdo.

Se revisan además las principales opciones terapéuticas, incluyendo la queratoplastia lamelar en semiluna como técnica quirúrgica de elección en casos avanzados.

1 Palabras clave

Degeneración corneal periférica; Terrien; Adelgazamiento; Neovascularización; Astigmatismo; Queratoplastia lamelar

2 Introducción

La Degeneración Marginal de Terrien forma parte del grupo de enfermedades llamado degeneraciones corneales periféricas. Este grupo está comprendido por entidades no inflamatorias que afectan preferentemente a la zona periférica o paracentral de la córnea, en la que se producen cambios estructurales y bioquímicos del estroma o del epitelio que desembocan en adelgazamiento, opacificación, desarrollo de neovascularización y/o depósito de material anómalo (1). Por lo general son crónicas y lentamente progresivas y acaban afectando a la agudeza visual por desarrollo de astigmatismo alto, irregularidad corneal o riesgo de perforación.(2) La etiología es desconocida, no tienen un componente hereditario claro lo que las diferencia de las distrofias corneales. Se han descrito asociaciones con factores mecánicos e inflamatorios crónicos leves. (2)

La Degeneración Marginal de Terrien es uno de los tipos más representativos de degeneración corneal periférica. Es propia en varones de edad media y aparece de forma bilateral pero no simétrica (3). Se caracteriza por

un adelgazamiento estromal periférico que normalmente se inicia en los cuadrantes supero-nasales para luego extenderse circunferencialmente (3). Típicamente existe una zona de córnea respetada entre el limbo y la zona de adelgazamiento (3). Las alteraciones que acompañan son: neovascularización superficial fina en la zona afectada, depósitos lipídicos en el borde posterior junto con epitelio íntegro y ausencia de signos y síntomas inflamatorios (hiperemia, limbitis, dolor etc.) (3). Todos estos cambios en la periferia desembocan en cambios refractivos importantes, como es un astigmatismo progresivo, característicamente en contra de la regla (3).

El diagnóstico es clínico teniendo en cuenta las características que se han mencionado. Un dato clave es la ausencia de signos y síntomas inflamatorios (4), ya que nos permite diferenciar una Degeneración Marginal de Terrien de las úlceras corneales periféricas de origen infeccioso o autoinmune (5). Entre estas destacar por su similitud clínica: la úlcera de Mooren y la queratitis ulcerativa periférica por su carácter agresivo y la asociación de esta última con enfermedades reumáticas sistémicas (5). Requieren una sospecha diagnóstica rápida para instaurar tratamiento médico cuanto antes tanto a nivel ocular como a nivel sistémico, ya que son marcadores de vasculitis activas. (6)

En este caso, la disponibilidad de téc-

nicas de imagen como la topografía corneal y el OCT de segmento anterior, permite una caracterización precisa del adelgazamiento y una mejor valoración del riesgo tectónico.

3 Objetivos

Presentar un caso de Degeneración Marginal de Terrien, con sus características clínicas y la importancia de la imagen multimodal para el diagnóstico precoz, la monitorización y la planificación terapéutica de esta degeneración.

4 Caso clínico

Mujer de 65 años de edad que acude a urgencias por sensación de visión borrosa en un ojo. Refiere que la pérdida de visión ha sido insidiosa a lo largo de varias semanas y que no le había dado importancia, pero los últimos días la pérdida ha sido muy marcada y por ello decide consultar. En la exploración con lámpara de hendidura se objetiva adelgazamiento marginal en los cuadrantes superiores de ambos ojos, mucho más marcado y extendido en el ojo izquierdo, que amenaza con perforación. Se acompaña de una fina neovascularización y depósitos lipídicos en el borde posterior del adelgazamiento del ojo izquierdo. No hay hiperemia, infiltrados corneales ni defectos epiteliales. El resto de exploración oftalmológica (presión intraoc-

ular, fondo de ojo) es anodina. La sospecha clínica es de Degeneración Marginal de Terrien.

Se realiza una topografía corneal anterior que revela un astigmatismo contra la regla alto, con marcada asimetría e irregularidad en el hemisferio superior de ambos ojos, mucho más llamativo en el ojo izquierdo. La topografía también aporta un análisis paquimétrico que confirma el adelgazamiento periférico superior, conservando un espesor central normal. El patrón es congruente con una degeneración corneal periférica.

La OCT de segmento anterior muestra el adelgazamiento estromal periférico con preservación del epitelio característico, y pérdida de espesor progresiva hacia la zona limbar. El adelgazamiento es mucho más marcado en el ojo izquierdo tal y como se objetiva en la exploración clínica. La medida del tejido restante de este ojo estratifica el caso como de alto riesgo de perforación.

Se inician medidas de mantenimiento con lubricación frecuente y protección ocular. Dado el resultado del OCT de segmento anterior se decide derivar a la paciente a un centro especializado para seguimiento y valoración de tratamiento tectónico urgente en el ojo izquierdo.

5 Discusión-Conclusión

La Degeneración Marginal de Terrien forma parte de un grupo de enfermedades conocido como degeneraciones corneales periféricas. Las principales entidades con las que hay que hacer el diagnóstico diferencial son: la degeneración marginal pelúcida (ectasia periférica inferior cuyo patrón topográfico típico es “en alas de gaviota”); úlcera marginal inmunológica (como ya se ha comentado, la característica clave es la presencia de signos y síntomas inflamatorios); úlcera de Mooren (cursa con destrucción tisular, daño epitelial y dolor intenso); queratocono (el adelgazamiento es central o paracentral, y presenta otro tipo de alteración topográfica) (7).

En nuestro caso, la ausencia de inflamación, el adelgazamiento superior con epitelio intacto y la presencia de neovascularización fina y depósitos lipídicos ayudaron a establecer el diagnóstico correcto (4).

El manejo inicial de esta patología es conservador. Se recomiendan medidas para mejorar y proteger la superficie ocular: Tratamiento de la blefaritis si coexiste, uso de lágrimas artificiales, medidas de protección ocular si existe riesgo de perforación (3). Para mejorar el astigmatismo irregular se puede recurrir a lentes de contacto rígidas o esclerales, mejoran la agudeza visual y su calidad en mayor medida que la corrección con gafa (8).

No hay evidencia de que ningún tratamiento frene la progresión de la enfermedad. Los antiinflamatorios tópicos no están indicados en esta patología ya que no se relaciona con inflamación de los tejidos (8). Una vez diagnosticado un caso de degeneración de Terrien es importante hacer controles periódicos y monitorizar los cambios con OCT de segmento anterior (9) y topografía para detectar adelgazamiento progresivo o incremento del astigmatismo respectivamente.

En este caso, el ojo izquierdo presentaba un adelgazamiento crítico (<30-40% del espesor corneal), con alto riesgo de perforación (10), por lo que se decidió derivar a un centro hospitalario de referencia para valoración de tratamiento quirúrgico.

Las principales indicaciones de tratamiento quirúrgico de la degeneración marginal de Terrien son: restaurar la estabilidad estructural de la córnea, prevenir la perforación y mejorar el astigmatismo irregular que compromete la calidad visual (8).

La técnica de lección en la mayoría de estos casos es la queratoplastia lamelar en semiluna, que consiste en sustituir el estroma adelgazado por un injerto lamelar en la periferia con la forma y extensión de la zona afectada (11). El objetivo fundamental es reforzar la integridad periférica, sin comprometer el eje visual reduciendo así el riesgo de perforación. Además se ha descrito que puede reducir el astigmatismo inducido

por la ectasia (8). Es de elección ante un injerto de espesor completo puesto que presenta menor riesgo de rechazo respecto a las técnicas penetrantes (11).

Otras opciones serían: los injertos lamelares periféricos tectónicos, que actúan a modo de parche y están indicados en adelgazamientos severos muy localizados (10) y la queratoplastia penetrante periférica, reservada para casos extensos o con perforación franca. Su principal limitación es el riesgo de rechazo más elevado que presentan y que inducen mayor astigmatismo postoperatorio (10)

Por último hacer un breve comentario sobre el cross-linking periférico, como técnica experimental emergente de la que todavía no hay mucha evidencia, pero que estaría dirigido a reforzar la zona adelgazada y frenar la progresión (8)

Conclusiones.

La degeneración marginal de Terrien debe considerarse en pacientes con adelgazamiento periférico superior, astigmatismo contra la regla progresivo y ausencia de inflamación. La imagen multimodal mediante topografía y OCT de segmento anterior es fundamental para valorar la extensión, monitorizar cambios y planificar el manejo. El tratamiento se basa inicialmente en medidas conservadoras y corrección óptica mediante lentes de contacto rígidas o esclerales dado el alto astigmatismo que asocian. Se reserva la cirugía para casos avanzados o de

riesgo tectónico. El diagnóstico precoz y el seguimiento adecuado permiten preservar la visión y minimizar complicaciones.

6 Bibliografía

1. Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ. Cornea: Fundamentals, Diagnosis and Management. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017. p. 955–960
2. Aldave AJ, Hollander DA, Abbott RL. Peripheral corneal degenerations and dystrophies. *Int Ophthalmol Clin.* 2001;41(1):67–86
3. Austin P, Brown SI. Terrien's marginal degeneration: a review. *Surv Ophthalmol.* 2005;50(6):485–95.
4. Messmer EM, Font RL. Terrien's marginal corneal degeneration: a clinicopathologic study of 15 cases. *Cornea.* 1998;17(6):598–606.
5. Watson PG, Hazleman BL. The sclera and systemic disorders. 2nd ed. London: Butterworths; 1976. p. 334–341.
6. Guerra FP, Bafna S, Orlin SE. Peripheral corneal thinning disorders. In: Mannis MJ, Holland EJ, editors. *Cornea.* 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017. p. 1085–1095.
7. Aldave AJ, Hollander DA, Abbott RL. Peripheral corneal degenerations and dystrophies. *Int Ophthalmol Clin.* 2001;41(1):67–86.
8. Saini JS, Jain AK, Sukhija J. Terrien marginal corneal degeneration: current perspectives. *Clin Ophthalmol.* 2020;14:2313–2323

9. Huang T, Li J, Wang Y, et al. Anterior segment optical coherence tomography in peripheral corneal diseases. *Ophthalmology*. 2011;118(6):1221–1228
10. Jhanji V, Sharma N, Vajpayee RB. Management of corneal perforations. *Surv Ophthalmol*. 2011;56(6):522–538.
11. Sridhar MS, Rapuano CJ, Cosar CB, Laibson PR, Cohen EJ. Terrien marginal degeneration: surgical repair with crescentic lamellar keratoplasty. *Cornea*. 2004;23(6):603–607

Artículo 132

GESTIÓN DEL FLUJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

ANDREIA DE FÁTIMA DA COSTA FARIA

Introducción.

El flujo del paciente dentro de un hospital es fundamental para garantizar la seguridad, la eficiencia y la calidad de la atención.

Objetivos.

Analizar el recorrido del paciente desde su admisión hasta el alta hospitalaria, identificando etapas críticas y oportunidades de mejora.

Metodología.

Se realizó una revisión descriptiva de protocolos hospitalarios y literatura científica sobre gestión del flujo de pacientes, enfocándose en procesos de admisión, hospitalización, seguimiento y alta.

Conclusión.

Una gestión eficiente del flujo del paciente requiere protocolos claros, comunicación efectiva y capacitación del personal, contribuyendo a una atención más segura y organizada.

1 Palabras clave

Flujo del paciente; admisión hospitalaria; alta hospitalaria; gestión hospitalaria.

2 Introducción

El flujo del paciente en un hospital representa el recorrido completo que realiza una persona desde su ingreso hasta su alta, incluyendo todas las etapas clínicas y administrativas que garantizan una atención segura, eficiente y de calidad. Este proceso no solo abarca la

atención médica directa, sino también actividades esenciales de apoyo, como la coordinación de traslados, la organización de citas, la gestión de documentación y la comunicación entre distintos servicios.

3 Objetivos

- Describir las etapas del flujo del paciente desde la admisión hasta el alta.
- Identificar factores que influyen en la eficiencia y seguridad del proceso.
- Proponer estrategias de mejora que sean útiles para todo el personal hospitalario

4 Metodología

Se realizó una revisión descriptiva basada en protocolos hospitalarios y artículos científicos publicados entre 2015 y 2024. Se analizaron:

- Admisión y registro de pacientes.
- Evaluación clínica y diagnóstico.
- Manejo durante la hospitalización.
- Coordinación de alta y seguimiento post-hospitalario.

La información se organizó por etapas del flujo y se identificaron factores críticos que afectan tiempos, seguridad y eficiencia.

5 Resultados

Una gestión adecuada del flujo del paciente es fundamental, ya que cualquier

retraso o deficiencia en una de las etapas puede generar errores, complicaciones médicas, insatisfacción del paciente y sobrecarga del personal hospitalario.

Comprender el flujo del paciente es importante para todos los miembros del equipo hospitalario, incluidos médicos, enfermeras, celadores y auxiliares administrativos. Cada uno desempeña un papel específico que contribuye a la continuidad de la atención. Por ejemplo, los celadores facilitan los traslados internos y aseguran la llegada del paciente a los servicios correctos, mientras que los auxiliares administrativos gestionan la documentación, los registros y la coordinación de altas, evitando errores y retrasos.

El flujo del paciente incluye varias etapas clave: admisión, evaluación inicial, tratamiento y seguimiento, transición entre servicios y alta hospitalaria. Optimizar cada una de estas etapas permite mejorar la eficiencia de los procesos, reducir los tiempos de espera, aumentar la seguridad del paciente y garantizar el uso adecuado de los recursos hospitalarios. Una comprensión integral del flujo del paciente es, por lo tanto, esencial para garantizar que la atención sea segura, organizada y centrada en el paciente, beneficiando tanto al equipo hospitalario como a la institución en general.

6 Discusión-Conclusión

El flujo del paciente es un proceso complejo que requiere la participación de todo el personal hospitalario, desde médicos y enfermería hasta celadores y auxiliares administrativos. La implementación de protocolos claros y la comunicación efectiva entre departamentos reducen errores, agilizan los traslados y mejoran la experiencia del paciente.

Además, una buena gestión del flujo optimiza recursos hospitalarios, evita saturación de áreas y camas, y asegura que cada paciente reciba atención de manera oportuna. La capacitación de todo el personal, la estandarización de procesos y el uso de herramientas de gestión son estrategias clave para lograr eficiencia sin comprometer la seguridad.

En conclusión, una gestión efectiva del flujo del paciente hospitalizado garantiza atención segura, organizada y centrada en el paciente. La participación coordinada de todo el equipo hospitalario, clínico y administrativo, es fundamental para mejorar la eficiencia, reducir riesgos y asegurar la satisfacción del paciente y la efectividad del sistema de salud.

7 Bibliografía

1. Litvak E, Long MC. Cost and quality under managed care: Irreversible effects in intensive care? *Health Serv Res.*

2000;35(6):1349-71.

2. De la Fuente A, García M, Gómez L. Gestión del flujo de pacientes en hospitales: revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública.* 2018;92:e201805023.

3. Hammer J, Hughes R. Patient flow in hospitals: a literature review. *Int J Health Care Qual Assur.* 2020;33(4):237-52.

4. Ministerio de Sanidad. Manual de admisión y alta hospitalaria. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2019.

5. Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. *Int J Health Policy Manag.* 2014;3(2):77-89.

Artículo 133

AUMENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL CONTEXTO ESPAÑOL

MONTSERRAT BENAJES MARTÍNEZ

RAQUEL MATEO LATORRE

BEATRIZ MEDIEL LAHOZ

JAVIER ALEXANDER ROMERO SARMA

IRENE FRAILE PEÑARANDA

ANDREA MATEO ABRIL

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema creciente de salud pública a nivel mundial. Su transmisión se produce principalmente por contacto sexual, aunque existen otras vías como la vertical (madre-hijo). La mayoría de estas infecciones pueden cursar de forma asintomática, lo que dificulta su diagnóstico precoz y favorece complicaciones como infertilidad o enfermedad inflamatoria pélvica.

En este artículo analizamos la evolución de la incidencia de ITS en España en los últimos años, identificando los factores que contribuyen a su incremento y por último proponemos estrategias de prevención y control.

En nuestro país, entre 2010 y 2023, se ha observado un aumento significativo en la incidencia de gonorrea, sífilis y clamidiosis. La afectación es mayor en hombres jóvenes, aunque varía según la ITS.

Para poder invertir esta tendencia de incremento de las ITS en España, se requiere reforzar las estrategias de prevención, diagnóstico precoz y educación sexual, espe-

cialmente en población joven. La farmacorresistencia y el estigma social son barreras adicionales que deben abordarse.

1 Palabras clave

ITS; Epidemiología; Salud pública; Prevención y promoción de la salud; Educación sexual; España.

2 Introducción

Las ITS constituyen un conjunto de patologías de origen infeccioso cuya principal vía de adquisición es el contacto sexual, aunque también pueden transmitirse por otras vías como: vía anal, oral, la vertical (de madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia), transfusiones sanguíneas o el uso compartido de objetos contaminados.

Estas infecciones están causadas por diversos agentes etiológicos, incluyendo bacterias, virus, protozoos y ectoparásitos, y abarcan más de 30 enfermedades reconocidas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Entre las ITS más prevalentes se encuentran el virus del papiloma humano (VPH), la sífilis, la gonorrea, la clamidiosis, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el herpes genital, la tricomoniasis, la pediculosis púbica y la sarna.

Pueden cursar con diferentes síntomas como uretritis, secreción vaginal, verrugas genitales, disuria y dolor abdominal o durante las prácticas sexuales.

Aunque en ocasiones estas infecciones pueden cursar de forma asintomática, lo que dificulta su diagnóstico precoz y favorece la aparición de complicaciones graves como la enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, cáncer de cuello uterino, transmisión vertical y mayor susceptibilidad a otras ITS, incluido el VIH.

La OMS estima que cada día más de un millón de personas contraen una ITS curable, y que en 2020 se registraron 374 millones de nuevos casos de clamidiosis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis en personas de entre 15 y 49 años.

Se calcula que más de 311.000 mujeres mueren anualmente por cáncer de cuello uterino asociado al virus del papiloma humano (VPH).

La carga global de estas enfermedades es especialmente elevada en países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva es limitado, y donde la farmacorresistencia representa un obstáculo creciente para el tratamiento eficaz.

En el contexto español, los datos del Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) muestran un incremento sostenido en la incidencia de ITS en la última década. La infección gonocócica ha aumentado más de un 42% entre 2021 y 2023, la sífilis un

24%, y la clamidiosis ha multiplicado por cuatro su tasa desde 2016.

Este aumento afecta principalmente a hombres jóvenes de entre 20 y 34 años, aunque también se observa una creciente afectación en mujeres, especialmente en el caso de la clamidiosis.

Diversos factores contribuyen a esta tendencia ascendente: la disminución en el uso del preservativo, la falta de educación sexual integral, el desconocimiento sobre las ITS, el estigma social, el acceso limitado a servicios de salud sexual, y la interrupción de programas preventivos durante la pandemia de COVID-19. Además, los cambios en los patrones de comportamiento sexual, el uso de aplicaciones de citas y la movilidad internacional han influido en la propagación de estas infecciones.

Los medios de comunicación social se hacen eco de esta preocupación. Titulares como “La próxima pandemia será sexual” (La Sexta), “Las ITS siguen disparadas” (El País) o “Muchos jóvenes no han oído hablar del VIH” (RTVE) evidencian la alarma social generada por el incremento de casos y la necesidad de una respuesta coordinada desde el ámbito sanitario, educativo y comunitario.

La prevención y promoción de la salud se configuran como herramientas esenciales para revertir esta situación.

Asimismo, se deben implementar estrategias de prevención primaria y secundaria. La evidencia demuestra que

la información por sí sola no es suficiente. Es fundamental conocer y analizar el incremento de las ITS en España, identificar los factores que lo explican, y proponer estrategias de intervención desde una perspectiva de salud pública, con especial énfasis en la población adolescente y joven.

3 Objetivos

Objetivo general:

Analizar el incremento de las ITS en España en los últimos años, identificando los factores que contribuyen a su aumento y evaluando las implicaciones para la salud pública.

Objetivos secundarios:

- Describir la evolución epidemiológica de las principales ITS en España entre 2010 y 2024, con especial atención a la gonorrea, sífilis, clamidiosis y VIH.
- Identificar los grupos poblacionales más afectados según edad, sexo y otras variables sociodemográficas.
- Examinar las estrategias actuales de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS en el contexto español.
- Proponer recomendaciones para el control y la prevención de las ITS, especialmente entre los colectivos de más riesgo.

4 Metodología

Este estudio se ha desarrollado mediante una revisión documental y análisis descriptivo de fuentes oficiales y

científicas sobre la evolución de las ITS en España. Se han consultado informes epidemiológicos del Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), documentos estratégicos del Ministerio de Sanidad, publicaciones científicas indexadas y comunicados de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La búsqueda bibliográfica se realizó entre junio y septiembre de 2025, utilizando bases de datos como PubMed, SciELO y Google Académico Cuiden, IME, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, así como páginas web institucionales. Se seleccionaron documentos publicados entre 2020 y 2025 que abordaran la incidencia, prevalencia, factores de riesgo, medidas de prevención y evolución temporal de las ITS en el contexto español.

Los criterios de inclusión fueron:

- Informes oficiales de vigilancia epidemiológica.
- Artículos científicos revisados por pares.
- Documentos estratégicos de salud pública.
- Noticias de medios de comunicación con datos contrastados.

Se excluyeron publicaciones sin respaldo institucional o científico, duplicados y aquellas que no aportaban datos relevantes para el objetivo del estudio.

La información recopilada se organizó por tipo de ITS, grupo poblacional

afectado, evolución temporal y medidas de prevención recomendadas. Este enfoque metodológico permite ofrecer una visión actualizada y contextualizada del incremento de las ITS en España, identificando tendencias relevantes y áreas prioritarias de intervención.

5 Resultados

Los datos epidemiológicos analizados muestran un incremento constante en la incidencia de diversas ITS en España durante la última década, especialmente entre los años 2016 y 2023. Este aumento afecta principalmente a la población joven –menores de 35 años–, con mayor prevalencia en hombres que en mujeres, aunque existen variaciones según el tipo de infección. El riesgo de contagio es superior en las mujeres, sobre todo en relaciones sin protección, y también será mayor su impacto en salud, la gravedad y sus consecuencias.

Infección gonocócica.

La tasa de infección gonocócica ha experimentado un crecimiento significativo, con un aumento del 42,6% entre 2021 y 2023. Desde 2010, la tendencia ha sido ascendente, consolidándose como una de las ITS de mayor impacto en salud pública.

Sífilis.

La sífilis ha mostrado un incremento del 24,1% en el mismo periodo. En 2022, España alcanzó la tasa más elevada

desde que esta infección comenzó a ser vigilada a nivel estatal en 1995. La sífilis congénita también ha sido objeto de seguimiento, aunque con menor incidencia.

Clamidiosis (*Chlamydia trachomatis*).

Desde 2016, la infección por clamidia ha aumentado de forma constante, con una tasa que se ha multiplicado por cuatro hasta 2023. Esta ITS presenta una mayor afectación en mujeres jóvenes, aunque también se observa un crecimiento entre hombres. La infección por *Chlamydia trachomatis* es una de las principales causas de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), una complicación grave que afecta el tracto genital superior de la mujer. Cuando la clamidia no se diagnostica ni se trata a tiempo, la bacteria puede ascender desde el cuello uterino hacia el endometrio, las trompas de Falopio y estructuras adyacentes, provocando inflamación, dolor pélvico crónico, infertilidad y riesgo aumentado de embarazo ectópico. La detección precoz y el tratamiento antibiótico adecuado son esenciales para prevenir la progresión hacia EIP y sus secuelas.

VIH.

En los últimos cinco años, la epidemia de VIH en España ha mostrado una tendencia positiva, aunque persisten desafíos como el diagnóstico tardío. Las cifras apuntan a que el 92,5% de las personas infectadas estaba diagnosticada, el 96,6% de los diagnosticados recibía tratamiento antirretro-

viral y el 90,4% de quienes estaban en tratamiento presentaban carga viral suprimida. Además, el porcentaje de personas con VIH no diagnosticadas se redujo de un 13% en 2017 a un 7,5% en 2021. A julio de 2024, unos 30 000 individuos en situación de alto riesgo estaban accediendo a profilaxis pre exposición (PrEP). En conjunto, España cumple los objetivos 90-90-90 de ONUSIDA: 90% de personas infectadas están diagnosticadas, 90% de los diagnosticados reciben tratamiento y el 90% de los tratados tienen carga viral indetectable, por lo tanto, no transmiten la enfermedad.

Se avanza hacia las metas de diagnóstico temprano, tratamiento universal y eliminación de las barreras al acceso, aunque sigue siendo prioridad abordar los casos de diagnóstico tardío y las desigualdades en el acceso a servicios preventivos y terapéuticos.

Distribución por edad y sexo.

La mayoría de los casos se concentran en adultos jóvenes, especialmente en el grupo de edad de 20 a 34 años. La afectación es mayor en hombres para todas las ITS, salvo en el caso de la clamidiosis, donde las mujeres presentan una incidencia superior.

Factores asociados.

El incremento de las ITS se relaciona:

- Disminución en el uso del preservativo.
- Falta de educación sexual integral.
- Desconocimiento sobre las ITS
- Escasa percepción del riesgo entre la

población adolescente y joven.

- Aumento del uso de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo: chemsex y slamming.
- Estigma social.
- La pandemia por COVID-19 provocó una alteración en los sistemas de vigilancia y diagnóstico, lo que pudo influir en la notificación de casos.

Magnitud del problema.

Diversos medios han reflejado esta tendencia alarmante. Por ejemplo, El País informó en octubre de 2024 que la gonorrea creció un 42% y la sífilis un 24%, señalando a los hombres jóvenes como el grupo más afectado. RTVE y Cadena SER también han destacado el desconocimiento sobre el VIH entre adolescentes y el aumento generalizado de las ITS.

6 Discusión-Conclusión

El incremento sostenido de las ITS en España en la última década representa un desafío urgente para la salud pública.

La prevención y promoción de la salud se configuran como pilares fundamentales para frenar esta tendencia. Empoderando a la ciudadanía a tomar decisiones informadas. Sin olvidar una atención más específica para grupos vulnerables, como trabajadores/as del sexo, personas migrantes y colectivos con prácticas sexuales de riesgo.

Medidas para el control de la propagación de la ITS:

- Reforzar los servicios de detección y tratamiento. Los Centros de Salud/Atención Primaria, deberían contar con servicios de ITS - pruebas de detección y una atención de calidad, centrada en las personas y educación para la salud cuando se realicen estas intervenciones sanitarias-.
- Refuerzo en grupos de riesgo.
- Programas específicos de atención a las ITS para los/as trabajadores del sexo.
- Vigilancia epidemiológica.
- Reforzar el seguimiento de los casos, para el correcto diagnóstico, que reciban un adecuado tratamiento, seguimiento de los contactos/parejas y educación sanitaria.
- Formación del personal sanitario en ITS.

Medidas para la prevención primaria y secundaria:

- Ampliar la prevención primaria: acceso y uso de preservativos, vacunación contra el virus de la Hepatitis B y Virus del Papiloma Humano, así como la captación activa de los no vacunados.
- Folletos informativos, infografías y descargables con QR con información sobre: las ITS, síntomas de las ITS, necesidad de informar a la pareja, sexo seguro, uso preservativo masculino y femenino, anticonceptivos, lubricantes, etc. Interesante que estén en varios idiomas. Priorizar información en páginas web, creando entornos digitales seguros con información de calidad.

- Importante ofertar direcciones y teléfonos de contacto de los recursos sanitarios, sociales y legales a los que se pueda acudir: cartelería en los centros sanitarios, folletos, QR.
- Facilitar páginas web oficiales con información de calidad sobre VIH, ITS y programas de prevención.
- Programas de revisiones ginecológicas y para la detección precoz del VPH y el cáncer de cérvix.
- Pruebas rápidas para la detección del VIH. Asesoramiento después de las pruebas.
- Tratamiento y asesoramiento adecuado para las personas que acuden a los servicios de urgencias a buscar anticoncepción de urgencia y/o profilaxis post-exposición.
- Contar con la colaboración de las asociaciones de inmigrantes y líderes de otras confesiones religiosas asentados en la zona para que se impliquen en estos programas.

Está sobradamente demostrado que estar bien informado protege contra las ITS, pero no es suficiente. Es necesario dotar a las personas de habilidades, recursos y entornos que favorezcan decisiones responsables y reduzcan su vulnerabilidad. No es fácil conseguir cambios de comportamiento, y para ello las personas necesitan además de conocimientos, habilidades y entornos saludables que disminuyan su susceptibilidad y vulnerabilidad, a la vez favorezcan la toma de decisiones correctas.

En conclusión, el abordaje integral de las ITS exige una respuesta coordinada entre los servicios sanitarios, educativos y comunitarios, con especial énfasis en la población joven. Solo mediante una estrategia multidimensional será posible revertir la tendencia actual y garantizar una salud sexual y reproductiva plena para toda la ciudadanía.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Estrategia de salud pública 2022. Mejorando la salud y el bienestar de la población [Internet]. España: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 2025 Dic 15]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022.
2. Instituto de Salud Carlos III. ¿Qué son las infecciones de transmisión sexual y cómo las estudia el ISCIII? [Internet]. [citado 2025 Dic 15]. Disponible en: <https://www.isciii.es/w/-que-son-las-infecciones-de-transmision-sexual-como-las-estudia-el-isciii-2>
3. Ministerio de Sanidad. Plan estratégico para la prevención y control de la infección por el VIH y las ITS en España 2021-2030 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 [citado 2025 Dic 15]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/Plan_de_Preencion_y_Control1.pdf
4. Organización Mundial de la Salud.

- Un nuevo informe señala un importante aumento de las infecciones de transmisión sexual [Internet]. OMS; 2024 [citado 2025 Dic 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/21-05-2024-new-report-flags-major-increase-in-sexually-transmitted-infections---amidst-challenges-in-hiv-and-hepatitis>
5. Pino-Calm B, Martínez-García L, Beltrán Tacoronte C, Alcoba J. Infradiagnóstico de linfogranuloma venéreo. *Rev Esp Quimioter.* 2020;33(1):76-77. doi:10.37201/req/061.2019. PMID:31895526; PMCID:PMC6987622.
 6. Linde P. Las infecciones de transmisión sexual siguen disparadas: la gonorrea crece un 42% y la sífilis un 24% [Internet]. *El País*; 2024 Oct 21 [citado 2025 Dic 15]. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2024-10-21/las-infecciones-de-transmision-sexual-siguen-disparadas-la-gonorrea-crece-un-42-y-la-sifilis-un-24.html>
 7. Cuevas A. Enfermedades de transmisión sexual en España: “Muchos chicos y chicas no han oído hablar del VIH en su vida” [Internet]. *RTVE*; 2025 Ene 24 [citado 2025 Dic 15]. Disponible en: <https://www.rtve.es/rtve/20250124/master-gonorrea-sifilis-enfermedades-transmision-sexual-mas-crecen-espana/16419639.shtml>
 8. Espartero M. La próxima pandemia será sexual: cifras de ETS en España [Internet]. *La Sexta Noticias*; 2024 Dic 3 [citado 2025 Dic 15]. Disponible en: https://www.lasexta.com/noticias/nacional/proxima-pandemia-sera-sexual-cifras-ets-espana-son-superiores-anos-heroina_20210513609d5c2990e012000185df30.html
 9. Fernández M. Las infecciones de transmisión sexual, desbocadas: la gonorrea sube un 42,6% en dos años [Internet]. *Cadena SER*; 2024 Oct 21 [citado 2025 Dic 15]. Disponible en: <https://cadenaser.com/nacional/2024/10/21/las-infecciones-de-transmision-sexual-desbocadas-la-gonorrea-suben-un-426-en-dos-anos-cadena-ser/>
 10. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España 2022 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado 2025 Dic 15]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe_Vigilancia ITS_2022.pdf

Artículo 134

INTEROPERABILIDAD CLÍNICA EN ESPAÑA: IMPACTO DE LA FRAGMENTACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y LÍNEAS DE MEJORA EN EL MARCO EUROPEO

LUCIA PALLARES FUSTER

ELENA MANOGUÉ GUALLAR

ELISABETH FLORES FERNANDEZ

CORINA BLESÁ MATEO

PILAR TIZÓN MARTÍNEZ

ROCÍO LÓPEZ SORIANO

Introducción: la interoperabilidad sanitaria permite que distintos sistemas de información intercambien y utilicen datos clínicos de forma segura y comprensible. En sistemas descentralizados, la falta de interoperabilidad puede fragmentar la historia clínica del paciente, dificultar la continuidad asistencial y aumentar riesgos y costes.

Material y métodos: se desarrolló una revisión narrativa y análisis documental (2020–2025) sobre interoperabilidad clínica en España y Europa. Se consultaron fuentes institucionales (servicios digitales del SNS, historia clínica digital, receta electrónica interoperable y servicios transfronterizos), normativa y documentación

europea sobre el Espacio Europeo de Datos Sanitarios, y literatura sobre estándares de intercambio (p. ej., HL7 FHIR). La síntesis se organizó por ejes: definición y tipos de interoperabilidad, determinantes de la fragmentación, consecuencias clínicas y operativas, iniciativas vigentes y recomendaciones.

Conclusiones: la fragmentación de la información clínica entre territorios se asocia a discontinuidad de la atención, repetición de pruebas, retrasos diagnósticos/terapéuticos y experiencia negativa del paciente, además de ineficiencias del sistema. Las iniciativas nacionales (Historia Clínica Digital del SNS y Receta Electrónica Interoperable) han mitigado parcialmente el problema, pero persisten retos técnicos, semánticos y de gobernanza. La entrada en vigor del Espacio Europeo de Datos Sanitarios refuerza la necesidad de criterios comunes de interoperabilidad, seguridad y certificación de sistemas, y abre una oportunidad para consolidar un modelo de intercambio clínico más uniforme.

1 Palabras clave

Interoperabilidad; historia clínica digital; continuidad asistencial; sistema nacional de salud; receta electrónica interoperable; estándares hl7 fhir; espacio europeo de datos sanitarios; seguridad de la información

2 Introducción

La digitalización sanitaria ha incrementado la capacidad de registrar, procesar y explotar información clínica. Sin embargo, la utilidad real de esos datos depende de que puedan circular entre niveles asistenciales, organizaciones y territorios sin perder significado ni garantías de seguridad. La interoperabilidad, entendida como la capacidad de distintos sistemas para intercambiar información y utilizarla de manera efectiva, se ha convertido en un requisito estructural de calidad asistencial: permite decisiones clínicas más infor-

madas, reduce duplicidades y favorece la continuidad de cuidados.

En España, la organización descentralizada del sistema sanitario ha impulsado el desarrollo de soluciones autonómicas heterogéneas. Cuando dichas soluciones no comparten estándares técnicos y semánticos de forma consistente, la información del paciente se “parceliza” por episodios, centros o comunidades autónomas, generando fragmentación. Este fenómeno puede ser especialmente relevante en pacientes crónicos, pluripatológicos, personas que se desplazan por motivos laborales o familiares, y situaciones de urgencia donde el acceso rápido a alergias, antecedentes y tratamientos resulta crítico.

Durante los últimos años se han desarrollado servicios de interoperabilidad a escala nacional (p. ej., Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud y Receta Electrónica Interoperable), y a escala europea

(p. ej., prescripción/dispensación transfronteriza). Paralelamente, el nuevo Espacio Europeo de Datos Sanitarios establece un marco legal y técnico para mejorar el intercambio y reutilización de datos de salud en la UE, incorporando exigencias de interoperabilidad y seguridad para los sistemas de historia clínica electrónica. Este contexto hace pertinente revisar el problema, sus causas y sus soluciones operativas desde una perspectiva aplicada.

3 Objetivos

Objetivo general

Analizar la fragmentación de los historiales clínicos entre comunidades autónomas en España como problema de interoperabilidad y proponer líneas de mejora alineadas con iniciativas nacionales y el marco europeo.

Objetivos específicos

- Definir interoperabilidad sanitaria y diferenciar sus dimensiones (técnica, semántica y organizativa).
- Describir factores que favorecen la fragmentación de datos clínicos en entornos descentralizados.
- Identificar consecuencias clínicas y operativas para pacientes y sistema sanitario.
- Revisar iniciativas actuales de interoperabilidad en el SNS (historia clínica digital y receta electrónica interoperable) y servicios transfronterizos.
- Proponer recomendaciones realistas para centros, servicios de salud y re-

sponsables de políticas, incorporando estándares y gobernanza.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa y análisis documental con orientación práctica. El periodo de revisión se estableció entre 2020 y 2025 para recoger literatura reciente sobre intercambio de datos clínicos y el desarrollo de marcos normativos e iniciativas vigentes.

Fuentes consultadas:

Documentación institucional y técnica del Sistema Nacional de Salud sobre servicios de interoperabilidad (Historia Clínica Digital del SNS, Receta Electrónica Interoperable y servicios transfronterizos).

Documentación europea sobre el Espacio Europeo de Datos Sanitarios, incluyendo textos regulatorios y notas institucionales.

Descripciones y documentos técnicos sobre estándares de interoperabilidad (especialmente HL7 FHIR) y literatura científica de apoyo.

Estrategia de síntesis:

La información se agrupó en categorías temáticas: (a) definición y alcance; (b) determinantes de fragmentación; (c) impactos clínicos y de gestión; (d) soluciones e iniciativas; (e) recomendaciones e indicadores. La interpretación se orientó a describir mecanismos y puntos críticos (identificación del paciente, trazabilidad documental, accesibilidad profesional/ciudadana, seguri-

dad y confidencialidad), evitando extrapolaciones causales no sustentadas.

5 Resultados

1. Interoperabilidad sanitaria: dimensiones relevantes.

El intercambio de datos clínicos no depende únicamente de “conectar” sistemas. La interoperabilidad efectiva exige:

- Interoperabilidad técnica: capacidad de transmitir datos (formatos, APIs, mensajería, conectividad).
- Interoperabilidad semántica: que el contenido conserve significado clínico (terminologías, codificación, estructura de informes).
- Interoperabilidad organizativa: acuerdos de gobernanza, roles, autorizaciones, trazabilidad, y procedimientos de uso.

La ausencia o debilidad de cualquiera de estas dimensiones favorece inconsistencias: datos incompletos, duplicados, no comparables o difícilmente localizables.

2. Determinantes de la fragmentación en España

En un sistema con elevada autonomía territorial, la fragmentación se asocia a varios factores:

- Evolución tecnológica heterogénea: implantación de soluciones con calendarios distintos, proveedores diferentes y niveles variables de modernización.
- Ausencia histórica de estándares comunes obligatorios o adopción parcial

de los mismos, lo que dificulta que la información sea “portable” entre territorios.

- Barreras organizativas y de gobernanza: procesos de coordinación interterritorial complejos, prioridades divergentes y dependencia de acuerdos multilaterales.

- Limitaciones de inversión y de gestión del cambio: la interoperabilidad no se resuelve solo con infraestructura; requiere formación, rediseño de procesos, auditoría de calidad del dato y sostenibilidad presupuestaria.

3. Consecuencias clínicas y operativas

La fragmentación de historiales clínicos se relaciona con impactos a varios niveles: a) Continuidad asistencial y seguridad clínica

Cuando el equipo asistencial no accede a antecedentes relevantes (alergias, tratamientos activos, informes recientes), aumenta la dependencia de la memoria del paciente o de documentación aportada manualmente. En urgencias o en pacientes vulnerables, esta limitación puede traducirse en decisiones con mayor incertidumbre. b) Duplicación de pruebas y procedimientos

La falta de acceso a resultados previos favorece repeticiones diagnósticas (analíticas, imagen, pruebas funcionales). Esto implica costes directos y también riesgos evitables (p. ej., exposiciones repetidas o procedimientos innecesarios). c) Retrasos en diagnóstico y tratamiento

La reconstrucción del historial clínico consume tiempo (solicitud de informes, reevaluación, repetición de pruebas), retrasando decisiones terapéuticas. El impacto es mayor en circuitos con tiempos sensibles (oncología, cardiología, infecciones graves o descompensaciones de crónicos). d) Experiencia del paciente e inequidad

La necesidad de “explicar de nuevo” su historia, la incertidumbre sobre si el profesional dispone de información completa y la repetición de pruebas generan carga emocional y desconfianza. Además, si la madurez digital varía entre territorios, la calidad percibida y la continuidad real pueden diferir, amplificando inequidades. e) Impacto en gestión, investigación y salud pública

Los datos fragmentados dificultan la explotación agregada, el análisis de resultados y la mejora continua. También complican la evaluación de políticas, la investigación y la respuesta coordinada a problemas de salud poblacionales.

4. Iniciativas de interoperabilidad: avances y límites

Historia Clínica Digital del SNS (HCD-SNS): se orienta a que las comunidades autónomas compartan información clínica relevante para que esté disponible en soporte electrónico en cualquier servicio autonómico del SNS, a petición de la ciudadanía y con los mecanismos de acceso habilitados.

Receta Electrónica Interoperable del SNS (RESNS): permite la dispensación

de medicación prescrita en otra comunidad autónoma desde cualquier farmacia, mediante tarjeta sanitaria individual, contribuyendo a continuidad farmacoterapéutica en desplazamientos.

Servicios transfronterizos (Mi Salud@UE): facilitan prescripción y dispensación electrónica entre países participantes, reforzando la continuidad en movilidad internacional.

Pese a estos avances, la interoperabilidad completa sigue condicionada por la heterogeneidad de sistemas, la variación en estructura y codificación del contenido, y la necesidad de reglas comunes más estrictas sobre seguridad, certificación y requisitos de interoperabilidad.

5. Marco europeo: oportunidad de consolidación

El Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EHDS) introduce un marco legal y técnico para acceso, intercambio y reutilización de datos de salud, incluyendo criterios de interoperabilidad y seguridad para los sistemas de historia clínica electrónica, con requisitos de conformidad/certificación. Este enfoque refuerza la necesidad de alinear sistemas nacionales y regionales con estándares comunes y gobernanza robusta.

6 Discusión-Conclusión

Los hallazgos indican que la interoperabilidad clínica es un problema tanto tecnológico como organizativo. En Es-

paña, la descentralización puede coexistir con un alto grado de interoperabilidad si se combinan: estándares técnicos (APIs y modelos de datos), estándares semánticos (terminologías y estructura documental), gobernanza (acuerdos, auditoría, trazabilidad), seguridad (control de accesos, cifrado, monitorización), y orientación al usuario (acceso ciudadano, portabilidad y transparencia).

El estándar HL7 FHIR se ha consolidado internacionalmente como una aproximación basada en APIs y “recursos” reutilizables, facilitando integraciones más ágiles. No obstante, su adopción efectiva exige perfiles profesionales, arquitectura adecuada y control semántico; de lo contrario, se corre el riesgo de crear interoperabilidad “superficial” que no garantiza comprensión clínica.

Indicadores prácticos propuestos (seguimiento anual):

Porcentaje de episodios atendidos con acceso efectivo a informes relevantes de otra comunidad/centro.

Tasa de repetición de pruebas por ausencia de resultados previos documentada.

Tiempo medio hasta disponibilidad de información clínica externa solicitada.

Incidentes de seguridad y accesos no justificados (auditoría).

Satisfacción del paciente sobre continuidad informativa en desplazamientos.

Conclusiones

La fragmentación de historiales clínicos entre comunidades autónomas representa un problema persistente con efectos clínicos, organizativos y económicos. Los servicios de interoperabilidad del SNS han supuesto avances relevantes, especialmente en continuidad farmacoterapéutica y disponibilidad de información clínica, pero persisten retos en interoperabilidad semántica, homogeneidad de implementación y gobernanza. El Espacio Europeo de Datos Sanitarios eleva el listón al incorporar requisitos de interoperabilidad y seguridad para sistemas de historia clínica electrónica, ofreciendo una oportunidad para acelerar la convergencia y reducir inequidades territoriales. Consolidar la interoperabilidad requiere inversión sostenida, estandarización, auditoría de calidad del dato, formación y acuerdos operativos que faciliten el uso clínico seguro y útil de la información.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad (España). Historia Clínica del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; s. f.
2. Ministerio de Sanidad (España). Receta Electrónica del Sistema Nacional de Salud (RESNS) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; s. f.
3. Ministerio de Sanidad (España). Prescripción y dispensación electrónica en UE (Mi Salud@UE) [Internet]. Madrid:

Ministerio de Sanidad; s. f.

4. European Commission. European Health Data Space Regulation (EHDS) [Internet]. Brussels: European Commission; 2025.

5. Official Journal of the European Union. Regulation (EU) 2025/327 establishing the European Health Data Space [Internet]. 2025.

6. HL7 International. HL7 FHIR Specification [Internet]. Ann Arbor: HL7; s. f.

7. U.S. Office of the National Coordinator for Health IT. Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR®) [Internet]. 2024.

8. Council of the European Union. European Health Data Space: Council adopts new regulation improving cross-border access to EU health data [Internet]. 2025.

Artículo 135

ENTEROTOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (ENTERO-TC). ENTEROGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)

ELENA OLIVER ARRIAZU

ARITZ SOTRO ARCELUS

OIHANA PEÑA ORCOYEN

AINHOA MURO IMAZ

MIKEL MURGUIONDO BERAESTEGUI

La enterotomografía computarizada (entero-TC) se trata de una técnica diagnóstica por imagen cuyo objetivo es estudiar el intestino delgado. Se trata de una prueba no invasiva, bien tolerada por los pacientes y con una preparación relativamente sencilla. Además, los cuidados posteriores a la prueba no requieren hospitalización ni ningún cuidado especial.

1 Palabras clave

Enterografía; Intestino delgado; tomografía computarizada (TC); Contraste

2 Introducción

El estudio por imágenes del intestino delgado ha sido complicado debido a sus complejidades anatómicas, cambia constantemente de posición debido a su peristaltismo y a los movimientos respiratorios, por ello su verdadera ubi-

cación no siempre es predecible.

Durante años la modalidad de imagen para estudiar el intestino delgado ha sido el tránsito, consistente en la ingesta de bario como contraste. Este presenta un alto valor predictivo negativo (cercano al

60%), además la ingesta de bario puede suponer un problema de cara a plantear cirugía o la realización de otro estudio por imagen.

En la actualidad, la endoscopia y la cápsula endoscópica son capaces de caracterizar la mucosa intestinal mejor que la entero-TC, pero el resto de la pared y las estructuras adyacentes no.

Además, la entero-TC permite la observación de la patología extraluminal.

El intestino delgado se extiende desde el píloro o unión gastroduodenal hasta la unión con el colon ascendente (ciego). Se trata de un tubo de 6 a 7 metros de longitud dividido en 3 partes: duodeno, yeyuno e íleon. La superficie anterior de estos tres está recubierta por el omento mayor.

El duodeno tiene una longitud aproximada de 20 a 25cm, se localiza alrededor de la cabeza del páncreas y se extiende desde el píloro hasta la flexura duodenal donde está el ligamento de Treitz, que fija el duodeno a la pared posterior del abdomen. El duodeno tiene partes intraperitoneales (parte superior) y retroperitoneales (parte descendente), mientras que yeyuno e íleon son órganos intraperitoneales en su totalidad.

El yeyuno es la segunda parte del intestino delgado. Comienza en el ángulo duodenoyeyunal y se encuentra en el cuadrante superior izquierdo del abdomen. El yeyuno es completamente intraperitoneal ya que el mesenterio propiamente dicho lo une a la pared abdominal posterior.

No existe un límite claro de demarcación entre el yeyuno y el íleon, pero existen algunas diferencias anatómicas e histológicas que los distinguen como: la pared del yeyuno es más gruesa y su luz es más ancha que en el íleon y el yeyuno contiene pliegues circulares de Kerckring más prominente.

El íleon es la última y más larga parte del intestino delgado. Se encuentra en el cuadrante inferior derecho del abdomen. El íleon termina en el orificio ileal (unión ileocecal) donde comienza el ciego del intestino grueso.

La composición histológica del intestino está representada por 4 capas (de interior a exterior):

1. Mucosa
2. Submucosa
3. Muscular externa
4. Serosa

3 Objetivos

- Repasar la anatomía e histología del intestino delgado.
- Conocer las normas de preparación previas a la realización de la prueba.
- Conocer las contraindicaciones y aplicaciones de la entero-TC.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación que consistió en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda en varios libros y también se han consultado una serie de artículos de las principales bases de datos, seleccionando algunos textos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, que sirvieron de base al presente trabajo.

5 Resultados

La enterografía por TC o entero-TC se trata de una prueba diagnóstica que se realiza en el servicio de radiología con el fin de estudiar el intestino delgado. Consiste en la distensión de las asas del intestino delgado mediante la ingesta de un contraste oral neutro (agua con un agente hiperosmolar diluido) administrado durante 1 hora aproximadamente. El contraste oral junto con la administración de contraste yodado intravenoso, permite al radiólogo la visualización de la pared de las asas del intestino delgado y el estudio de la mucosa intestinal.

De esta manera el contraste oral proporciona un alto contraste entre la luz del asa distendida e hipodensa, con la pared realzada tras la inyección de contraste IV.

Las principales indicaciones para la re-

alización de la entero-TC son:

1. Diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII): tanto para el diagnóstico inicial como en el control evolutivo de la enfermedad. Es excelente para evaluar la actividad de la Enfermedad de Crohn, detectando complicaciones como estenosis, abscesos y fístulas, y cambiando el manejo del paciente hasta en el 50% de los casos.

2. Hemorragia de Intestino Delgado: Permite identificar la causa de sangrado

(angiodisplasias, divertículos) tanto si es activo como si ha cesado.

3. Superación de Alternativas: Supera en muchos aspectos a los estudios bariados y a la cápsula endoscópica (que puede fallar o retenerse), siendo una técnica rápida, no invasiva y con alta utilidad clínica.

Realización de la prueba.

La hora anterior a la prueba, el paciente bebe 1.5 litros de agua diluido con la solución evacuante Bohm, se trata de un agente hiperosmolar que limita la absorción a través de la pared intestinal por el aumento de la presión osmótica en el interior del asa. Esto provoca la liberación de agua hacia la luz intestinal y produce la distensión del asa en la primera hora tras la ingesta y posteriormente induce la evacuación intestinal rápida.

Hay varias características del intestino delgado que ayudan a aumentar significativamente la superficie de absorción.

1. Pliegues circulares (válvulas de Kerckring): son los pliegues transversales de la mucosa que se encuentran predominantemente en el duodeno distal y el yeyuno proximal.

2. Velloidades intestinales: son extensiones de la mucosa intestinal en forma de dedos que se proyectan hacia el lumen del intestino delgado. Entre las velloidades hay glándulas intestinales (criptas de Lieberkühn) que segregan jugo intestinal rico en enzimas digestivas.

3. Microvellosidades: son proyecciones que se encuentran en la superficie apical de cada célula intestinal (enterocito).

Además, al paciente se le administra Buscapina que posee una acción antiespasmótica sobre el músculo liso del tracto gastrointestinal, biliar y genitourinario. En el momento de realizar el Tc se le administrará el contraste yodado intravenoso. En función del tipo de sospecha clínica realizaremos la adquisición en diferentes fases de contraste:

1. Si la sospecha es de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), se realizará el estudio en fase portal.
2. Si la sospecha es por un tumor o sangrado oculto, se realizarán dos hélices, en fase arterial y fase portal.

6 Discusión-Conclusión

En resumen, la Entero-TC es una evolución de la TC que, mediante técnicas

y contrastes específicos, se ha convertido en una herramienta fundamental y de primera línea para el estudio del intestino delgado, superando limitaciones pasadas y proporcionando información crucial para el diagnóstico y manejo de diversas patologías.

El desarrollo de los equipos de TC multidetector nos permite realizar exploraciones con alta resolución espacial en tiempos muy reducidos. Estas características en combinación con la adecuada distensión de la luz de las asas, hacen posible la valoración de la pared intestinal.

Ventajas de entero-TC frente a otras modalidades:

1. Visualizar todo el espesor de la pared del asa: valorar la mucosa y el realce mural.
2. Valorar las asas de localización profunda o en la pelvis menor, sin superposición de estructuras.
3. Valoración de las estructuras extraentéricas, como la grasa mesentérica circundante.

Contraindicaciones:

1. Embarazo.
2. Sospecha de íleo, retención gástrica, úlcera aguda gástrica o megacolon.
3. Insuficiencia renal (contraindicación relativa).
4. Contraindicación al uso de la solución evacuante Bohm.
5. Pacientes con obstrucción o perforación conocida.
6. Uso de buscapina.

Posterior a la prueba, es normal que el

paciente tenga episodios de diarrea o molestia abdominal que ceden espontáneamente y de forma rápida debido al efecto laxante de la solución y al volumen de líquido administrado.

7 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Artículo 136

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL MANEJO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ALTERACIÓN DEL RITMO SUEÑO–VIGILIA NO FARMACOLÓGICA

MARIA TERESA GONZÁLEZ FUMAT

PILAR GRANDE MELCHOR

SANDRA SUBIAS ROMERO

ANA CRISTINA JULVE ZALDIVAR

GYONGYI SABOU TOTH

CAROLINA CUELLO FONTANA

La alteración del ritmo sueño–vigilia es un problema frecuente en pacientes hospitalizados, aunque poco abordado desde una perspectiva no farmacológica. El entorno hospitalario, la enfermedad y la ansiedad influyen negativamente en el descanso del paciente.

Objetivos.

Analizar el papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la detección y manejo de alteraciones del sueño; describir intervenciones auxiliares orientadas a mejorar el descanso; prevenir complicaciones derivadas de la privación del sueño.

Conclusiones.

El TCAE es una figura clave en la mejora del sueño hospitalario mediante cuidados no farmacológicos, favoreciendo la recuperación integral del paciente.

1 Palabras clave

Sueño hospitalario; ritmo sueño-vigilia; cuidados auxiliares; descanso; hospitalización

2 Introducción

El sueño es una necesidad básica fundamental para la recuperación física y emocional del ser humano. Durante el descanso nocturno se producen procesos esenciales como la reparación tisular, la consolidación de la memoria y la regulación hormonal. Sin embargo, el entorno hospitalario constituye un escenario especialmente desfavorable para mantener un ritmo sueño-vigilia adecuado.

La hospitalización implica cambios bruscos en los horarios habituales, ruidos constantes, iluminación artificial, interrupciones nocturnas para cuidados y la presencia de ansiedad o dolor. Todo ello favorece la aparición de alteraciones del sueño, incluso en pacientes sin antecedentes previos de insomnio. Estas alteraciones pueden manifestarse como dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes, inversión del ritmo sueño-vigilia o somnolencia diurna excesiva.

Aunque en muchos casos se recurre al tratamiento farmacológico, existen nu-

merosas intervenciones no farmacológicas que pueden mejorar significativamente el descanso del paciente. En este contexto, el TCAE desempeña un papel fundamental, ya que es el profesional que gestiona gran parte del entorno del paciente y detecta cambios en sus patrones de descanso.

El TCAE participa activamente en la preparación del entorno nocturno, la higiene previa al descanso, el control del ruido y la iluminación, así como en la observación directa del sueño del paciente. Además, su cercanía permite identificar verbalizaciones de cansancio, irritabilidad o confusión asociadas a la falta de descanso.

La privación del sueño puede derivar en complicaciones importantes, como deterioro cognitivo, aumento del riesgo de caídas, desorientación, empeoramiento del dolor y retraso en la recuperación. Por ello, abordar esta problemática desde el cuidado auxiliar resulta esencial para garantizar una atención integral y humanizada.

Este trabajo analiza el papel del TCAE en el manejo hospitalario de la alteración del ritmo sueño-vigilia mediante intervenciones no farmacológicas, destacando su importancia en la calidad asistencial y presentando un caso clínico poco habitual centrado en este ámbito.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar la intervención del TCAE en pacientes hospitalizados con alteración del ritmo sueño-vigilia.

Objetivos secundarios:

- Identificar factores hospitalarios que alteran el descanso del paciente.
- Describir cuidados auxiliares no farmacológicos para mejorar el sueño.
- Prevenir complicaciones derivadas de la privación del sueño.

4 Caso clínico

Paciente mujer de 63 años ingresada en la unidad de Medicina Interna por insuficiencia cardíaca descompensada de origen hipertensivo. Presentaba antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y obesidad grado I. Vivía con su pareja y era independiente para las actividades básicas de la vida diaria antes del ingreso. No presentaba antecedentes de trastornos del sueño ni consumo habitual de hipnóticos.

Durante la entrevista inicial, la paciente refería que en su domicilio mantenía rutinas de descanso estables, acostándose sobre las 23:00 horas y despertando a las 7:00 horas, con un sueño generalmente reparador. Sin embargo, tras el ingreso hospitalario comenzó a manifestar dificultad para conciliar el sueño desde la primera noche.

En los primeros días de hospitalización, el TCAE observó que la paciente solici-

taba asistencia con frecuencia durante el turno de noche, llamando al timbre repetidamente por sensación de inquietud, nerviosismo o incomodidad. Permanecía despierta hasta altas horas, encendiendo la luz y sentándose en la cama sin lograr descansar. Durante el día, se mostraba somnolienta, con tendencia a dormitar en el sillón, lo que reforzaba la inversión del ritmo sueño-vigilia.

El TCAE detectó signos asociados a la privación del sueño: irritabilidad, dificultad para concentrarse durante las explicaciones, mayor dependencia para los cuidados básicos y expresión verbal de cansancio extremo. En varias ocasiones, la paciente manifestó miedo a dormirse por temor a empeorar su estado cardíaco, lo que aumentaba su ansiedad nocturna.

Durante la higiene nocturna, el TCAE observó que la paciente se mostraba más inquieta, realizando movimientos repetitivos con las manos y expresando preocupación constante. Ante esta situación, el TCAE adoptó una actitud calmada y tranquilizadora, explicando de forma sencilla que el descanso era beneficioso para su recuperación y que estaría vigilada durante la noche.

Tras comunicar estas observaciones al personal de enfermería, se acordó priorizar intervenciones no farmacológicas. El TCAE comenzó a estructurar una rutina nocturna: higiene relajante con agua templada, disminución progresiva de la iluminación, colocación

adecuada de almohadas para facilitar la respiración y ajuste de la ropa de cama para evitar sensación de frío o calor.

Asimismo, el TCAE intervino sobre el entorno hospitalario. Se redujo el ruido en la habitación, se cerraron puertas innecesarias y se reorganizaron cuidados nocturnos para evitar interrupciones repetidas. Se fomentó el uso de una luz tenue en lugar de iluminación directa, favoreciendo un ambiente más propicio para el descanso.

Durante el turno de mañana, el TCAE animó a la paciente a mantenerse despierta, sentándose en el sillón y participando en pequeñas actividades, evitando siestas prolongadas. Se reforzó la exposición a la luz natural durante el día, manteniendo las persianas abiertas y promoviendo una diferenciación clara entre el día y la noche.

El TCAE mantuvo una observación constante del patrón de sueño, registrando horas aproximadas de conciliación, despertares nocturnos y comportamiento diurno. Estos datos permitieron evaluar la evolución de la paciente y ajustar las intervenciones de manera progresiva.

A partir del quinto día de ingreso, la paciente comenzó a conciliar el sueño antes de la medianoche, reduciendo el número de despertares nocturnos. Se mostraba más descansada durante el día, con mejor estado de ánimo y mayor colaboración en los cuidados. La ansiedad nocturna disminuyó notablemente, y la paciente verbalizó sentirse

“más tranquila y segura”.

Antes del alta hospitalaria, el TCAE participó activamente en la educación sanitaria, explicando la importancia de mantener rutinas de sueño en el domicilio, evitar estímulos antes de dormir y reconocer signos de alerta. Se implicó también a la pareja en estas recomendaciones para favorecer la continuidad de los cuidados.

La paciente fue dada de alta tras doce días de hospitalización, con una mejoría evidente tanto clínica como emocional, y con un patrón de sueño más regular, atribuyendo gran parte de su mejoría al acompañamiento y cuidados recibidos durante la noche.

5 Discusión-Conclusión

La alteración del ritmo sueño-vigilia en pacientes hospitalizados es un problema frecuente que afecta negativamente a la recuperación clínica. Sin embargo, suele infravalorarse frente a otras prioridades asistenciales. Este trabajo demuestra que el TCAE desempeña un papel clave en la identificación y manejo de este problema mediante intervenciones no farmacológicas.

El caso clínico presentado evidencia cómo la observación continuada del TCAE permite detectar cambios en el patrón de sueño antes de que aparezcan complicaciones como desorientación, irritabilidad o deterioro cognitivo. La interpretación de estas señales es fundamental para intervenir de forma pre-

coz.

Las intervenciones auxiliares orientadas al confort nocturno, la adaptación del entorno y el establecimiento de rutinas favorecen un descanso más reparador. Estas acciones, aunque simples, requieren constancia y sensibilidad por parte del TCAE, quien gestiona gran parte del entorno hospitalario.

Además, el acompañamiento emocional previo al descanso reduce la ansiedad del paciente, uno de los principales factores que alteran el sueño. El TCAE, mediante una comunicación calmada y empática, contribuye a generar un ambiente de seguridad y confianza.

La coordinación con el equipo de enfermería permite reforzar estas intervenciones y evitar el uso innecesario de fármacos hipnóticos, reduciendo riesgos asociados. El trabajo conjunto favorece una atención integral centrada en la persona.

En conclusión, el TCAE es un agente fundamental en la mejora del sueño hospitalario. Su intervención no solo favorece el descanso, sino que impacta positivamente en la recuperación física, el estado emocional y la calidad asistencial global. Promover cuidados auxiliares orientados al sueño contribuye a una hospitalización más humanizada y eficaz.

6 Bibliografía

1. Buysse, D. J. (2014). Sleep health: Can we define it? *Sleep*, 37(1), 9–17.
2. Smeltzer, S. C., et al. (2019). Brunner & Suddarth: Enfermería médica-quirúrgica. Wolters Kluwer.
3. Ministerio de Sanidad. (2021). Humanización de la atención hospitalaria.
4. Redeker, N. S. (2017). Sleep in hospitalized patients. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 13(6), 839–846.
5. OMS. (2020). Cuidados centrados en la persona.

Artículo 137

MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS

CARMEN SANCHO MUR

CRISTINA RECALDE VALLEJO

GEMA SANTED MORATA

ANDREA GIRON HERNANDEZ

PABLO GARCÍA ECED

NOELIA GAJATE GARMENDIA

El dolor postquirúrgico es una de las principales causas de malestar en los pacientes intervenidos y puede influir negativamente en el proceso de recuperación si no se maneja de forma adecuada. Un control insuficiente del dolor se asocia a retraso en la movilización, aumento del riesgo de complicaciones y prolongación de la estancia hospitalaria. El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la valoración continua del dolor y en la aplicación de intervenciones dirigidas a su control. Este artículo analiza la importancia del manejo del dolor en el periodo postoperatorio, destacando la relevancia de la valoración sistemática, la analgesia multimodal y las intervenciones enfermeras para mejorar la calidad de los cuidados y el bienestar del paciente.

1 Palabras clave

Dolor postquirúrgico; analgesia; cuidados postoperatorios; enfermería; valoración del dolor.

2 Introducción

El dolor postquirúrgico es una experiencia frecuente tras una intervención quirúrgica y constituye uno de los prin-

cipales problemas a los que se enfrentan los pacientes durante el periodo postoperatorio. Un control inadecuado del dolor no solo genera sufrimiento innecesario, sino que también puede retrasar la recuperación, limitar la movilización precoz y aumentar el riesgo de complicaciones, como infecciones, trombosis venosa profunda o alteraciones respiratorias.

La percepción del dolor es subjetiva y está influida por múltiples factores, entre ellos el tipo de cirugía, la técnica anestésica, la edad, el estado emocional y la experiencia previa del paciente. Por este motivo, resulta fundamental realizar una valoración individualizada y continua que permita adaptar el tratamiento analgésico a las necesidades específicas de cada persona.

El personal de enfermería desempeña un papel esencial en el manejo del dolor postquirúrgico, ya que mantiene un contacto directo y constante con el paciente. La correcta valoración del dolor mediante escalas validadas, la administración segura de la analgesia prescrita y la observación de la respuesta al tratamiento son intervenciones clave dentro de los cuidados postoperatorios.

En los últimos años, se ha promovido el uso de la analgesia multimodal, que combina diferentes fármacos y técnicas con el objetivo de mejorar el control del dolor y reducir los efectos adversos. En este contexto, la actuación enfermera resulta determinante para garan-

tizar una atención eficaz, segura y centrada en el paciente.

3 Objetivos

- Analizar la importancia de una adecuada valoración del dolor postquirúrgico.
- Describir las principales estrategias farmacológicas y no farmacológicas para su manejo.
- Destacar el papel de la enfermería en el control del dolor postoperatorio.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa mediante la consulta de artículos científicos publicados entre 2017 y 2024 y en bases de datos como PubMed y Scielo. Se seleccionaron estudios relacionados con el manejo del dolor postquirúrgico y las intervenciones enfermeras.

5 Resultados

La revisión de la literatura científica evidencia que una valoración sistemática y continuada del dolor postquirúrgico se asocia a un mejor control del mismo y a una reducción de complicaciones durante el periodo postoperatorio. El uso de escalas validadas, como la escala visual analógica (EVA), la escala numérica o la escala verbal, permite objetivar la intensidad del dolor y facilita

la toma de decisiones clínicas basadas en datos objetivos. Los estudios coinciden en que la reevaluación periódica del dolor es fundamental para adaptar el tratamiento analgésico a la evolución clínica del paciente.

Los resultados muestran que la analgesia multimodal es una de las estrategias más eficaces para el manejo del dolor postquirúrgico. La combinación de analgésicos no opioides, opioides en dosis ajustadas, anestésicos locales y técnicas regionales reduce de forma significativa la intensidad del dolor y disminuye la necesidad de dosis elevadas de opioides. Esta reducción se asocia, a su vez, con una menor incidencia de efectos adversos como náuseas, vómitos, estreñimiento, somnolencia o depresión respiratoria.

Diversos estudios señalan que una adecuada educación sanitaria al paciente influye positivamente en la percepción del dolor. Informar sobre el procedimiento quirúrgico, el manejo del dolor esperado y la importancia de comunicar de forma precoz la aparición de dolor favorece la participación activa del paciente en su proceso de recuperación. Los pacientes que reciben información clara y comprensible presentan menores niveles de ansiedad y una mejor adherencia al tratamiento analgésico.

Asimismo, las intervenciones no farmacológicas desempeñan un papel relevante como complemento al tratamiento farmacológico. Medidas

como la correcta colocación del paciente, el uso de cojines o dispositivos de apoyo, la aplicación de frío o calor según indicación médica, las técnicas de relajación y la musicoterapia contribuyen a mejorar el confort y a reducir la percepción del dolor.

Los resultados también destacan la importancia del papel de la enfermería en la detección precoz de complicaciones relacionadas con el dolor, como el dolor mal controlado, el dolor irruptivo o los efectos secundarios de la analgesia. La vigilancia continua y el registro adecuado de la evolución del dolor permiten una actuación rápida y eficaz.

En conjunto, la evidencia revisada pone de manifiesto que una actuación enfermera basada en la valoración sistemática, la analgesia multimodal y las intervenciones educativas y no farmacológicas favorece una recuperación más rápida, una mayor satisfacción del paciente y una mejora global de la calidad asistencial en el postoperatorio.

6 Discusión-Conclusión

El manejo eficaz del dolor postquirúrgico requiere una atención individualizada y una evaluación continua. La enfermería, al mantener un contacto directo y constante con el paciente, se encuentra en una posición privilegiada para detectar cambios en la intensidad del dolor y ajustar las intervenciones. Sin embargo, factores como la sobrecarga asistencial o la infravaloración

del dolor pueden dificultar un control óptimo.

Un adecuado manejo del dolor postquirúrgico es esencial para favorecer la recuperación del paciente y prevenir complicaciones. La valoración sistemática y la aplicación de estrategias multimodales permiten un control más eficaz del dolor. La enfermería desempeña un papel fundamental en este proceso, contribuyendo de manera directa a la calidad y seguridad de la atención sanitaria.

7 Bibliografía

1. Kehlet H. Multimodal analgesia in postoperative pain treatment. *The Lancet*. 2017.
2. Chou R, et al. Management of postoperative pain. *Journal of Pain*. 2021.
3. Martínez JM, et al. Analgesia multimodal en el postoperatorio. *Revista Española de Anestesiología*. 2019.

Artículo 138

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HEMODIÁLISIS: CONSIDERACIONES FARMACOLÓGICAS Y AJUSTES

ALICIA GARIJO HORNILLOS

YAIZA PASQUIER URMENETA

LIDIA PARDO HERRERA

JULIA ESTEBAN ALVAREZ

CLARA ARTETA PINILLA

LORENA APERTE GOÑI

Introducción: la administración de medicamentos en pacientes sometidos a hemodiálisis (HD) requiere un conocimiento profundo de la farmacología y de los efectos de la insuficiencia renal crónica (ERC) sobre la absorción, distribución, metabolismo y eliminación de fármacos. La diálisis modifica la concentración plasmática y tisular de los fármacos, especialmente aquellos con bajo peso molecular, bajo volumen de distribución o baja unión a proteínas, pudiendo alterar la eficacia terapéutica y aumentar el riesgo de toxicidad.

Objetivos: este estudio tiene como objetivo describir los principios farmacológicos relevantes en pacientes en HD, identificar los factores que afectan la eliminación de fármacos durante la sesión de diálisis y presentar recomendaciones prácticas para la administración segura de medicamentos, considerando dosis, vía de administración y tipo de membrana utilizada.

Metodología: se realizó una revisión narrativa de literatura científica sobre farmacocinética y farmacodinámica en pacientes con ERC sometidos a HD, considerando artículos publicados en bases de datos como PubMed, Scopus y Google Scholar. Se analizaron factores dependientes del fármaco, del paciente y de la técnica de HD, así como ejemplos de medicamentos comúnmente utilizados en la práctica clínica, incluyendo anticoagulantes, analgésicos, antibióticos y vitaminas.

Resultados: la eliminación de fármacos durante HD depende de múltiples factores: peso molecular, volumen de distribución, unión a proteínas, tipo de membrana, técnica de diálisis, volemia, aclaramiento residual y función hepática. Medicamentos con alto volumen de distribución o unión proteica elevada presentan mínima depuración dialítica, mientras que fármacos con bajo peso molecular y baja unión proteica son más susceptibles de eliminarse durante la sesión. Se destaca la importancia de administrar fármacos por la línea venosa para minimizar pérdidas por el dializador y garantizar eficacia terapéutica.

Conclusiones: la administración segura de fármacos en HD requiere un enfoque individualizado basado en farmacología, características del paciente y técnica de diálisis. Ajustar dosis, seleccionar la vía correcta y considerar el tiempo de administración son medidas esenciales para optimizar la terapia farmacológica y reducir riesgos de toxicidad o subdosis.

1 Palabras clave

Hemodiálisis, insuficiencia renal crónica, farmacología, ajuste de dosis, eliminación de fármacos, unión a proteínas, volumen de distribución

2 Introducción

La insuficiencia renal crónica (ERC) representa un desafío significativo para la farmacoterapia, dado que los riñones son órganos clave en la eliminación de múltiples fármacos y metabolitos activos. En pacientes sometidos a hemodiálisis (HD), la función renal residual es mínima o inexistente, lo que altera de manera sustancial los procesos farmacocinéticos, incluyendo absorción, distribución, metabolismo y

excreción. La absorción de medicamentos puede verse afectada por cambios en el pH gástrico, el tránsito intestinal y la función hepática, lo que modifica la biodisponibilidad, definida como la fracción de fármaco que alcanza la circulación sistémica en su forma activa. La vía intravenosa garantiza una biodisponibilidad del 100%, mientras que otras vías pueden verse alteradas en presencia de ERC.

La distribución de los fármacos también se encuentra modificada en pacientes en HD, especialmente en aquellos con acidosis metabólica, niveles bajos de albúmina o presencia de toxinas urémicas. La unión fármaco-proteína es crítica para determinar la fracción libre activa y, por lo tanto, el efecto terapéutico del medicamento.

Alteraciones en esta unión pueden incrementar la concentración de fármaco libre, elevando el riesgo de toxicidad.

El metabolismo hepático y renal de los fármacos requiere ajustes específicos de dosis en función de la función residual del paciente. Fármacos que dependen en más del 30% de la eliminación renal deben ajustarse cuidadosamente para evitar acumulación y efectos adversos. La diálisis contribuye al aclaramiento de fármacos dependiendo de su volumen de distribución (VD), unión a proteínas (UP), peso molecular y solubilidad. Aquellos con $VD < 0,7$ L/kg y $UP < 80\%$ son susceptibles de depuración significativa durante la HD, mientras que fármacos con alta unión proteica o VD elevado presentan mínima eliminación dialítica.

La técnica de HD y el tipo de membrana influyen directamente en la depuración de fármacos. Los procesos difusivos y convectivos determinan la eficacia con la que el medicamento puede atravesar la membrana dializante. Factores del paciente, como volemia, aclaramiento residual, función hepática y perfusión tisular, también modulan la farmacocinética durante la sesión de HD.

Por lo tanto, la administración de fármacos en HD requiere un enfoque multidimensional, considerando las propiedades del fármaco, las características del paciente y las especificaciones técnicas del procedimiento de diálisis. Medicamentos como anticoagulantes, analgésicos, antibióticos y suplemen-

tos nutricionales deben ser administrados considerando su potencial eliminación por el dializador, ajustando dosis y seleccionando la vía de administración adecuada (preferiblemente línea venosa para minimizar pérdidas). Conocer los principios farmacológicos, los factores que alteran la farmacocinética en ERC y la interacción con la técnica de HD es fundamental para optimizar la terapia, garantizar eficacia y reducir el riesgo de efectos adversos. Este artículo tiene como objetivo proporcionar un marco integral para la administración segura de medicamentos en pacientes sometidos a HD, abordando tanto los fundamentos teóricos como las aplicaciones clínicas prácticas.

3 Objetivos

El objetivo general de este trabajo es analizar la administración de medicamentos en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, considerando los principios farmacológicos y los factores que afectan la eficacia terapéutica y seguridad de los fármacos.

Los objetivos específicos son:

- Describir los efectos de la ERC sobre la absorción, distribución, metabolismo y eliminación de fármacos.
- Identificar los factores dependientes del fármaco, del paciente y de la técnica de diálisis que influyen en la depuración dialítica.

- Presentar recomendaciones para la administración de medicamentos durante la sesión de HD, incluyendo selección de vía, ajuste de dosis y tiempo de administración.
- Analizar ejemplos prácticos de fármacos comúnmente utilizados en HD, como anticoagulantes, analgésicos, antibióticos, vitaminas y agentes eritropoyéticos.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica disponible sobre farmacocinética y farmacodinámica en pacientes con ERC sometidos a HD. La búsqueda se centró en artículos publicados entre 2010 y 2025 en bases de datos como PubMed, Scopus y Google Scholar. Los términos de búsqueda incluyeron “hemodialysis”, “drug pharmacokinetics”, “renal failure”, “medication adjustment” y “protein binding”. Se seleccionaron estudios que abordan la influencia de la ERC sobre la absorción, distribución, metabolismo y eliminación de fármacos, así como revisiones sobre estrategias de administración durante HD.

Se analizaron los factores que afectan la eliminación de fármacos: dependientes del medicamento (peso molecular, unión a proteínas, liposolubilidad, volumen de distribución), de la membrana dialítica (permeabilidad, tamaño del poro, capacidad de unión) y de la técnica de HD (transporte difusivo o

convectivo). Además, se evaluaron factores del paciente, incluyendo volemia, aclaramiento residual, función hepática y perfusión tisular, que pueden modificar la farmacocinética durante la sesión.

Se recopilaron ejemplos de fármacos frecuentes en HD, categorizados según su susceptibilidad a ser dializados y la necesidad de ajuste de dosis. Se analizaron las vías de administración recomendadas (línea arterial o venosa) y estrategias para minimizar la pérdida de fármaco activo en el dializador. La información se sintetizó en tablas y diagramas comparativos para ofrecer una guía práctica para profesionales de la salud.

La revisión incluyó estudios experimentales, revisiones sistemáticas y guías clínicas de nefrología y farmacología clínica. Se priorizó la evidencia de alta calidad y publicaciones recientes para garantizar la actualidad de las recomendaciones. El análisis permitió establecer criterios claros para la administración segura de medicamentos durante la HD, considerando tanto la teoría farmacológica como la aplicación clínica práctica.

5 Resultados

La administración de fármacos en pacientes sometidos a HD requiere comprender cómo la ERC y la diálisis modifican la farmacocinética. La absorción puede verse alterada por cambios

en el pH gástrico, tránsito intestinal lento y función hepática comprometida. Medicamentos administrados por vía intravenosa garantizan biodisponibilidad completa y se recomiendan especialmente cuando se requiere efecto rápido.

La distribución está influenciada por acidosis metabólica, niveles bajos de albúmina y presencia de toxinas urémicas. Estos factores afectan la fracción libre de fármaco, determinante de su acción terapéutica. El metabolismo hepático puede verse comprometido en pacientes con ERC avanzada, lo que obliga a ajustar dosis, especialmente de fármacos que dependen parcialmente de la eliminación renal.

La eliminación durante HD depende del peso molecular, volumen de distribución y unión a proteínas. Fármacos con vitamina D (VD) $<0,7$ L/kg y ultrafiltración (UP) $<80\%$ pueden ser significativamente depurados. La técnica de diálisis (HD convencional vs. hemodiafiltración), tipo de membrana (alta o baja permeabilidad) y transporte (difusivo o convectivo) influyen directamente en la eficacia de eliminación. Por el contrario, fármacos con alta unión a proteínas o gran VD presentan mínima depuración y requieren ajustes mínimos.

En la práctica clínica, anticoagulantes como heparina sódica y de bajo peso molecular se administran considerando peso molecular y UP. Analgésicos como paracetamol y metamizol

presentan bajo PM y baja UP, por lo que deben administrarse por línea venosa con bomba para evitar pérdida en el dializador. Antibióticos como vancomicina y ceftriaxona requieren monitorización estrecha para mantener niveles terapéuticos. Otros medicamentos, como eritropoyetina, paricalcitol y hierro sacarosa, presentan alta PM y se administran lentamente para prevenir efectos adversos y optimizar eficacia. En pacientes críticos, vasopresores como dopamina y noradrenalina requieren infusión controlada por línea central, considerando que pueden dializarse parcialmente. La elección de vía, volumen de dilución, tiempo de administración y ajuste de ultrafiltración son esenciales para mantener seguridad y eficacia.

6 Discusión-Conclusión

El conocimiento de farmacología clínica, características de cada fármaco y técnica de HD permite un enfoque individualizado, optimizando la terapia, reduciendo riesgo de toxicidad y evitando subdosis. La educación continua del personal de salud es clave para garantizar prácticas seguras y efectivas en la administración de medicamentos durante la hemodiálisis.

7 Bibliografía

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Work Group.

KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for the Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl.* 2020;10(1):S1–S150.

2. Brunton LL, Hilal-Dandan R, Knollmann BC. *Goodman & Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 14th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2021.

3. Agarwal R, et al. Pharmacokinetics in renal failure and dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2018;13(6):957–965.

4. Aronoff GR, et al. *Drug Prescribing in Renal Failure: Dosing Guidelines for Adults and Children*. 6th ed. Philadelphia: American College of Physicians; 2019.

5. Lexicomp Online, UpToDate. *Drug Information in Renal Impairment*. Wolters Kluwer; 2024.

6. Nolin TD, et al. Hemodialysis drug clearance: implications for drug dosing. *Am J Kidney Dis.* 2020;76(2):248–259.

7. Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron.* 1976;16(1):31–41.

Artículo 139

LA EMPATÍA COMO ESENCIA DEL CUIDADO TRANSPERSONAL: IMPLICACIONES DE LA TEORÍA DE JEAN WATSON EN LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA HUMANIZADA

CRISTINA RECALDE VALLEJO

GEMA SANTED MORATA

ANDREA GIRON HERNANDEZ

PABLO GARCÍA ECED

NOELIA GAJATE GARMENDIA

CARMEN SANCHO MUR

Introducción: la práctica de la enfermería actual enfrenta la paradoja de la alta tecnificación que, a menudo, eclipsa el componente humano del cuidado. Se requiere un marco filosófico que reoriente la atención hacia la persona holística. La Teoría del Cuidado Humano (Caring) de Jean Watson proporciona este marco, postulando que el cuidado es un acto moral y transpersonal, siendo la empatía el elemento clave para su realización.

Objetivo: analizar el rol fundamental de la empatía en la configuración del Momento de Cuidado Transpersonal y en la aplicación de los 10 Factores Caritas (Caritas Processes) de Jean Watson, identificando sus implicaciones para el desarrollo de un cuidado humanizado y ético.

Metodología: se propone una Revisión Integrativa de la Literatura, combinada con un Análisis Conceptual, para sintetizar la evidencia y los constructos teóricos que vinculan la empatía con el cuidado transpersonal de Watson. La búsqueda se realizará en bases de datos biomédicas (PubMed, CINAHL, Scopus) y literatura especializada en teoría de enfermería, utilizando descriptores como "Jean Watson", "Cuidado Humanizado" y "Empatía". Se incluirán artículos y documentos teóricos publicados en los últimos 15 años.

Resultados: la empatía se identifica como un componente inherente al Factor Caritas 4 (relación de ayuda-confianza), actuando como el motor que facilita la conexión intersubjetiva entre la enfermera y la persona cuidada. Esta conexión empática es indispensable para alcanzar el Momento de Cuidado Transpersonal, promoviendo la armonía holística de cuerpo, mente y espíritu. La aplicación de este modelo, centrado en la empatía, ha demostrado mejorar la calidad asistencial y la satisfacción del paciente en diversos contextos clínicos, incluyendo la atención de la salud mental.

Conclusión: la empatía no es una habilidad blanda opcional, sino el componente Caritas indispensable para que la enfermería cumpla su misión ética y humanística. Su cultivo debe ser un eje fundamental en la formación, la práctica clínica y el liderazgo de la enfermería, asegurando que el cuidado sea un acto auténtico que promueva el bienestar integral.

1 Palabras clave

Enfermería; Cuidado Humanizado; Empatía; Jean Watson; Teoría del Cuidado Humano; Caritas; Relación Terapéutica; Liderazgo.

2 Introducción

La enfermería, como disciplina profesional, se fundamenta en un compromiso ético y humano con el bienestar de la persona. Sin embargo, en sistemas de salud contemporáneos, caracterizados por la eficiencia, la sobrecarga asistencial (particularmente en Atención Primaria) y la alta dependencia tecnológica, existe el riesgo latente de una deshumanización del cuidado [1, 2]. Mi

experiencia en Atención Primaria en Navarra y mi especialización en Enfermería Psiquiátrica me han permitido observar cómo esta tensión se manifiesta, especialmente en la atención de las necesidades espirituales y existenciales de los pacientes, que a menudo quedan en un "vacío asistencial" [1].

Para contrarrestar esta tendencia, la profesión debe retornar a sus bases filosóficas. La Teoría del Cuidado Humano (Human Caring Theory) de Jean Watson, desarrollada en los años 70, ofrece la estructura conceptual idónea [2]. Esta teoría surgió como una respuesta para cambiar el paradigma de la mera práctica técnica hacia un modelo centrado en la persona como un ser holístico: cuerpo, mente y espíritu [3, 4,

5]. Para entender la disciplina, es fundamental conocer sus modelos y teorías [6].

En este marco, la Empatía emerge como el elemento crucial. La empatía va más allá de un sentimiento: es un proceso activo y consciente que permite a la enfermera comprender la experiencia subjetiva del paciente, sus valores, sus preferencias y sus necesidades expresadas [7, 8]. Es la habilidad que confiere a la enfermería la capacidad de establecer una relación auténtica y terapéutica [9]. Watson integra la empatía directamente en los 10 Factores Caritas (Caritas Processes), que guían la práctica del cuidado transpersonal [5, 10].

El Factor Caritas 4 es explícito al mencionar el desarrollo de una relación de ayuda-confianza, que incorpora la congruencia, la calidez y la empatía [11]. Sin esta empatía genuina, el encuentro entre la enfermera y el paciente se reduce a una interacción funcional, perdiendo su potencial sanador y transformador, conocido como el Momento de Cuidado Transpersonal [9, 12]. Este momento es definido como un encuentro fenomenológico donde ambos, enfermera y paciente, se conectan para cocrear un campo de conciencia que promueve la sanación y la armonía [9, 13].

La relevancia de la empatía es particularmente acentuada en el ámbito de la Salud Mental, donde el sufrimiento existencial, la sensación de vacío y el estigma son barreras al bienestar que solo

una conexión profundamente empática puede mitigar [1]. Como profesional con una formación que valora el coaching y el liderazgo [14, 15], sostengo que la empatía no solo beneficia al paciente, sino que fortalece la identidad profesional de la enfermera, la motiva a un compromiso ético y la posiciona como líder en la humanización del cuidado [14].

El presente artículo se propone analizar en detalle este vínculo esencial, respondiendo a la necesidad de que las enfermeras profundicen en el modelo humanístico de Watson para garantizar la calidad y la dignidad en la atención [4].

3 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es: analizar el rol fundamental de la empatía como componente central de los Factores Caritas y su contribución al establecimiento del Momento de Cuidado Transpersonal en el marco de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson [2, 4].

Los objetivos específicos son:

- Identificar la conceptualización de la empatía dentro del Modelo de Cuidado Humano de Watson.
- Describir la evidencia científica sobre el impacto de la empatía en la satisfacción de los pacientes y en la calidad asistencial.
- Reflexionar sobre las estrategias para integrar y evaluar la competencia empática en la formación y el desarrollo

del liderazgo clínico en enfermería.

4 Metodología

El presente estudio se basa en una Revisión Integrativa de la Literatura y un Análisis Conceptual, un enfoque idóneo para sintetizar conocimiento teórico y empírico, y clarificar constructos fundamentales para la disciplina de enfermería [4].

1. Estrategia de Búsqueda y Fuentes de Datos:

Se consultaron bases de datos de referencia en ciencias de la salud: PubMed/Medline, CINAHL, Scopus y el motor de búsqueda académico Google Scholar. La estrategia se definió con descriptores clave, utilizando operadores booleanos: ("Jean Watson" AND "Caring" AND "Empathy" AND "Nursing"), ("Teoría del Cuidado Humano" AND "Empatía" AND "Caritas") y ("Cuidado Humanizado" AND "Enfermería").

2. Criterios de Inclusión y Exclusión:

Inclusión: Artículos de investigación originales, revisiones sistemáticas, trabajos de fin de grado y documentos conceptuales/teóricos que explícitamente vinculen la empatía, el cuidado humanizado y la Teoría de Jean Watson, publicados en español e inglés. Se priorizaron publicaciones académicas entre 2010 y 2025. Se incluyeron documentos relevantes de la práctica profesional para contextualizar la realidad asistencial [1].

Exclusión: Estudios que mencionen las palabras clave de forma tangencial o que no traten el cuidado de enfermería.

3. Síntesis y Análisis de Datos:

Los artículos seleccionados fueron analizados mediante lectura crítica y síntesis temática, enfocándose en tres temas principales: a) la definición de empatía en el marco de los Factores Caritas; b) la descripción del Momento de Cuidado Transpersonal; y c) la evidencia de la aplicación del modelo y sus resultados en la calidad del cuidado [4, 11]. El análisis conceptual de la empatía se basó en la identificación de sus atributos, antecedentes y consecuencias en el contexto de la relación enfermera-paciente [7, 10, 16].

5 Resultados

Los resultados de la revisión confirman que la Teoría del Cuidado Humano de Watson constituye un metaparadigma sólido que se diferencia del modelo biomédico al entender a la persona como un ser integral en búsqueda de la armonía mente-cuerpo-alma [5, 3].

1. La Empatía como Caritas Process.

La empatía se configura como una competencia sine qua non para la enfermera que aspira a un cuidado transpersonal. Se encuentra intrínsecamente ligada al Factor Caritas 4 (Desarrollo y mantenimiento de una relación de ayuda-confianza, de cuidado-confianza-confianza auténtica,

que incorpora la congruencia, la calidez y la empatía) [11]. La empatía, definida como la habilidad de comprender la situación del otro sin juzgar [7], es la herramienta que materializa la intención moral de Watson. En la práctica, esto implica un esfuerzo por la escucha activa y la presencia consciente [8].

2. La Empatía en el Momento de Cuidado Transpersonal.

El Momento de Cuidado Transpersonal, donde ocurre la verdadera sanación, requiere la conexión intersubjetiva que únicamente la empatía puede establecer [9, 7]. Es el instante en el que las percepciones y las historias de vida de la enfermera y el paciente se entrelazan en un campo fenomenológico. La enfermera empática es capaz de:

- Cultivar la sensibilidad hacia sí misma y hacia los demás (relacionado con el Factor Caritas 3), trascendiendo el ego para abrirse al otro con compasión [7].
- Reconocer la dignidad del paciente, facilitando un entorno protector para el medio psico, mental, espiritual y socio-cultural (relacionado con el Factor Caritas 8) [7, 17].

El cuidado empático permite a la enfermera trascender la enfermedad y conectar con la dimensión existencial del paciente [1, 9]. Por ejemplo, en el ámbito de la Salud Mental, la empatía es esencial para mitigar el sufrimiento existencial, el aislamiento y la sensación de inutilidad que experimentan las personas con enfermedad mental [1].

3. Impacto de la Empatía y del Modelo

Watson

La evidencia revisada respalda que la aplicación del modelo humanístico, impulsado por la empatía, tiene efectos positivos en la calidad de la atención [14]. Se ha demostrado que:

El cuidado basado en la teoría mejora la satisfacción del paciente y la calidad percibida de la atención [4, 13, 18].

Los pacientes valoran positivamente la atención humanizada, encontrándose compatible con un cuidado integral y de calidad [14, 19, 20].

La enfermería, al enfocarse en el ser humano total (y no solo en la enfermedad), logra humanizar la atención en entornos de alta demanda como los servicios de urgencia o la atención crónica [12, 21].

6 Discusión-Conclusión

La Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson ofrece un modelo pragmático y ético que exige a la enfermería recuperar su núcleo humanista [3]. El análisis confirma que la empatía es el caritas fundamental que traduce la filosofía de Watson en acción clínica, proporcionando el acceso al mundo interior del paciente, particularmente crucial en contextos de vulnerabilidad como el de la salud mental [1].

Sin embargo, a pesar de su demostrada eficacia y aceptación, la implementación del cuidado empático enfrenta obstáculos sistémicos. El modelo biologicista predominante, la es-

casez de tiempo y personal, y la falta de formación clara sobre los aspectos espirituales y existenciales (como la dimensión Caritas) impiden la práctica empática y consciente [1]. Mi trayectoria como enfermera y mi enfoque en el coaching [14] me permiten señalar que el desarrollo de la empatía debe ir de la mano con el liderazgo clínico y el crecimiento personal del profesional [15]. Solo una enfermera que se cuida y que entiende su propia espiritualidad puede ofrecer un cuidado auténtico y transpersonal [1]. El coaching puede ser una herramienta poderosa para que las enfermeras desarrollen la autoconciencia y la congruencia necesarias para el Factor Caritas 4.

Es crucial que las instituciones, como el SNS-Osasunbidea, inviertan en la integración de este modelo en la docencia y en la práctica, proporcionando las herramientas para evaluar y fomentar el cuidado humanizado. Es necesario profundizar en cómo las teorías enfermeras se aplican en la práctica [14, 22].

La empatía, entendida como un Factor Caritas activo y consciente, es ineludiblemente la esencia del cuidado de enfermería basado en la Teoría de Jean Watson [10]. Es la competencia que garantiza que el acto de cuidar trascienda la técnica y se convierta en un encuentro terapéutico auténtico y sanador. Es un imperativo ético para la enfermería contemporánea. El compromiso con la empatía no solo promueve la dignidad y el bienestar holístico del

paciente, sino que también confiere un significado y un liderazgo renovado a la disciplina. Es necesario seguir investigando cómo las estrategias de coaching pueden potenciar la empatía y la resiliencia en las enfermeras para asegurar una práctica Caritas sostenible.

7 Bibliografía

1. Litro J E. Patrón 11 Valores y Creencias ¿Humanizamos! Pamplona; 2022.
2. Watson J. Postmodern nursing and beyond. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.
3. Cuidado humano de Jean Watson. Slideshare. [Internet]. 2013. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/cuidado-humano-de-jean-watson/28353511>
4. Orensa Villanueva E. Modelo Humanístico de Jean Watson: implicaciones en la práctica del cuidado. Treball Fi de Grau. Universitat Internacional de Catalunya; 2018.
5. Jean Watson | PDF | Enfermería | Empatía. Scribd. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/743966508/JEAN-WATSON>
6. Marriner Tomey A, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2011.
7. Ramírez Moreno P, Santelices Tello C, Correa Quiroz A, Silva Morales B, Venegas Rojas B. Vivencias del profesional de enfermería en el cuidado humanizado a personas con diversidad de género. Enferm Cuida-

- dos Humaniz. 2024;13(2):e3757. doi: 10.22235/ech.v13i2.3757.
8. Sáenz I, García J. La importancia de la empatía en la relación enfermera-paciente. *Revista de la Escuela de Enfermería*. 2020;12(1):45-56.
9. Bover A, Cifre L, Viñas S. El consuelo de María: una enseñanza de cuidado desde la teoría de Watson. *Cult los cuid*. 2016;20(44):29-38.
10. Watson J. *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder: University Press of Colorado; 2008.
11. Modelo humanístico de Jean Watson: implicaciones en la práctica del cuidado. Observatorio Humanización OISS. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://observatoriorhumanizacion.oiss.org/publicacion-y-docs/modelo-humanistico-de-jean-watson-implicaciones-en-la-practica-del-cuidado/>
12. Rivero-Cáceres O, Torres-Hernández L. La aplicación de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson en servicios de urgencia: una revisión sistemática. *Cienc Latina Rev Científica Multidisc*. 2023;7(6):17256.
13. Espinoza A. Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Rev Cubana Enferm*. 2015;31(3):284-93.
14. Guerrero R, Meneses M, Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. *Rev enferm Herediana*. 2016;9(2):127-136.
15. Hamric AB., Spross JA. & Hanson CM. *Advanced practice nursing: an integrative approach*. S.Louis: Elsevier; 2005.
16. Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 6th ed. New York: Pearson; 2019.
17. Pashaeypoor S, et al. Omisión del cuidado de Enfermería y la teoría de Jean Watson: Una revisión sistemática. *Rev Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR*. 2019;12(1):34-45.
18. Huitzi-Egilegor J. Aplicación de la teoría de Jean Watson en la práctica clínica. *Rev Enferm Univ*. 2014;11(2):12-19.
19. Creatig Context [Internet]. 2009. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/230184293_Creating_context_for_critical_thinking_in_practice_The_role_of_the_preceptor
20. Parte 1 Coaching [Internet]. 2024. Disponible en: <https://scholar.google.com/>
21. Traducido 2 Coaching [Internet]. 2024. Disponible en: <https://scholar.google.com/>
22. Guerrero R, Meneses M, Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. L - *Revistas UPCH*. [Internet]. 2017. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/download/3017/2967/7642>.

Artículo 140

ERRORES FRECUENTES EN LA MOVILIDAD DE PACIENTES: IMPLICACIONES PARA LA SEGURIDAD Y LA CALIDAD ASISTENCIAL

MARIA IDOYA CADENAS PAGO

SERGIO MARTIN CASALES

RAQUEL GARCÍA BARQUILLA

MARIO HERNÁNDEZ BELLO

MARIA ANTIN MARIÑOSA

JORGE SÁNCHEZ MELÉNDEZ

La movilidad de pacientes es una actividad fundamental en el ámbito sanitario y constituye un componente clave para la seguridad del paciente y la prevención de lesiones tanto en pacientes como en profesionales. Sin embargo, diversos errores se producen de manera recurrente durante el traslado, posicionamiento y movilización, lo que genera riesgos clínicos importantes. El presente artículo describe los errores frecuentes identificados en la práctica asistencial, analiza sus causas y evalúa sus implicaciones. Mediante una revisión descriptiva y un análisis observacional en entornos clínicos, se evidenció que los fallos más habituales incluyen la ausencia de planificación previa, el uso incorrecto de ayudas técnicas, la comunicación insuficiente entre profesionales, la postura inadecuada del paciente y la técnica inadecuada por parte del personal. Los resultados resaltan la necesidad de

fortalecer los programas de capacitación, estandarizar protocolos y promover prácticas seguras de movilidad.

1 Palabras clave

Movilidad del paciente; Seguridad del paciente; Errores frecuentes; Manipulación manual; Prevención de lesiones; Cuidados de enfermería.

2 Introducción

La movilización de pacientes forma parte de las actividades cotidianas del personal sanitario, especialmente del personal celadores así como enfermería, fisioterapia y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, que esta movilización sea segura es una tarea fundamental en el ámbito sanitario tanto para el personal como para el paciente. Su correcta ejecución disminuye riesgos importantes como úlceras por presión, caídas, deterioro funcional y lesiones musculoesqueléticas en profesionales como en pacientes. No obstante, la movilidad incorrecta y malas prácticas continúa siendo un problema muy común en las instituciones de salud debido a deficiencias en la formación del personal, parte muy importante a la hora de ejecutar las movilizaciones ya que constantemente se amplían conocimientos sobre técnicas nuevas e instrumental nuevo para una ejecución correcta y lo más cómoda posible para la realización de la movilización, todo esto junto a la falta de

recursos, la sobrecarga laboral y ausencia de protocolos estandarizados en la mayoría de los centros.

A través del análisis de los errores más comunes podemos identificar oportunidades de mejora y establecer estrategias para garantizar prácticas seguras, concienciar sobre la importancia de la formación continua y el estricto cumplimiento de los protocolos de seguridad para minimizar riesgos y garantizar una atención de calidad. Este artículo aborda los principales errores en la movilidad de pacientes y sus consecuencias, con el fin de fortalecer la cultura de seguridad asistencial.

3 Objetivos

- Identificar los errores más frecuentes durante la movilidad de pacientes en el entorno clínico.
- Analizar factores contribuyentes relacionados con dichos errores.
- Evaluar las implicaciones para la seguridad del paciente y del profesional.
- Proponer recomendaciones para minimizar los riesgos asociados.

4 Metodología

Se realizó un estudio descriptivo basado en dos componentes:

1. Revisión bibliográfica.

Se consultaron artículos publicados entre 2015 y 2024 en bases de datos científicas (PubMed, Scielo, CINAHL) utilizando términos relacionados con “patient mobility”, “manual handling”, “errors” y “patient safety”.

Los criterios de inclusión fueron estudios que abordaran errores, incidentes o factores de riesgo durante la movilidad de pacientes.

2. Observación estructurada en el entorno clínico.

Durante un periodo de cuatro semanas se llevaron a cabo observaciones no participativas en unidades hospitalarias de hospitalización y cuidados prolongados. Se utilizaron listas de verificación para identificar errores en movilizaciones comunes (cambios posturales, transferencias, uso de grúas, bi pedestaciones).

5 Resultados

De la revisión literaria y la observación clínica se obtuvieron los siguientes errores recurrentes en el manejo del paciente:

1. Falta de planificación previa:

Muchos profesionales movilizan al paciente sin evaluar previamente el nivel de dependencia, la capacidad de colaboración, la capacidad del paciente para comprender la labor a realizar o riesgos particulares. Esto aumenta la probabilidad de caídas y movimientos bruscos.

2. Uso incorrecto o ausencia de ayudas técnicas:

Se detectó que las grúas de traslado, arneses, bandejas deslizantes y cinturon de marcha se utilizan de forma inadecuada en ocasiones por falta de formación en su empleo o se omiten por falta de tiempo o desconocimiento del personal para utilizarlo o de su ubicación.

3. Comunicación deficiente:

La falta de coordinación y comunicación entre dos o más profesionales durante una transferencia genera movimientos desincronizados, causando inestabilidad y molestias al paciente.

La falta de comunicación hacia el paciente sobre el proceso a realizar provoca desentendimiento y desconfianza por parte del enfermo provocando tensión y resistencia en algunos movimientos.

4. Técnica corporal inadecuada del profesional:

Errores como flexión insuficiente de rodillas y no aprovechar la fuerza de las piernas, torsión de la columna forzando la zona lumbar o levantamiento manual de cargas aplicando una mala técnica, generan lesiones musculoesqueléticas y movilizaciones poco controladas.

5. Colocación incorrecta del paciente:

Posturas inestables y forzadas, apoyos inadecuados y distribución incorrecta del peso dificultan el movimiento seguro y aumentan el riesgo de golpes o caídas.

6. Entornos inseguros

Espacios reducidos, presencia de obstáculos o superficies resbaladizas dificultan el procedimiento y contribuyen a incidentes evitables.

En conjunto, estos errores repercuten negativamente en la seguridad, aumentan la carga física del personal y generan una mayor incidencia de eventos adversos como caídas, lesiones por tracción y dolores musculares en los profesionales.

6 Discusión-Conclusión

La movilidad de pacientes es un proceso crítico cuya ejecución incorrecta produce riesgos considerables tanto para los usuarios como para los trabajadores de la salud. Los errores frecuentes identificados responden a múltiples factores, entre ellos la falta de formación continua, recursos insuficientes y debilidades en la coordinación del equipo.

La implementación de programas de capacitación específicos, la estandarización de protocolos de movilidad segura y el uso adecuado de tecnologías de asistencia constituyen estrategias esenciales para mejorar la calidad asistencial. Fomentar una cultura de seguridad y promover prácticas basadas en la evidencia permitirá reducir significativamente los incidentes asociados a la movilización de pacientes.

7 Bibliografía

1. Hignett S., Griffiths P. Manual handling risks in patient handling tasks: Systematic review. *Appl Ergon.* 2019;76:74–87.
2. Nelson A., Baptiste A. Evidence-based practices for safe patient handling and mobility. *Online J Issues Nurs.* 2020;25(1).
3. Oliveira CB, et al. Risk factors associated with patient transfers in hospital settings. *J Clin Nurs.* 2021;30(5–6):890–900.
4. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente: Informe Mundial. OMS; 2021.
5. García-Gómez P., Sánchez-Romero M. Errores comunes en la movilización asistida de pacientes. *Rev Enferm.* 2022;45(3):125–132.

Artículo 141

EL MANGUITO ROTADOR: FUNCIÓN, LESIONES Y TRATAMIENTO

AINHOA MURO IMAZ

OIHANA PEÑA ORCOYEN

ARITZ SOTRO ARCELUS

ELENA OLIVER ARRIAZU

MIKEL MURGUIONDO BERAESTEGUI

El manguito rotador es el conjunto de tendones y cuatro músculos, supraespinoso, infraespinoso, subescapular y redondo menor.

Algunas de las lesiones más comunes que se producen en él son la tendinitis y el desgarro muscular.

Para su recuperación existen tanto tratamientos quirúrgicos como no quirúrgicos.

En este artículo vamos a revisar la anatomía y función del manguito, sus lesiones más comunes y algunos de sus tratamientos.

1 Palabras clave

Manguito rotador; hombro; tendinitis; desgarro

del hombro son las lesiones del manguito rotador.

El manguito rotador es una estructura fundamental que forma parte de la articulación del hombro y está formado por un conjunto de músculos y tendones que rodean la articulación.

2 Introducción

Una de las causas más comunes por las que se produce dolor en la articulación

Los cuatro músculos que lo forman unen la escápula con la cabeza humeral

proporcionándole estabilidad y movilidad.

Generalmente las lesiones en el manguito rotador ocurren en personas que suelen hacer movimientos repetitivos, por ejemplo, es una lesión común en deportistas que se dedican al tenis o natación.

También se suelen asociar a procesos degenerativos y sobrecarga alcanzando cifras del 40% en personas mayores de 60 años.

Es muy importante diagnosticar pronto una lesión en el manguito rotador para poder tratarlo enseguida, pues si se alarga en el tiempo la lesión puede acabar en una tendinopatía crónica o en un desgarró completo, lo que complicaría más el tratamiento.

El síntoma principal es el dolor aunque algunas veces, cuando la lesión es mayor, limita parcial o totalmente el movimiento del brazo afectado.

Debido a que la lesión limita la calidad de vida de una persona se ha avanzado mucho en el estudio de esta y en su tratamiento no invasivo.

3 Objetivos

- Conocer las estructuras que forman el manguito rotador del hombro y su función
- Conocer el tipo de lesiones y los tipos de tratamientos

4 Metodología

Se ha realizado una revisión basada en fuentes bibliográficas centrándose en la anatomía, fisiología, tratamientos y rehabilitación del manguito rotador.

Se han incluido textos de referencia en el ámbito sanitario.

La información se ha recopilado, resumido y organizado para la presentación

5 Resultados

1. Anatomía y función

Los cuatro músculos que forman el manguito rotador y su función en la articulación son:

- Supraespinoso: responsable de los primeros grados de separación, es decir, del movimiento de abducción.
- Infraespinoso: es el encargado de la rotación externa del brazo.
- Subescapular: es el encargado de la rotación interna del brazo.
- Redondo menor: al igual que el infraespinoso, permite la rotación externa del brazo además de estabilizarlo.

Dentro de las funciones que tiene el manguito rotador destacan:

- Mantener dentro de la cavidad glenoidea la cabeza humeral
- Facilitar el movimiento del brazo
- Proporcionar estabilidad

2. Lesiones

La patología más común sin duda es la tendinitis, es decir, la inflamación

de los tendones de los músculos rotadores. Y la causa más común son los movimientos repetitivos del día a día. El músculo que más sufre este tipo de lesión es el músculo supraespinoso.

Otra de las lesiones típicas de esta estructura es la rotura de uno o más tendones, pueden ser parciales o completas y causan dolor e impotencia funcional.

3. Diagnóstico

El diagnóstico de las lesiones en el manguito rotador se basa además de en la exploración física en pruebas de imagen.

Normalmente se empieza por la radiografía simple aunque con ella no podemos ver los tendones, descartamos otras causas del dolor como calcificaciones o artritis.

Para hacer una evaluación rápida de la zona utilizaremos la ecografía, pero sin duda la prueba por excelencia para poder evaluar detalladamente el manguito rotador es la resonancia magnética.

4. Tratamiento

El tratamiento de la lesión depende de la gravedad de la misma.

Si la lesión es leve, muchas de las veces con un tratamiento conservador es suficiente. Aplicación de frío, fisioterapia y antiinflamatorios.

Cuando el dolor de la lesión persiste tras el tratamiento conservador, se pueden realizar infiltraciones de corticoides. Estas infiltraciones generalmente se realizan en el espacio sub-

acromial o directamente en la cavidad glenoidea. A menudo se usa la ecografía para que el profesional se pueda orientar mejor a la hora de la punción.

Si hablamos de un desgarro completo del músculo o tendón, es decir, de una lesión muy grave, entonces es necesario la intervención quirúrgica. El método de elección mayoritariamente es la artroscopia, aunque depende siempre del tipo de lesión.

6 Discusión-Conclusión

Las lesiones en el manguito rotador son muy comunes y, dependiendo de su gravedad pueden afectar de forma significativa a la funcionalidad de la articulación y a la calidad de vida de la persona que la sufre. Un diagnóstico correcto es fundamental; con la ayuda de pruebas de imagen podemos identificar el tipo de lesión y su extensión para poder usar las herramientas necesarias, elegir el tratamiento que más se ajuste, ya sea conservador o quirúrgico, y hacer que la recuperación sea lo más rápida y cómoda posible.

Conocer el manguito rotador en su totalidad nos ayuda a prevenir las lesiones y a utilizar el tratamiento más adecuado y funcional.

7 Bibliografía

1. Clínica Universidad de Navarra. Manguito de los rotadores [Internet].

2025 [citado 10 dic 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/manguito-rotadores>

2. Fisioterapia Granada. ¿Qué es el manguito de rotadores? [Internet]. [citado 10 dic 2025]. Disponible en: <https://fisioterapia-granada.es/que-es-el-manguito-de-rotadores/>

Artículo 142

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DEL COPAGO SANITARIO: TRAMITACIÓN Y CONTROL DE INGRESOS

GLORIA SEGURA BARROSO

DIANA ANDREU PASCUAL

CARMEN CAROLINA ALONSO SERRANO

CRISTINA LIAÑO LASHERAS

ANA BELÉN ANDREU PASCUAL

MARIA TERESA ABAD ALVARO

El copago sanitario implica que el usuario asuma parte del coste de ciertos servicios o productos, como medicamentos o prótesis. El auxiliar administrativo desempeña un papel clave en su correcta gestión, desde la tramitación hasta el control de los ingresos asociados. Su labor garantiza transparencia, trazabilidad y cumplimiento normativo, además de facilitar la relación entre el sistema sanitario y la ciudadanía, resolviendo dudas y asegurando una adecuada atención administrativa.

1 Palabras clave

tivo

Copago sanitario; auxiliar administrativo; tramitación; gestión económica; ingresos sanitarios; control administra-

2 Introducción

El copago sanitario, también denominado aportación del usuario, es una medida que se aplica en diversos sistemas de salud con el objetivo de corresponsabilizar a la población en el uso de determinados recursos asistenciales, fundamentalmente en prestaciones farmacéuticas y ortoprotésicas. En el sistema sanitario español, el copago se regula de forma diferenciada según comunidades autónomas, si bien su aplicación general se encuentra recogida en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y en el Real Decreto-Ley 16/2012, que modificó el régimen de aportación del usuario en farmacia.

Este sistema exige una estructura administrativa sólida que permita controlar adecuadamente las aportaciones realizadas por los ciudadanos, garantizar que se apliquen los porcentajes y topes establecidos según renta, y asegurar que los ingresos generados sean registrados correctamente. En este contexto, la figura del auxiliar administrativo se convierte en una pieza fundamental para gestionar, tramitar y supervisar este proceso de forma eficaz.

Lejos de una mera tarea contable, su función incluye la validación de datos personales y fiscales, el control de los registros de copago, la gestión de documentos justificativos y la atención directa a usuarios que requieren información sobre el funcionamiento del sis-

tema. Además, interviene en los procesos de revisión de ingresos, devolución de cobros indebidos y actualización de datos en plataformas sanitarias, contribuyendo a una gestión pública más eficiente y transparente.

Este artículo analiza el papel del auxiliar administrativo en la gestión del copago sanitario, desde su marco normativo hasta las tareas técnicas y humanas que implican su labor diaria.

3 Objetivos

Analizar la intervención del auxiliar administrativo en la tramitación y control de ingresos asociados al copago sanitario, destacando su función como garante de una gestión eficaz y conforme a la normativa.

4 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión normativa y técnica del modelo de copago sanitario vigente en el Sistema Nacional de Salud. Para ello, se consultaron leyes, decretos y manuales de gestión administrativa sanitaria, así como documentos emitidos por servicios regionales de salud entre 2012 y 2025. Se analizaron además experiencias prácticas en centros de salud, hospitales y unidades administrativas, centrándose la atención en el trabajo desempeñado por auxiliares administrativos en el proceso.

5 Resultados

El copago sanitario se aplica mayoritariamente en el ámbito de la farmacia ambulatoria, en la prestación ortoprotésica y en algunos servicios complementarios. El auxiliar administrativo interviene en distintos momentos del proceso. En primer lugar, realiza tareas de verificación de datos del paciente, como el nivel de renta asignado por la Agencia Tributaria, el grupo de cotización o las condiciones especiales que permiten la exención (personas con discapacidad, pensionistas con rentas bajas, víctimas de accidentes de trabajo, etc.).

En el caso de las prestaciones ortoprotésicas (sillas de ruedas, audífonos, prótesis dentales, etc.), el auxiliar administrativo tramita las solicitudes de financiación parcial, recopilando la documentación clínica, presupuestos y formularios específicos. Además, verifica que el paciente cumple con los requisitos y gestiona el seguimiento del expediente hasta la resolución por parte del organismo competente.

Respecto al control de ingresos, una de las funciones más importantes es la gestión del cobro y su adecuada justificación contable. En muchos centros, el auxiliar administrativo debe emitir documentos de pago, validar justificantes, realizar registros en los sistemas informáticos y entregar resguardos oficiales. Todo esto se realiza siguiendo los procedimientos de tesorería establecidos

por la comunidad autónoma o la institución sanitaria correspondiente.

La resolución de incidencias y consultas es otra parte esencial del trabajo. Muchas personas desconocen su nivel de copago, los motivos de su aportación o cómo solicitar devoluciones. En este sentido, el auxiliar actúa como primer interlocutor, resolviendo dudas, orientando en la presentación de recursos y garantizando que el ciudadano conozca sus derechos y obligaciones.

También colabora en la revisión de ingresos duplicados o indebidos, gestionando la tramitación de reintegros y el envío de expedientes a los departamentos de facturación o servicios jurídicos. Esta revisión minuciosa permite recuperar fondos para el usuario cuando se ha producido un error administrativo, una modificación en la condición fiscal del paciente o una baja no registrada.

Desde el punto de vista técnico, la implementación de sistemas de información integrados ha facilitado el control del copago. Plataformas como el sistema SIA (Sistema de Información Administrativa), el módulo de prestación farmacéutica o los entornos digitales de interoperabilidad permiten a los auxiliares acceder en tiempo real a los datos económicos y clínicos necesarios para validar la aportación del usuario, mejorando la eficiencia y reduciendo errores.

El impacto de esta gestión se refleja en una mayor transparencia, trazabilidad de los ingresos sanitarios, reducción de

quejas y conflictos con los usuarios y una optimización de los recursos públicos. El trabajo del auxiliar administrativo ha sido clave para aplicar estas políticas de forma efectiva, respetando la legalidad y garantizando una atención administrativa de calidad.

6 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo cumple una función esencial en la gestión del copago sanitario, actuando como eje entre la normativa, el sistema sanitario y el ciudadano. Su intervención no se limita al registro económico, sino que abarca la tramitación documental, la atención personalizada, la resolución de incidencias y la garantía de que los cobros se ajusten a los criterios establecidos legalmente.

El correcto funcionamiento del copago sanitario depende de una gestión administrativa profesional, rigurosa y cercana. Por ello, es necesario seguir invirtiendo en la formación específica de estos profesionales, dotarlos de herramientas tecnológicas actualizadas y reconocer su papel en la sostenibilidad del sistema de salud.

Una administración eficiente es un componente esencial de la calidad asistencial. El auxiliar administrativo, desde su lugar estratégico, asegura que la gestión del copago se realice con equidad, legalidad y orientación al ciudadano, consolidando su labor como una pieza clave dentro del engranaje

sanitario.

7 Bibliografía

1. Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 98, 2012.
2. Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, 2003.
- Ministerio de Sanidad. Guía sobre aportación farmacéutica de los usuarios. MSSSI; 2022.
3. Servicios de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Manual de gestión de prestaciones ortoprotésicas. SESCAM; 2021.
- Agencia Tributaria. Procedimiento de asignación de nivel de copago por renta. AEAT; 2023.

Artículo 143

CUADROS ELÉCTRICOS DE CONTROL TÉRMICO: DIAGNOSIS DE FALLOS Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO EN LA CATEGORÍA DE CALEFACTOR

JORGE SÁNCHEZ MELÉNDEZ

MARIA IDOYA CADENAS PAGO

SERGIO MARTIN CASALES

RAQUEL GARCÍA BARQUILLA

MARIO HERNÁNDEZ BELLO

MARIA ANTIN MARIÑOSA

Los cuadros eléctricos de control térmico regulan el funcionamiento de sistemas de calefacción y climatización en entornos hospitalarios. El calefactor debe conocer sus componentes, interpretar esquemas y realizar tareas de diagnosis y mantenimiento preventivo. Detectar a tiempo sobrecargas, averías en relés o malfunciones en sondas y actuadores permite evitar fallos críticos que afectarían al confort térmico, la seguridad y la continuidad asistencial en zonas sensibles del centro sanitario.

1 Palabras clave

agnóstico de fallos; climatización; instalaciones hospitalarias

Cuadro eléctrico; control térmico; calefactor; mantenimiento preventivo; di-

2 Introducción

Los sistemas de calefacción y climatización hospitalarios están automatizados mediante cuadros eléctricos de control térmico, dispositivos que integran elementos de mando, protección, señalización y regulación. Estos cuadros gobiernan el encendido, apagado y modulación de equipos como calderas, bombas de recirculación, válvulas motorizadas y ventiladores, asegurando una gestión térmica eficiente en zonas críticas como quirófanos, unidad de cuidados intensivos (UCI), laboratorios y unidades de hospitalización.

El calefactor, como técnico responsable del mantenimiento de estas instalaciones, debe poseer conocimientos sólidos en electromecánica aplicada y diagnóstico técnico. Su labor incluye la verificación de componentes eléctricos y electrónicos, el control de tensiones, la revisión de señales de entrada y salida, y la detección temprana de fallos que puedan comprometer el funcionamiento de la instalación térmica.

El correcto mantenimiento preventivo de estos cuadros es esencial para evitar paradas no programadas, reducir el consumo energético y prolongar la vida útil de los equipos. Además, en contextos sanitarios, cualquier interrupción del confort térmico puede tener consecuencias directas sobre la salud del paciente o la conservación de medicamentos y materiales.

Este artículo analiza las principales fun-

ciones del calefactor en relación con los cuadros eléctricos de control térmico: su estructura, diagnóstico de fallos frecuentes y estrategias de mantenimiento preventivo orientadas al entorno hospitalario.

3 Objetivos

- Identificar los elementos principales de un cuadro eléctrico de control térmico y su función en el sistema.
- Analizar los procedimientos de diagnóstico de fallos y mantenimiento preventivo que el calefactor debe aplicar en instalaciones térmicas hospitalarias.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión técnico-descriptiva de manuales de instalaciones térmicas, normativas aplicables, catálogos de fabricantes de cuadros eléctricos, así como protocolos internos de mantenimiento técnico hospitalario. La información se complementó con experiencias prácticas documentadas en centros sanitarios públicos y privados en España, entre los años 2015 y 2025.

5 Resultados

Un cuadro eléctrico de control térmico típico constituye el núcleo desde el que se gobierna y protege una instalación

de climatización o calefacción, especialmente en entornos sanitarios donde la estabilidad térmica es un factor crítico. En su interior se integran distintos componentes eléctricos y electrónicos que trabajan de forma coordinada para garantizar un funcionamiento seguro y continuo. Entre ellos se encuentran interruptores automáticos encargados de la protección frente a sobrecargas, contactores que permiten la maniobra de motores y resistencias, relés térmicos que protegen frente a sobrecargas prolongadas, sondas de temperatura y humedad que aportan información ambiental, controladores electrónicos que procesan estas señales, variadores de frecuencia que regulan la velocidad de bombas o ventiladores y dispositivos de señalización que informan del estado del sistema. La correcta interacción entre todos estos elementos es la base para que la instalación responda de manera adecuada a las demandas térmicas del edificio.

La diagnosis de fallos en este tipo de cuadros requiere un enfoque sistemático y una buena capacidad de interpretación técnica por parte del calefactor. El proceso comienza con la identificación de señales anómalas, como cortes de suministro inesperados, sobrecalentamientos de componentes, ausencia de tensión en determinados circuitos o disparos frecuentes de protecciones. A estos indicios se suman síntomas operativos que se manifiestan en la instalación, como arranques

intermitentes de bombas, falta de respuesta de válvulas motorizadas, variaciones bruscas de temperatura o la activación de alarmas en los controladores. La combinación de estos signos permite orientar la búsqueda del origen del problema y reducir los tiempos de intervención.

Para llevar a cabo una diagnosis eficaz, el calefactor debe ser capaz de interpretar esquemas eléctricos y diagramas de control, localizando con precisión el componente o el circuito afectado. El uso de herramientas de medida resulta imprescindible en este proceso. El polímetro permite comprobar tensiones, continuidades y resistencias, mientras que la pinza amperimétrica facilita el análisis de consumos eléctricos sin necesidad de interrumpir el circuito. En instalaciones más modernas, también pueden emplearse herramientas de análisis digital integradas en los propios controladores o en sistemas de gestión técnica, lo que aporta información en tiempo real sobre el estado del cuadro y sus elementos asociados.

En la práctica diaria, existen una serie de incidencias recurrentes que el calefactor debe saber identificar y corregir con rapidez. Es habitual encontrar disparos de relés térmicos asociados a sobreconsumos en bombas de circulación, generalmente provocados por bloqueos mecánicos, desgaste de rodamientos o problemas hidráulicos en la red. También son frecuentes los fallos de sondas de temperatura

o humedad, que pueden ofrecer valores erráticos o directamente nulos, generando un control inadecuado del sistema. El desgaste de contactores, especialmente en instalaciones con maniobras frecuentes, puede provocar que estos no cierren correctamente, impidiendo el arranque de equipos. Otros problemas comunes incluyen alimentaciones incorrectas debidas a caídas de fase o pérdidas de neutro, así como válvulas motorizadas que no responden por fallos en la señal de control o en su propio actuador.

Frente a estas situaciones, el mantenimiento preventivo adquiere un papel esencial para garantizar la continuidad del servicio y reducir la necesidad de intervenciones correctivas. Este tipo de mantenimiento se basa en inspecciones periódicas planificadas que permiten detectar signos de deterioro antes de que se produzca una avería. La verificación del estado y el correcto apriete de las conexiones eléctricas evita calentamientos localizados y falsos contactos. La limpieza del polvo acumulado en el interior del cuadro resulta fundamental para prevenir la formación de arcos eléctricos y mejorar la disipación térmica de los componentes. Asimismo, la revisión del estado de contactores, relés y fusibles permite anticiparse a fallos por desgaste o fatiga del material. Otro aspecto clave del mantenimiento preventivo es la comprobación periódica de las sondas y controladores, asegurando que las lecturas que pro-

porcionan son fiables y coherentes con las condiciones reales del entorno. Una sonda descalibrada puede provocar un funcionamiento incorrecto del sistema, con consecuencias tanto en el confort como en el consumo energético. Del mismo modo, es importante mantener actualizadas las etiquetas identificativas y los esquemas eléctricos del cuadro, especialmente cuando se han realizado modificaciones o ampliaciones en la instalación, ya que esto facilita futuras intervenciones y reduce el riesgo de errores.

En centros hospitalarios, todas estas tareas deben realizarse siguiendo protocolos internos estrictos y bajo criterios de trazabilidad. Cada intervención, ya sea preventiva o correctiva, debe quedar registrada en los partes técnicos correspondientes, indicando la actuación realizada, los componentes revisados o sustituidos y la fecha de la intervención. Esta documentación es fundamental tanto para el control interno como para auditorías y procesos de calidad. Además, resulta imprescindible coordinar estas acciones con el resto del equipo de mantenimiento, especialmente en instalaciones conectadas a sistemas de gestión técnica centralizada, donde las órdenes eléctricas pueden proceder de autómatas programables o interfaces gráficas integradas en un BMS.

Por último, el calefactor debe estar preparado para afrontar intervenciones de urgencia, especialmente cuando el

cuadro eléctrico da servicio a zonas críticas como quirófanos, unidades de cuidados intensivos o laboratorios. En estos casos, se exige una alta capacidad de análisis rápido, el uso riguroso de equipos de protección individual y una comunicación fluida con los responsables técnicos y clínicos. La rapidez y precisión en la actuación no solo garantizan la continuidad del servicio, sino que contribuyen de forma directa a la seguridad de pacientes y profesionales.

6 Discusión-Conclusión

El conocimiento y manejo de cuadros eléctricos de control térmico son competencias fundamentales del calefactor en el entorno hospitalario. Su correcta intervención, tanto en mantenimiento preventivo como en diagnóstico de fallos, permite garantizar el funcionamiento continuo de sistemas clave para el confort y la seguridad del paciente.

Más allá de la intervención técnica, el calefactor contribuye con su labor a reducir el riesgo de averías graves, optimizar el uso de recursos energéticos y prolongar la vida útil de los equipos. Para ello, se requiere formación continua, familiarización con nuevos sistemas de control y capacidad para interpretar esquemas y señales en tiempo real.

Promover la capacitación específica en electromecánica aplicada, la colaboración interdisciplinar y el uso de her-

ramientas digitales de mantenimiento puede fortalecer el rol del calefactor como figura esencial en la infraestructura técnica de los centros sanitarios.

7 Bibliografía

1. Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios (RITE). Real Decreto 1027/2007 y modificaciones.
2. Ministerio de Educación y FP. Módulo de electrotecnia para instalaciones térmicas. Familia Profesional Instalación y Mantenimiento. 2020. Schneider Electric. Guía técnica de cuadros de control para climatización. Schneider España; 2021.
3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Prevención de riesgos eléctricos en mantenimiento hospitalario. INSST; 2020.
4. Johnson Controls. Manual técnico de BMS y automatización en climatización. JCI; 2022.

Artículo 144

RELACIÓN ENTRE PRÁCTICAS DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS

MARÍA EUGENIA CARROQUINO

JUAN JOSÉ LOZANO LOPEZ

DESIREÉ RAMIS GARDE

MERCEDES SALINAS ORDOVAS

ANA ISABEL MANRIQUE MAGALLON

FRANCISCO JAVIER LOPEZ IGLESIAS

Introducción.

La manipulación de alimentos en hospitales es un proceso crítico que, si no se realiza adecuadamente, puede generar riesgos tanto para la salud de los pacientes como para la de los trabajadores. Las prácticas incorrectas o repetitivas están asociadas a patologías ocupacionales que afectan el bienestar del personal de cocina.

Objetivos.

Describir la relación entre las prácticas de manipulación de alimentos y la aparición de patologías en el personal de servicios de alimentación hospitalaria, identificando los principales factores de riesgo y áreas de mejora.

Resultados.

Los hallazgos indicaron que los trastornos musculoesqueléticos, especialmente lumbalgias y tendinitis, fueron los más frecuentes, asociados a movimientos repetitivos y manipulación manual de cargas pesadas.

También se observaron casos de dermatitis de contacto relacionados con el manejo de detergentes y alimentos crudos, y síntomas leves de estrés vinculados a la presión por cumplir tiempos de entrega y volumen de producción. La observación evidenció deficiencias ergonómicas y ausencia de pausas activas que contribuyen al desarrollo de estas patologías.

Conclusiones.

Las prácticas de manipulación de alimentos en el ámbito hospitalario están directamente relacionadas con la aparición de enfermedades profesionales, siendo los factores ergonómicos, químicos y psicosociales los principales determinantes.

La implementación de medidas preventivas, formación continua y mejoras en la ergonomía de los puestos de trabajo es esencial para reducir la incidencia de patologías, proteger la salud del personal y garantizar un servicio seguro y eficiente.

1 Palabras clave

Manipulación de alimentos; enfermedades profesionales; servicios de alimentación hospitalaria; ergonomía; prevención de riesgos laborales; salud ocupacional.

2 Introducción

La manipulación de alimentos en los servicios hospitalarios constituye un elemento central en la prestación de atención sanitaria de calidad, ya que garantiza que los pacientes reciban dietas seguras y adecuadas a sus necesidades clínicas.

Sin embargo, el entorno de trabajo de los servicios de alimentación hospitalaria presenta riesgos específicos para la salud del personal, derivados tanto de la naturaleza física de las tareas como de la exposición a agentes químicos, biológicos y psicosociales.

Estos riesgos incrementan la probabilidad de aparición de enfermedades pro-

fesionales, siendo los trastornos musculoesqueléticos, dermatológicos y los problemas asociados al estrés laboral los más frecuentes.

En el ámbito hospitalario, la preparación y distribución de alimentos requiere un alto grado de precisión y cumplimiento de normas higiénico-sanitarias. Las dietas especiales, las necesidades de los pacientes con condiciones médicas específicas y la presión por mantener tiempos de entrega estrictos generan cargas físicas y cognitivas importantes para el personal de cocina.

Estas condiciones, sumadas a jornadas prolongadas, turnos rotativos y dotaciones de personal a veces insuficientes, contribuyen a la fatiga física y mental, así como a la aparición de patologías relacionadas con el trabajo.

Los trastornos musculoesqueléticos constituyen la principal causa de morbilidad laboral en los servicios de alimentación hospitalaria. Movimientos repetitivos, posturas forzadas, levan-

tamiento y transporte de cargas pesadas son factores comunes que predisponen a lumbalgias, cervicalgias, tendinitis y lesiones de miembros superiores.

Estas afecciones no solo afectan la salud del trabajador, sino que también incrementan el absentismo laboral y pueden repercutir en la calidad del servicio prestado. La ergonomía insuficiente en los puestos de trabajo y la falta de adaptación de las herramientas y superficies a las necesidades físicas del personal son determinantes clave en la aparición de estas patologías.

Además, el personal de cocina hospitalaria está expuesto a agentes químicos presentes en detergentes, desinfectantes y productos de limpieza, así como a alimentos crudos que pueden causar dermatitis de contacto o reacciones alérgicas.

La utilización inadecuada de guantes y otros equipos de protección individual, junto con la falta de rotación en tareas que implican contacto químico o húmedo, aumenta la incidencia de estas afecciones.

La prevención y control de estas patologías requiere medidas que incluyan formación en el manejo seguro de productos, uso correcto de equipos de protección y modificación de los procesos de trabajo para reducir la exposición.

Los riesgos psicosociales también desempeñan un papel importante en la aparición de enfermedades profesionales en los servicios de alimentación

hospitalaria. La presión por cumplir horarios estrictos, el volumen elevado de producción y la percepción de falta de reconocimiento laboral generan estrés, ansiedad y agotamiento emocional.

Estas condiciones pueden agravar los problemas musculoesqueléticos y dermatológicos, además de afectar la motivación y satisfacción laboral, repercutiendo indirectamente en la eficiencia del servicio y la seguridad alimentaria.

La identificación y análisis de las patologías asociadas a la manipulación de alimentos permite establecer estrategias preventivas más efectivas. La vigilancia de la salud, la formación continua en prevención de riesgos, la optimización ergonómica de los puestos de trabajo y la implementación de pausas activas son medidas esenciales para proteger la salud del personal.

La intervención temprana no solo reduce la incidencia de enfermedades profesionales, sino que también contribuye a mantener un entorno laboral seguro y eficiente, garantizando la continuidad y calidad del servicio de alimentación hospitalaria.

En este contexto, el estudio de la relación entre prácticas de manipulación de alimentos y patologías asociadas adquiere gran relevancia. Permite reconocer los factores de riesgo, sensibilizar al personal sobre la importancia de la prevención y fundamentar decisiones en políticas de salud ocupacional que promuevan la seguridad y bi-

enestar de los trabajadores.

La integración de medidas preventivas ergonómicas, higiénicas y psicosociales constituye un enfoque integral que protege la salud del personal y asegura que los servicios de alimentación cumplan con los estándares de calidad y seguridad exigidos en los hospitales. En conclusión, comprender la relación entre las prácticas de manipulación de alimentos y las enfermedades profesionales es fundamental para optimizar la gestión de riesgos en los servicios de alimentación hospitalaria.

Este enfoque integral no solo protege la salud del personal, sino que también garantiza un servicio seguro y de alta calidad para los pacientes, reforzando la importancia de la prevención, formación y adaptación de los procesos laborales a las necesidades físicas y psicosociales de los trabajadores.

3 Objetivos

- Identificar las enfermedades profesionales más frecuentes asociadas a la manipulación de alimentos en el personal de servicios hospitalarios.
- Analizar los factores de riesgo relacionados con las prácticas de manipulación de alimentos, incluyendo aspectos ergonómicos, químicos y psicosociales.
- Describir las condiciones laborales del personal de cocina que contribuyen a la aparición de patologías profesionales.
- Evaluar la necesidad de implemen-

tar medidas preventivas y correctivas para mejorar la seguridad y salud ocupacional.

- Proponer estrategias de prevención que integren formación, ergonomía, higiene y gestión del estrés laboral.

4 Caso clínico

El paciente es un cocinero de 42 años con 12 años de experiencia en el servicio de alimentación de un hospital general. Sus funciones principales incluyen la preparación y corte de alimentos, cocción de platos, manejo de utensilios de cocina y distribución de comidas a diferentes áreas del hospital. Durante su jornada laboral, permanece de pie entre 7 y 8 horas, realiza movimientos repetitivos de corte y amasado, y transporta bandejas y cajas de alimentos con un peso promedio de 10 a 20 kg

En los últimos meses, el trabajador comenzó a experimentar quemaduras leves en manos y antebrazos por contacto accidental con utensilios calientes y salpicaduras de líquidos, así como episodios de dolor lumbar y fatiga crónica debido a la carga física prolongada y la postura de pie constante.

También reportó síntomas de estrés, irritabilidad y cansancio emocional relacionados con la presión de cumplir tiempos de entrega estrictos y la demanda de producción en horas punta. La evaluación médica confirmó la presencia de lesiones cutáneas superficiales

y trastornos musculoesqueléticos de inicio temprano.

La observación directa del puesto de trabajo evidenció ausencia de guantes térmicos adecuados, falta de apoyo para el transporte de cargas calientes, superficies de trabajo a altura no óptima y jornadas sin pausas activas. Además, la presión por la rapidez de preparación y entrega generaba tensión adicional y fatiga mental.

Como medidas correctivas, se implementaron ajustes ergonómicos en el área de trabajo, incluyendo mesas regulables en altura, utensilios con mangos ergonómicos, carros para transporte de cargas pesadas y apoyo lumbar.

Se estableció la rotación de tareas, pausas activas programadas y la provisión constante de guantes de protección resistentes a detergentes y alimentos crudos.

Se incorporó un programa de fisioterapia preventiva y asesoramiento ergonómico para el fortalecimiento y cuidado de la musculatura lumbar y de las articulaciones de miembros superiores.

Tras la aplicación de estas medidas, el trabajador reportó disminución de quemaduras y molestias musculoesqueléticas, así como mayor percepción de bienestar y reducción del estrés.

Además, este caso evidencia la importancia de la vigilancia continua de la salud ocupacional y del seguimiento individualizado de los trabajadores, ya que permite detectar de manera tem-

prana signos de sobrecarga física o reacciones cutáneas, evitando que estas evolucionen a patologías crónicas o incapacitantes.

La implementación de programas de prevención, combinados con la educación en prácticas seguras de manipulación de alimentos y la concienciación sobre la importancia del autocuidado, refuerza la cultura de seguridad en el servicio de alimentación hospitalaria.

Asimismo, la participación activa del personal y el compromiso de la dirección del hospital son factores determinantes para garantizar la efectividad de estas medidas, promoviendo un entorno laboral saludable y seguro, que protege tanto a los trabajadores como a los pacientes que reciben los alimentos preparados.

5 Discusión-Conclusión

El análisis de los datos recopilados en el estudio permitió identificar las principales enfermedades profesionales presentes en el personal del servicio de alimentación hospitalaria y su relación con las prácticas de manipulación de alimentos.

Entre los hallazgos más relevantes, se observó que los trastornos musculoesqueléticos constituyen la patología más frecuente, afectando aproximadamente al 60-70% del personal encuestado. Dentro de este grupo, las lumbalgias fueron las más reportadas, seguidas de cervicalgias, tendinitis y

dolor en articulaciones de miembros superiores, vinculadas principalmente a movimientos repetitivos, manipulación manual de cargas pesadas y posturas forzadas prolongadas.

En segundo lugar, las afecciones dermatológicas presentaron una incidencia cercana al 40% de los trabajadores, consistentes en dermatitis de contacto, irritaciones y pequeñas lesiones cutáneas causadas por detergentes, desinfectantes y el contacto prolongado con alimentos crudos.

La observación directa mostró que la utilización irregular o inadecuada de guantes y otros equipos de protección individual contribuye significativamente a la aparición y persistencia de estas afecciones. La educación insuficiente sobre el manejo seguro de productos químicos también fue identificada como un factor de riesgo relevante.

Se identificaron además síntomas leves asociados a factores psicosociales, como estrés, irritabilidad y fatiga, presentes en más del 50% del personal, especialmente durante los turnos de mayor carga laboral.

La presión por cumplir con los tiempos de entrega y la percepción de escaso reconocimiento laboral fueron factores que contribuyeron al desarrollo de estos síntomas, los cuales pueden agravar indirectamente los trastornos físicos y aumentar la probabilidad de accidentes.

La revisión de registros de salud lab-

oral y partes de accidentes reveló que los incidentes más comunes incluyen sobreesfuerzos, caídas leves, cortes y quemaduras superficiales, asociados con deficiencias ergonómicas, falta de equipo de transporte para cargas pesadas, superficies de trabajo a alturas no adecuadas y manipulación inadecuada de utensilios calientes o punzocortantes.

Se observó que los trabajadores con mayor antigüedad presentaban mayor incidencia de trastornos musculoesqueléticos crónicos, mientras que el personal más joven tenía mayor frecuencia de dermatitis y lesiones menores por quemaduras o cortes.

El caso clínico analizado permitió ejemplificar la relación directa entre las prácticas de manipulación de alimentos y la aparición de patologías profesionales, mostrando que la combinación de factores ergonómicos, químicos y psicosociales incrementa significativamente el riesgo para la salud de los trabajadores.

Las medidas correctivas aplicadas —ajustes ergonómicos, pausas activas, rotación de tareas, uso de guantes y formación en seguridad— demostraron mejorar la sintomatología, reducir el estrés y aumentar la eficiencia en el desempeño laboral.

En conjunto, los resultados evidencian que las enfermedades profesionales en servicios de alimentación hospitalaria son multifactoriales y requieren un enfoque integral de prevención, que com-

bine ergonomía, protección individual, capacitación y gestión de la carga laboral y el estrés. Safety Executive, 2020.

La implementación sistemática de estas medidas puede disminuir la incidencia de patologías, mejorar el bienestar del personal y garantizar un servicio seguro y eficiente para los pacientes.

6 Bibliografía

1. Karwowski, W., Marras, W. S., & Szeto, G. P. (2019). Occupational ergonomics: Work-related musculoskeletal disorders in the food service industry. CRC Press.
2. OSHA. Preventing burns and scalds in commercial kitchens. Occupational Safety and Health Administration, 2022.
3. International Labour Organization (ILO). Work-related stress and mental health in the hospitality sector. Geneva: ILO, 2021.
4. Szeto, G. P., Straker, L., & O'Sullivan, P. (2005). A comparison of symptomatic and asymptomatic office workers performing monotonous keyboard work—part II: neck and shoulder kinematics. *Ergonomics*, 48(5), 512–526.
5. Leong, K. B. R., Ng, Q. X., & Gan, W. H. (2024). Musculoskeletal disorders and burns among hospital kitchen workers: Prevalence and risk factors. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 19:18.
6. HSE. Catering and hospitality: occupational health guidance. Health and

Artículo 145

MANEJO DE LA ANSIEDAD DE LOS PACIENTES INGRESADOS

MIREN ESLAVA PÉREZ DE ARRILUCEA

ÁNGELA PRIETO ALONSO

JESSICA VANESSA MOROCHO ARROBO

La estancia en un hospital, en muchos pacientes genera ansiedad y malestar al establecerse una situación nueva, incierta y con múltiples estresores psicológicos y ambientales que desafían la adaptación emocional del paciente a la enfermedad o a la nueva situación a la que se va a enfrentar el paciente.

Múltiples estudios muestran que la hospitalización es un contexto que incrementa el estrés y los niveles de ansiedad, no solo por la enfermedad en sí, sino por factores asociados a la experiencia de ingreso y estancia hospitalaria. En muchas ocasiones, el paciente debe delegar responsabilidades de su vida extrahospitalarias en manos de familiares o personas de confianza.

Las situaciones que más ansiedad generan, es la incertidumbre frente al diagnóstico y tratamiento, la percepción de amenaza a la salud o incluso a la vida, y la falta de control o autonomía sobre las decisiones y rutinas diarias. Su salud, queda delegada en los tratamientos que los profesionales administran. Además, la estancia en el hospital, procedimientos invasivos como puede ser una cirugía o la colocación de una vía central, pueden intensificar la sensación de estrés y vulnerabilidad.

Al mismo tiempo, la separación de los seres queridos (por ejemplo, una madre de sus hijos pequeños), el aislamiento social (no estar cerca de tus seres queridos) y la interrupción de la vida cotidiana (dejar tus rutinas y el trabajo) contribuyen a la ansiedad, especialmente en pacientes ingresados de urgencia que no se preparan emocionalmente para el proceso ya que la nueva situación era inesperada.

En adultos hospitalizados, la percepción de aislamiento, frustración o pérdida de control se ha asociado directamente con niveles más altos de ansiedad lo que conlleva a un malestar general.

Además, investigaciones epidemiológicas documentan que una proporción significativa de pacientes hospitalizados presentan síntomas clínicos de ansiedad o depresión durante su estancia los cuales en ocasiones no son paliados por los sanitarios, y que estos síntomas pueden estar relacionados tanto con factores físicos de la enfermedad como con el impacto psicológico del ingreso mismo.

1 Palabras clave

Ingreso, ansiedad, incertidumbre, situación nueva

2 Introducción

La ansiedad relacionada con la hospitalización es un diagnóstico que afecta a una gran parte de los pacientes durante su estancia hospitalaria. Múltiples estudios, lo afirman diciendo que entre un 25% y más del 40% de los pacientes presentan síntomas clínicos relacionados con la ansiedad.

En una revisión sistemática que incluyó 32 investigaciones sobre pacientes en hospitales generales, la prevalencia combinada de síntomas de ansiedad clínicamente relevantes fue aproximadamente del 28% aunque estos porcentajes variaron según metodología y contexto clínico.

Una de las cosas que peor llevan los pacientes es la incertidumbre (no saber que va a ser de la nueva situación de salud) tanto sobre el diagnóstico como sobre el pronóstico o el resultado del tratamiento.

Para de lleno su vida habitual e ingresar en un hospital genera una incertidumbre muy preocupante sobre la salud produciendo miedo y ansiedad

lo que conllevan en muchas ocasiones, pensamientos anticipatorios negativos. Una de las cosas que puede hacer la enfermera para mejorar esta situación, es dar una información clara y veraz sobre la enfermedad de manera comprensible y adaptada.

Los mayores estresores con los que se encuentran los pacientes son: Dolor, insomnio, sentimientos de frustración, temor a lo desconocido, y especialmente sensaciones de aislamiento y pérdida de control. Estos factores, son inevitables pero la enfermera tiene un papel fundamental en la minimización de dichos. Muchos de ellos, en muchas ocasiones subjetivos.

En múltiples ocasiones, la ansiedad no estaba directamente correlacionada con la gravedad objetiva de la enfermedad medida por herramientas clínicas, sino más bien con la percepción subjetiva de mayor gravedad y menor posibilidad de mejora.

En conclusión, la ansiedad en muchas ocasiones, no depende de la gravedad del paciente sino del estado de salud mental. Por lo que enfermería debe identificar dichos pacientes para poder ayudarles y darles un tratamiento acorde a su estado de salud mental.

La experiencia hospitalaria que puede inducir o agravar la ansiedad es el ais-

lamiento social (si un paciente ya estaba aislado socialmente por su condición física o mental, la hospitalización lo agrava).

La separación de los seres queridos(muchas veces inevitable por el estado de salud), la reducción del contacto social (debido al ingreso y las barreras que esto supone) y las restricciones de visita (especialmente acentuadas durante brotes infecciosos como la pandemia de COVID-19) intensifican la sensación de soledad(generalmente real).

La falta de interacción significativa fuera de las interacciones clínicas puede llevar a sentimientos de inutilidad o abandono, que están estrechamente vinculados con estados ansiosos. Por ejemplo, un abuelo que habitualmente cuidaba de sus nietos, en estos momentos no lo puede hacer y se siento solo y poco productivo, añadiendo su malestar de salud general.

Aparte de los explicado anteriormente, muchos estudios, han identificado características psicosociales que influyen en la susceptibilidad a la ansiedad hospitalaria.

Las mujeres y los pacientes más jóvenes tienden a reportar niveles más altos de estrés emocional en comparación con otros grupos ya que generalmente son pacientes más activos . Además, factores como el bajo nivel socioeconómico, preocupaciones financieras relacionadas con los costos de atención médica y condiciones médi-

cas crónicas se asocian con una mayor probabilidad de experimentar ansiedad durante la hospitalización.

Desde una perspectiva holística, el entorno hospitalario genera una experiencia de pérdida de control personal: el paciente deja gran parte de la toma de decisiones y rutinas diarias en manos del personal de salud, lo cual puede promover sentimientos de impotencia. Esto aumenta cuando el personal no involucra plenamente al paciente en la toma de decisiones, lo que puede agravar la percepción de vulnerabilidad y potenciar la ansiedad.

Es importante remarcar, que la ansiedad experimentada durante en ingreso, genera implicaciones clínicas y puede agravar el estado de salud del paciente dificultando la recuperación prolongando los días de hospitalización y disminuyendo la calidad de vida de los pacientes.

3 Objetivos

El objetivo principal de este artículo, es analizar la ansiedad relacionada con la hospitalización y el papel de la enfermera en su mejoría, diagnóstico, prevención y cuidado con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente ingresado, mejorando de esta forma su experiencia hospitalaria y recuperación.

Para ello, se debe analizar la ansiedad en los pacientes hospitalizados y los factores que influyen en su aparición a

lo largo de la estancia hospitalaria, analizando la relación entre la ansiedad hospitalaria y el estado subjetivo de la enfermedad, sin tener en cuenta directamente la gravedad clínica objetiva, describir los principales estresores asociados a la hospitalización, como el dolor, el insomnio, la incertidumbre, el aislamiento social y la pérdida de control, identificar las características psicosociales que aumentan la tendencia a la ansiedad durante el ingreso y promover una atención enfermera integral que incentive la participación del paciente en la toma de decisiones y reduzca la sensación de pérdida de control aumentando la información sencilla y adaptada a cada tipo de paciente.

4 Caso clínico

Paciente mujer de 95 años, ingresado en la unidad de medicina interna por descompensación de diabetes mellitus y pie diabético.

Vive sola desde el fallecimiento de su esposo y su principal red de apoyo son sus cuatro hijas y dos nietas, con las que mantiene contacto frecuente y diario.

Previo al ingreso, la paciente era autónoma para las actividades básicas de la vida diaria y cuidaba habitualmente de sus nietas, actividad que ella describe como fundamental para sentirse útil (ir a buscarles al colegio, preparar la merienda...).

Durante los primeros días de hospital-

ización, la paciente presenta un buen control clínico de su patología, sin complicaciones relevantes. Sin embargo, comienza a manifestar inquietud constante, dificultad para conciliar el sueño(a pesar de tomar lormetazepam 1 mg por las noches), pensamientos anticipatorios negativos "nunca más voy a poder ir a buscar a mis nietas al colegio" y preocupación excesiva por su evolución "voy a perder el pie, voy a tener un cáncer de páncreas".

Expresa miedo a no recuperar su nivel previo de autonomía y a convertirse en una carga para su familia "van a tener que venir todos los días a mi casa a prepararme la comida". Refiere sentirse desorientada respecto al diagnóstico y al tiempo estimado de recuperación, lo que incrementa su ansiedad "¿Cuántos días voy a estar aquí? ¿Por qué estoy ingresada? ¿Qué tratamiento me están poniendo?". Nadie le da información acorde a su edad y su nivel educacional y la paciente tiene un total desconocimiento de lo que ocurre. A eso se suma, que el médico únicamente se dirige a su hija porque la paciente escucha mal.

La hospitalización supone una ruptura brusca de su rutina habitual(la paciente ya no se a sus nietas). El dolor asociado a los procedimientos, el descanso nocturno interrumpido (a pesar de la medicación para dormir) y la limitación de visitas contribuyen a una sensación de aislamiento social lo que la paciente lo vive con muchísima tris-

teza y sentimiento de soledad.

La enfermera responsable de la paciente, identifica un aumento de los niveles de ansiedad relacionados con su hospitalización y no directamente con la gravedad del proceso ya que la diabetes evoluciona favorablemente. Se establecen cuidados centrados en la atención integral del paciente, y no centradas en la patología clínica únicamente.

La enfermera intenta proporcionar información clara y adaptada a su estado de salud mental lo cual la paciente lo agradece y se reduce su malestar. Se fomenta la participación del paciente en pequeñas decisiones diarias para aumentar su sensación de control. Por ejemplo, realización de la medición de glucemia capilar, ya que se quiere conseguir que dentro de sus posibilidades la paciente sea lo más autónoma posible.

Tras las pequeñas intervenciones de la enfermera para reducir su ansiedad, la paciente refiere encontrarse más tranquila por lo que consecuentemente mejora su insomnio, y mayor confianza en los profesionales de la salud lo que conlleva a una mejor relación terapéutica y mayor confianza en su proceso de recuperación.

5 Discusión-Conclusión

El caso mencionado de la mujer de 94 años evidencia cómo la ansiedad durante la hospitalización en pacientes

de edad avanzada no depende únicamente de la gravedad clínica ya que en este caso, la situación no era grave, simplemente una descompensación de su diabetes y le estaban influyendo factores psicosociales, comunicativos y emocionales.

En esta paciente, la ruptura de su rol familiar (no cuidar de sus nietas como habitualmente lo estaba haciendo), la pérdida de autonomía (no controlar ella de manera autónoma su glucemia capilar), la incertidumbre sobre su diagnóstico (no entender qué le estaba pasando a su diabetes porque nadie se lo explicaba de manera adaptada a su situación) actuaron como principales desencadenantes de ansiedad a lo largo de su hospitalización.

La comunicación centrada exclusivamente en las hijas por sus problemas de audición relacionados con la edad, aunque bienintencionada, contribuyó a aumentar su sensación de pérdida de control generando ansiedad y malestar. La intervención enfermera, basada en una atención integral y personalizada, demostró ser clave para reducir el malestar emocional, principalmente disminuyendo su ansiedad, lo que llevó a mejorar el descanso nocturno (le retiraron en Lormetazepam 1mg) y fortalecer la relación terapéutica enfermera-paciente.

Este caso clínico, resalta la importancia del papel de enfermería en la detección precoz de la ansiedad a lo largo del ingreso hospitalario, la human-

ización de los cuidados de enfermería y la promoción de la autonomía, incluso en pacientes muy ancianos los cuales muchas de las actividades se les retira la autonomía por falta de tiempo, favoreciendo así una recuperación más favorable y una experiencia hospitalaria de mayor calidad y con mejores resultados.

6 Bibliografía

- 1.Palmer PK, et al. The prevalence, grouping, and distribution of stressors... (2021).
- 2.Lana LD, et al. Los factores estresantes en pacientes adultos internados... (2018).
- 3.Gullich I, et al. Prevalence of anxiety in patients admitted to a university hospital... (2013).

Artículo 146

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

YAIZA PASQUIER URMENETA

LIDIA PARDO HERRERA

JULIA ESTEBAN ALVAREZ

CLARA ARTETA PINILLA

LORENA APERTE GOÑI

ALICIA GARIJO HORNILLOS

Introducción: la cronicidad exige modelos de atención integrales donde la enfermería de atención primaria desempeña un papel clave.

Objetivos: comparar una intervención enfermera estructurada con la definición del rol profesional en atención primaria.

Metodología: ensayo clínico frente a reflexión profesional basada en experiencia y literatura.

Resultados: mejora clínica, funcional y psicosocial en el estudio de intervención y visibilización del rol enfermero en la carta.

Conclusión: la enfermería de atención primaria es fundamental para un abordaje eficaz y sostenible de la cronicidad.

1 Palabras clave

Atención primaria; Enfermería comunitaria; Paciente crónico complejo; Intervención enfermera; Rol profesional; Cronicidad; Cuidador informal; Continuidad asistencial.

2 Introducción

El envejecimiento progresivo de la población y el aumento de la esperanza de vida han dado lugar a un cambio sustancial en el patrón epidemiológico de las sociedades occidentales, caracterizado por una elevada prevalencia de enfermedades crónicas, multimorbilidad y situaciones de dependencia. Este escenario ha supuesto un desafío creciente para los sistemas sanitarios, que tradicionalmente han estado orientados al abordaje de procesos agudos, obligando a replantear los modelos de atención vigentes y a impulsar estrategias centradas en la atención integral, continuada y centrada en la persona.

En este contexto, la atención primaria se configura como el eje vertebrador del sistema sanitario, al ser el nivel asistencial más accesible, longitudinal y cercano a la población. Dentro de este ámbito, la enfermería de atención primaria desempeña un papel clave, no solo en la provisión de cuidados técnicos, sino también en la educación para la salud, el seguimiento proactivo de pacientes crónicos, la coordinación asistencial y el acompañamiento a las per-

sonas y sus familias a lo largo del proceso de enfermedad.

El concepto de paciente crónico complejo (PCC) y paciente con enfermedad crónica avanzada (MACA) surge como respuesta a la necesidad de identificar a aquellos individuos que presentan múltiples patologías, fragilidad clínica, alto consumo de recursos sanitarios y una importante carga psicosocial. Estos pacientes requieren intervenciones multidimensionales que integren aspectos clínicos, funcionales, emocionales y sociales, así como el reconocimiento del papel fundamental del cuidador principal informal.

El primer artículo analizado, correspondiente a un Trabajo Fin de Máster, propone y evalúa de manera sistemática la efectividad de un programa de intervención enfermera estructurado dirigido a pacientes PCC/MACA y a sus cuidadores informales en el ámbito de la atención primaria. Este estudio se enmarca dentro del Modelo de Cuidado Crónico y utiliza un diseño experimental riguroso, con múltiples variables clínicas, funcionales y psicosociales, lo que permite valorar el impacto real de la intervención sobre la calidad de vida, la estabilidad clínica y el consumo de recursos sanitarios.

3 Objetivos

Comparar el abordaje de la cronicidad desde la enfermería de atención primaria a través de un estudio de inter-

vención estructurado y una reflexión profesional sobre el rol y las responsabilidades enfermeras.

4 Metodología

El primer artículo utiliza un diseño de ensayo clínico aleatorizado, prospectivo y con grupos paralelos, desarrollado en dos Centros de Urgencias de Atención Primaria del Vallés Occidental. La población de estudio está formada por pacientes identificados como PCC/MACA y sus cuidadores principales informales. Se emplea un muestreo aleatorio estratificado y un tamaño muestral calculado para garantizar potencia estadística suficiente.

El análisis de datos combina estadística descriptiva e inferencial, utilizando pruebas paramétricas y no paramétricas según la distribución de las variables.

En contraste, el segundo artículo presenta una metodología cualitativa y reflexiva, propia de una carta al editor. No se basa en la recogida sistemática de datos, sino en la experiencia profesional, el análisis del contexto histórico y organizativo de la atención primaria y la revisión de literatura relevante. Su finalidad no es evaluar resultados, sino visibilizar el rol enfermero y generar debate profesional y social.

5 Resultados

El análisis de los resultados de ambos artículos muestra dos tipos de aportaciones claramente diferenciadas pero complementarias: resultados empíricos derivados de una intervención enfermera estructurada y resultados de carácter conceptual y profesional relacionados con el rol de la enfermería en atención primaria.

En el primer artículo, centrado en la intervención enfermera en pacientes crónicos complejos y avanzados, los resultados esperados se orientan a demostrar la efectividad de un programa educativo liderado por enfermería. La intervención plantea una mejora significativa en múltiples dimensiones del paciente PCC/MACA, destacando la reducción de comorbilidades medida mediante el Índice de Charlson, una mayor estabilidad de los parámetros clínicos y una optimización del estado nutricional. Asimismo, se prevé una disminución de los niveles de ansiedad y depresión, junto con una mejora del autocuidado y de la calidad de vida relacionada con la salud, evaluada a través de escalas validadas como Barthel y Lawton-Brody.

Otro resultado relevante del estudio es la reducción del consumo de recursos sanitarios, evidenciada por una disminución de ingresos hospitalarios, visitas a urgencias y consumo farmacológico. En relación con los cuidadores principales informales, el programa de inter-

vención enfermera se asocia a una reducción de la sobrecarga del cuidado y a una mejora de la autoestima y del bienestar emocional, aspectos fundamentales para garantizar la continuidad de los cuidados en el domicilio.

Por su parte, el segundo artículo no presenta resultados cuantitativos ni mediciones objetivas, al tratarse de una carta al editor. Sin embargo, aporta resultados de tipo descriptivo y profesional de gran valor. Se evidencia el impacto del rol de la enfermera de atención primaria como figura accesible, resolutive y referente para la población asignada. El texto pone de manifiesto que la intervención enfermera continuada favorece el seguimiento proactivo de pacientes crónicos, la prevención de complicaciones y la promoción del autocuidado, contribuyendo indirectamente a una mejor gestión de la cronicidad.

En conjunto, los resultados de ambos trabajos coinciden en señalar que la enfermería de atención primaria tiene un impacto positivo tanto en los resultados en salud como en la experiencia del paciente y su entorno, reforzando su papel esencial en los modelos de atención a la cronicidad.

6 Discusión-Conclusión

La comparación entre ambos artículos pone de manifiesto una clara coherencia entre la práctica clínica basada en la evidencia y la definición del

rol profesional enfermero en atención primaria. El estudio de intervención aporta solidez científica a lo que la carta al editor defiende desde la experiencia: que la enfermería es capaz de liderar el cuidado del paciente crónico complejo de forma autónoma, integral y eficaz.

La intervención estructurada demuestra que el enfoque enfermero no se limita a tareas técnicas, sino que abarca dimensiones clínicas, emocionales y sociales, alineándose con los principios del Modelo de Cuidado Crónico. Por su parte, la reflexión profesional subraya la necesidad de visibilizar este rol y de dotarlo de reconocimiento institucional y social.

Como conclusión, ambos artículos refuerzan la idea de que la enfermería de atención primaria es un pilar esencial en el abordaje de la cronicidad y que su fortalecimiento resulta imprescindible para garantizar la sostenibilidad y la calidad del sistema sanitario.

7 Bibliografía

1. Rubio Fernández, E. (2019). Impacto de una intervención enfermera en pacientes crónicos complejos y avanzados en atención primaria [Trabajo Fin de Máster, Universidad de Barcelona].
2. Talavera Pérez, M. L., Fontseré Casadesús, A. M., & Raya Tena, A. (2022). La enfermera de atención primaria: rol y responsabilidades. *Atención Primaria*, 54(2022), 102345. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102345>

Artículo 147

LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD: CONCEPTO Y CARACTERISTICAS GENERALES

OLGA PUGA DIAZ

JUAN JOSE MUÑOZ CARMONA

MARÍA CARMEN LAGUNA RUIZ

ESTELA PUGA DIAZ

MARTA APARICIO CHAVARRI

SANDRA BRAVO ARROYO

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye el eje fundamental para garantizar cobertura sanitaria universal, equidad, accesibilidad y eficiencia en los sistemas de salud. Esta revisión analiza definiciones, principios, funciones y características generales de la APS, así como su relevancia para mejorar los resultados de salud y reducir desigualdades. Se extrae un parámetro estadístico clave: la expansión de las intervenciones de APS en países de ingresos bajos y medianos podría salvar hasta 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida promedio en 3,7 años para 2030. Organización Mundial de la Salud Se examinan los componentes conceptuales de la APS —servicios integrados, determinantes sociales de la salud, empoderamiento comunitario—, sus funciones esenciales (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, paliación), y su rol como primer punto de contacto del sistema sanitario. Se concluye que la APS representa el enfoque más inclusivo, coste-efectivo y sostenible para alcanzar la salud para todos, aunque su implementación exige inversión, gobernanza, enfoque multisectorial y participación comunitaria.

1 Palabras clave

Atención primaria de salud, APS, cobertura sanitaria universal, salud pública, servicios integrados, equidad, prevención, promoción de la salud.

2 Introducción

La salud es un derecho humano fundamental, y garantizar el acceso equitativo a servicios sanitarios de calidad constituye un pilar esencial en las políticas de salud pública. En este contexto, la World Health Organization (OMS) definió la Atención primaria de salud (APS) como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar” desde su declaración inaugural en la (1978). SciELO Salud Pública

A lo largo de las décadas, aunque el concepto ha sido reinterpretado —hasta ser actualizado en la (2018) como estrategia global— su esencia se mantiene: la APS aspira a acercar la atención sanitaria al entorno cotidiano de las personas, garantizando un enfoque integral, continuo y centrado en la comunidad. Organización Mundial de la Salud

Más allá de la atención médica individual, la APS integra salud pública,

prevención, promoción de estilos de vida saludables, respuesta a determinantes sociales de la salud (educación, medio ambiente, saneamiento, políticas sociales), rehabilitación y cuidados paliativos. Organización Mundial de la Salud Así, la APS no solo actúa frente a enfermedades, sino que promueve el bienestar, la equidad, la justicia social y la participación comunitaria.

En términos estructurales, la APS debe garantizar accesibilidad, continuidad, integralidad, coordinación, calidad, equidad y sustentabilidad, funcionando como el primer nivel de contacto y puerta de entrada al sistema de salud. Organización Mundial de la Salud Además, su enfoque multisectorial implica que salud pública, políticas sociales, ambientales, educativas y comunitarias deben articularse para atender de forma global los determinantes de salud. EmRO

La relevancia de la APS se evidencia también en su potencial impacto sanitario global: según datos recientes de la OMS, reforzar la APS en países de ingresos bajos y medianos podría salvar hasta 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida en 3,7 años hacia 2030. Organización Mundial de la Salud Dado este contexto, resulta imprescindible sintetizar y clarificar los conceptos, funciones y características de la APS, así como evidenciar su valor como estrategia de salud pública, especialmente bajo el prisma del derecho a la salud, la equidad y la sostenibilidad.

El presente artículo realiza un análisis secundario de la literatura internacional para delinear un marco conceptual de la APS y destacar sus implicaciones para los sistemas sanitarios contemporáneos.

3 Objetivos

El presente artículo tiene como objetivos:

- Definir el concepto de Atención Primaria de Salud (APS) según las fuentes internacionales y su evolución histórica.
- Describir las características generales, principios, funciones y componentes de la APS.
- Analizar la relevancia de la APS para la salud pública global, su impacto potencial en mortalidad, esperanza de vida, equidad y sostenibilidad de los sistemas sanitarios.
- Extraer parámetros cuantitativos publicados (como el impacto proyectado en vidas salvadas y esperanza de vida) que evidencien su efectividad y relevancia.
- Discutir los desafíos y requisitos para su implementación efectiva, incluyendo inversión, gobernanza, multisectorialidad, participación comunitaria y equidad.

4 Metodología

Diseño y enfoque

Se realizó un análisis secundario basado en la revisión de documentos

y publicaciones de organismos internacionales (principalmente la OMS), así como literatura académica sobre APS, salud pública y políticas de cobertura sanitaria universal. No se generaron datos primarios; el estudio sintetiza y organiza definiciones, características, funciones y datos estadísticos disponibles.

Fuentes de información

Las principales fuentes consultadas incluyen informes recientes de la OMS, documentos de organizaciones regionales como la Pan American Health Organization (OPS/OMS), declaraciones internacionales (Alma-Ata, Astana), artículos académicos sobre APS, y literatura secundaria que analiza los componentes conceptuales, filosóficos y operacionales de la APS.

Selección y síntesis

Se eligieron documentos que definieran explícitamente el concepto de APS, sus elementos o principios, funciones esenciales, y aquellos que presentaran datos cuantitativos sobre impacto potencial (vidas salvadas, aumento de esperanza de vida). Se sintetizó la información cualitativa (definiciones, principios, funciones) y los datos cuantitativos disponibles, para ofrecer una visión comprensiva.

Análisis de datos

- Para los datos cuantitativos, se extrajo el parámetro proyectado de impacto: número de vidas salvadas y ganancia de esperanza de vida en escenarios de fortalecimiento de APS.

- Para los aspectos conceptuales, se estructuró un marco que integra definición, componentes (servicios integrados, determinantes sociales, empoderamiento comunitario), funciones (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, paliación), y principios operacionales (accesibilidad, equidad, continuidad, integralidad, coordinación, participación comunitaria, sostenibilidad). Esta estructura permite apreciar la coherencia interna del modelo APS.

Limitaciones metodológicas

- Al tratarse de un análisis secundario, depende de la disponibilidad, calidad y actualidad de los documentos revisados.
- No todos los países o contextos aplican de igual modo la APS, lo que puede limitar la generalización.
- Los datos cuantitativos disponibles —vidas salvadas, esperanza de vida— corresponden a proyecciones globales, no a evaluaciones empíricas específicas por país o región.

5 Resultados

1. Definición y componentes conceptuales de la APS

La APS ha sido definida de diversas formas desde 1978. La definición clásica, adoptada en la Conferencia de Alma-Ata, la describe como “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables,

puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad...”

La versión moderna, adoptada por la OMS/UNICEF tras la revisión internacional más reciente, enfatiza un enfoque “whole-of-society” que incluye tres componentes interrelacionados: servicios de salud integrados e integrales, políticas y acciones multisectoriales sobre determinantes de salud, y empoderamiento de individuos, familias y comunidades. Organización Mundial de la Salud

De este modo, la APS no se limita a curar enfermedades, sino que promueve la salud, previene enfermedades, garantiza el tratamiento, la rehabilitación y cuidados paliativos, a lo largo de todo el ciclo de vida, con continuidad, integralidad y atención centrada en la persona.

2. Principios y características fundamentales

Las características esenciales de la APS incluyen:

- Accesibilidad y universalidad: la APS debe ser accesible para todas las personas sin discriminación socioeconómica, cultural o geográfica.
- Integralidad: abarca promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación.
- Continuidad y coordinación: los servicios de APS funcionan como primer nivel de contacto y coordinan la atención a lo largo del sistema sanitario, facilitando referencia a niveles secundarios o terciarios cuando sea necesario.

- Enfoque comunitario e individual: la APS incluye la participación activa de la comunidad, familias e individuos, promueve la autorresponsabilidad, la educación sanitaria, estilos de vida saludables y la movilización social.

- Equidad y justicia social: aspira a reducir desigualdades en salud, asegurar el derecho a la salud para todos, independientemente de su condición socioeconómica.

- Sostenibilidad y coste-efectividad: la APS está concebida como una estrategia viable en términos económicos, ajustada a los recursos del país o comunidad, con un alto retorno en salud pública y mejora poblacional.

3. Impacto esperado de la APS: indicador cuantitativo

Un dato relevante extraído de los informes de la OMS es que una expansión adecuada de las intervenciones de APS en países de ingresos bajos y medianos podría salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida media en 3,7 años para 2030.

Además, se estima que aproximadamente 75 % de las mejoras proyectadas en salud para alcanzar los objetivos globales de desarrollo sostenible (ODS relacionados con salud) podrían lograrse a través de la APS.

Estos datos ilustran cuantitativamente el valor de invertir en APS como estrategia global de salud pública: no se trata solo de atención médica individual, sino de un enfoque estructural con impacto poblacional y a largo plazo.

4. Funciones esenciales de la APS

De la síntesis de conceptos se extraen las siguientes funciones clave:

- Promoción de la salud y educación sanitaria: difusión de hábitos saludables, prevención primaria.

- Prevención de enfermedades, incluyendo prevención de enfermedades crónicas, salud ambiental y control de determinantes sociales.

- Atención curativa y diagnóstico temprano: detección de problemas de salud, tratamiento inicial, derivación a niveles especializados cuando corresponde.

- Rehabilitación, atención continua, cuidados paliativos: asegurar la continuidad del cuidado, recuperación funcional, manejo integral del paciente.

- Coordinación y gestión del cuidado: la APS articula los diferentes niveles del sistema de salud, referencias, seguimiento, historial clínico, continuidad asistencial.

- Atención centrada en la persona, familia y comunidad: enfoque biopsicosocial, abordaje integral, equidad y participación comunitaria.

5. Requisitos y desafíos para su implementación

Para que la APS cumpla su papel es necesario:

- Gobernanza fuerte, compromiso político y financiación adecuada.

- Recursos humanos capacitados, multidisciplinarios, con formación en atención integral, promoción de la salud, salud comunitaria.

- Coordinación intersectorial: salud,

educación, saneamiento, políticas sociales, medio ambiente, vivienda.

- Participación comunitaria: empoderamiento, educación sanitaria, compromiso social.
- Sistemas de información, vigilancia y monitoreo, y mecanismos de calidad, equidad y rendición de cuentas.

6 Discusión-Conclusión

La Atención Primaria de Salud (APS) representa un pilar esencial para construir sistemas de salud sostenibles, equitativos, accesibles y orientados al bienestar integral de la población. Su carácter holístico —que integra promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos— así como su enfoque comunitario, social y participativo, la convierte en la estrategia más adecuada para garantizar salud para todos.

Los datos disponibles muestran que invertir en APS no es solo una cuestión ética o de equidad, sino también de eficacia sanitaria y salud pública a gran escala: la implementación global de la APS podría salvar millones de vidas y aumentar significativamente la esperanza de vida.

Sin embargo, para lograr su pleno potencial, es indispensable un compromiso político firme, recursos adecuados, coordinación multisectorial, refuerzo del capital humano y participación comunitaria. La APS requiere una visión sistémica de salud —más allá

de la enfermedad— que reconozca los determinantes sociales, ambientales y estructurales de la salud.

En un mundo con crecientes desigualdades, crisis sanitarias, envejecimiento poblacional y nuevas amenazas, la APS emerge como la estrategia más viable, humana y costo-efectiva para garantizar el derecho a la salud de todas las personas. Por tanto, su fortalecimiento no debe considerarse una opción, sino una prioridad ineludible.

7 Bibliografía

1. World Health Organization. Primary health care – Key facts. WHO; 2025 Mar 26. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
2. World Health Organization; UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs. OMS; 2018. Redefinición del concepto de APS.
3. Organización Panamericana de la Salud / World Health Organization. Primary Health Care. PAHO/WHO; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
4. HowMed / ISOST. Atención Primaria de Salud: Introducción, Principios y Elementos. Documento técnico; s/f. isost.org
5. WHO EMRO. Primary and community health care. WHO Regional Office; s/f. EmRO
6. World Health Organization. In-

tegrated primary care for UHC. WHO; s/f. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>

7. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 1978. Citado en literatura sobre APS.

8. Documento de síntesis: “Atención primaria de salud: historia, conceptos y prácticas” – UniNotas. s/f. UniNotas

Artículo 148

ZOONOSIS: ENFERMEDADES TRANSMITIDAS DE ANIMALES A HUMANOS Y SU IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA

ANA ISABEL MANRIQUE MAGALLON

FRANCISCO JAVIER LOPEZ IGLESIAS

MARÍA EUGENIA CARROQUINO

JUAN JOSÉ LOZANO LOPEZ

DESIREÉ RAMIS GARDE

MERCEDES SALINAS ORDOVAS

Las zoonosis son enfermedades infecciosas que se transmiten de forma natural entre animales vertebrados y seres humanos. Representan un importante problema de salud pública debido a su alta frecuencia, capacidad de propagación y potencial para generar brotes epidémicos y pandemias.

Analizar la relevancia de las zoonosis en el contexto sanitario actual, describiendo sus principales mecanismos de transmisión, factores de riesgo, consecuencias para la salud humana y estrategias de prevención y control.

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica y de documentos oficiales de organismos internacionales relacionados con la salud humana y animal.

La evidencia muestra que más del 60 % de las enfermedades infecciosas humanas tienen origen zoonótico. Factores como la globalización, el cambio climático, la

intensificación de la producción animal y la interacción creciente entre humanos y animales favorecen su aparición y propagación.

Las zoonosis constituyen una amenaza persistente que requiere un enfoque integral basado en el concepto de “Una sola salud”, promoviendo la colaboración entre los sectores sanitario, veterinario y ambiental.

1 Palabras clave

Zoonosis; salud pública; enfermedades infecciosas; transmisión animal-humano; One Health.

2 Introducción

Las zoonosis son enfermedades infecciosas causadas por bacterias, virus, parásitos u hongos que se transmiten de los animales a los seres humanos de manera directa o indirecta. A lo largo de la historia, estas enfermedades han acompañado al ser humano desde el inicio de la domesticación animal y continúan representando un desafío sanitario de gran magnitud en la actualidad. Se estima que más del 60 % de las enfermedades infecciosas humanas conocidas y aproximadamente el 75 % de las enfermedades emergentes tienen origen zoonótico. Ejemplos relevantes incluyen la rabia, la brucelosis, la leptospirosis, la salmonelosis, la gripe aviar, el Ébola y, más recientemente, enfermedades causadas por coronavirus. Estas patologías pueden producir desde cuadros leves hasta enfermedades graves con elevada mortalidad.

El aumento de las zoonosis está es-

trechamente relacionado con diversos factores sociales, ambientales y económicos. La expansión urbana, la deforestación, la intensificación de la ganadería, el comercio de animales, los cambios en los hábitos alimentarios y el cambio climático han modificado la interacción entre humanos, animales y ecosistemas, favoreciendo la transmisión de agentes infecciosos.

Además, la globalización y la movilidad internacional facilitan la rápida propagación de estas enfermedades más allá de sus áreas geográficas de origen, lo que incrementa el riesgo de brotes transfronterizos y emergencias sanitarias. En este contexto, las zoonosis no solo afectan a la salud humana, sino que también tienen repercusiones económicas, sociales y ambientales.

Por todo ello, el estudio de las zoonosis y la implementación de estrategias de prevención y control eficaces se han convertido en una prioridad para los sistemas sanitarios y las políticas de salud pública a nivel mundial.

3 Objetivos

El objetivo general de este artículo es analizar la importancia de las zoonosis como problema de salud pública y su

impacto en la salud humana.

Como objetivos específicos se plantean: describir los principales tipos de zoonosis y sus mecanismos de transmisión; identificar los factores que favorecen su aparición y propagación; analizar las consecuencias sanitarias y socioeconómicas asociadas; y revisar las estrategias de prevención, vigilancia y control, destacando la importancia del enfoque integral de “Una sola salud”.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura científica disponible sobre zoonosis y salud pública. La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos biomédicas como PubMed, Scopus y SciELO, incluyendo artículos publicados principalmente en los últimos diez años en español e inglés.

Asimismo, se analizaron informes, guías técnicas y documentos oficiales elaborados por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Mundial de Sanidad Animal y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

Los criterios de inclusión contemplaron estudios observacionales, revisiones sistemáticas, informes epidemiológicos y documentos institucionales que abordaran la epidemiología, transmisión, prevención y control de las zoonosis. Se excluyeron publicaciones

con información redundante o sin respaldo científico adecuado.

La información recopilada fue analizada de forma cualitativa y organizada en categorías temáticas para facilitar la síntesis de los principales hallazgos.

5 Resultados

Los resultados obtenidos a partir de la revisión de la literatura científica y de los informes de organismos internacionales confirman que las zoonosis representan una proporción significativa de las enfermedades infecciosas que afectan a la población humana a nivel mundial. Se estima que más del 60 % de las enfermedades infecciosas humanas conocidas tienen origen zoonótico, y que aproximadamente tres de cada cuatro enfermedades emergentes o reemergentes proceden de animales, lo que pone de manifiesto su relevancia sanitaria.

La evidencia analizada muestra una gran diversidad de agentes etiológicos implicados en las zoonosis, incluyendo bacterias, virus, parásitos y hongos. Entre las zoonosis bacterianas más frecuentes se encuentran la salmonelosis, la campilobacteriosis, la brucelosis y la leptospirosis, mientras que entre las virales destacan la rabia, la gripe aviar, el Ébola y otras enfermedades causadas por virus emergentes. Esta diversidad de patógenos condiciona la variabilidad clínica de las zoonosis, que pueden manifestarse desde cuadros leves y au-

tolimitados hasta enfermedades graves con elevada mortalidad.

En cuanto a los mecanismos de transmisión, los resultados indican que las zoonosis pueden transmitirse por contacto directo con animales infectados, por el consumo de alimentos de origen animal contaminados, a través de vectores como mosquitos y garrapatas, o mediante el contacto con ambientes contaminados. Esta multiplicidad de vías de transmisión dificulta su control y exige estrategias preventivas adaptadas a cada contexto epidemiológico.

Los estudios revisados también señalan que determinados grupos poblacionales presentan mayor riesgo de exposición, como los trabajadores del sector ganadero, veterinarios, personal de mataderos, profesionales sanitarios, personas que viven en áreas rurales y poblaciones con sistemas inmunitarios debilitados. Asimismo, factores como la pobreza, la falta de acceso a servicios sanitarios y las deficiencias en las medidas de higiene y control animal incrementan la vulnerabilidad frente a estas enfermedades.

Desde el punto de vista sanitario y económico, las zoonosis generan una carga considerable para los sistemas de salud, ya que pueden ocasionar brotes epidémicos, aumento de la morbimortalidad, saturación de los servicios sanitarios y pérdidas económicas asociadas a la producción animal y al comercio. Finalmente, los resultados destacan la importancia de la vigilancia epi-

demiológica integrada y de la cooperación intersectorial como elementos clave para la detección precoz y el control eficaz de las zoonosis.

6 Discusión-Conclusión

Las zoonosis constituyen un problema sanitario complejo y persistente que afecta de manera significativa a la salud pública mundial. Su elevada frecuencia, diversidad de agentes causales y múltiples vías de transmisión las convierten en un desafío constante para los sistemas sanitarios.

La prevención y el control de las zoonosis requieren un enfoque integral basado en la colaboración interdisciplinaria. El concepto de “Una sola salud” se presenta como una estrategia fundamental para abordar estas enfermedades, reconociendo la interdependencia entre la salud humana, animal y ambiental.

La educación sanitaria, la vigilancia epidemiológica, el control sanitario de los animales, la seguridad alimentaria y la protección del medio ambiente son pilares esenciales para reducir el riesgo de transmisión. Asimismo, es imprescindible fortalecer la cooperación internacional y la investigación científica para anticipar y responder de manera eficaz a las amenazas emergentes.

Abordar las zoonosis de forma integral no solo contribuye a proteger la salud humana, sino que también favorece la sostenibilidad de los ecosistemas y la

seguridad sanitaria global.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Zoonosis y salud pública. OMS.
2. Organización Mundial de Sanidad Animal. Zoonoses and emerging diseases.
3. FAO. Zoonotic diseases and the One Health approach.
4. Taylor LH, Latham SM, Woolhouse ME. Risk factors for human disease emergence. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*.
5. CDC. Zoonotic Diseases Overview.
6. Ministerio de Sanidad. Vigilancia y control de enfermedades zoonóticas.

Artículo 149

GESTIÓN DEL CAMBIO EN UNIDADES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN A NUEVOS MODELOS DE ATENCIÓN

NURIA LOURDES ENGUITA BRUNED

ELIZABETH BLAS RUBIO

DANIEL CASANOVAS GALINDO

TOMAS SAEZ CALVO

JUAN ANTONIO ANTEQUERA MARTÍN

ALBERTO ARGUEDAS LAFUENTE

Introducción.

La gestión del cambio en unidades de enfermería es un proceso crítico para adaptarse a los nuevos modelos de atención centrados en la calidad, la seguridad y la eficiencia. Estos modelos requieren una redefinición de roles, la implementación de tecnologías avanzadas y la promoción de una cultura de colaboración interdisciplinaria. Sin embargo, su implementación enfrenta desafíos significativos, como la resistencia al cambio, la falta de capacitación específica y la escasez de recursos adecuados. Este artículo analiza la función de la enfermería en la gestión del cambio, identifica los principales desafíos asociados y propone estrategias para facilitar la transición hacia nuevos modelos de atención.

Objetivos.

Analizar la función de la enfermería en la gestión del cambio identificar los principales desafíos asociados con la adaptación a nuevos modelos de atención proponer estrategias para facilitar la transición y mejorar la calidad asistencial

Metodología.

Revisión sistemática de literatura científica (2010-2023) en bases como PubMed, Scopus y Cochrane, incluyendo estudios sobre gestión del cambio, experiencias prácticas y guías emitidas por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y organismos reguladores locales. Además, se analizaron casos específicos de unidades de enfermería que han implementado exitosamente nuevos modelos de atención.

Resultados.

El análisis muestra que la participación activa de la enfermería mejora significativamente la adaptación a nuevos modelos de atención, pero se identificaron barreras como la resistencia al cambio, la falta de capacitación específica y la escasez de infraestructuras tecnológicas adecuadas.

Conclusiones.

La enfermería desempeña un papel fundamental en la gestión del cambio, siendo un pilar clave para garantizar la adaptación a nuevos modelos de atención y la mejora continua de la calidad asistencial. Su éxito depende de la capacitación continua, el acceso a herramientas tecnológicas avanzadas y la promoción de una cultura de colaboración interdisciplinaria.

1 Palabras clave

Gestión del cambio, enfermería, modelos de atención, adaptación, liderazgo.

2 Introducción

La atención sanitaria está experimentando una transformación profunda impulsada por avances tecnológicos, cambios demográficos y la necesidad de optimizar recursos. En este contexto, las unidades de enfermería deben adaptarse a nuevos modelos de atención centrados en la calidad, la seguridad y la eficiencia. La gestión del cambio se convierte en un proceso crítico para redefinir roles, implementar tecnologías avanzadas y promover una cultura de colaboración interdisciplinaria.

Sin embargo, la implementación de estos cambios enfrenta varios desafíos significativos. Uno de los principales problemas es la resistencia al cambio por parte del personal, lo que puede comprometer la efectividad de las intervenciones. Además, factores como la falta de capacitación específica, la sobrecarga de trabajo y la escasez de infraestructuras tecnológicas pueden obstaculizar la transición hacia nuevos modelos de atención. En regiones con recursos limitados, estas barreras son aún más pronunciadas, afectando negativamente la continuidad del cuidado y los resultados clínicos.

Este artículo tiene como objetivo analizar la función de la enfermería en la gestión del cambio, identificar los principales desafíos asociados con la

adaptación a nuevos modelos de atención y proponer estrategias para facilitar la transición. A través de una revisión sistemática de la literatura y ejemplos prácticos, se busca ofrecer recomendaciones útiles para diferentes contextos sanitarios, especialmente en aquellos donde los recursos son limitados.

En un sistema de salud centrado en el paciente, la participación de la enfermería no solo es una necesidad operativa, sino también un imperativo ético para garantizar el bienestar integral de todos los actores involucrados. Solo mediante la capacitación continua, el acceso a herramientas tecnológicas avanzadas y la promoción de una cultura de colaboración será posible maximizar su contribución a la atención médica.

3 Objetivos

- Identificar los desafíos más comunes que enfrentan las unidades de enfermería al adoptar nuevos modelos de atención.
- Explorar estrategias efectivas para gestionar el cambio en equipos multidisciplinarios.
- Proponer recomendaciones prácticas para fortalecer la capacidad de liderazgo y adaptación del personal de enfermería.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva utilizando bases de datos científicas como PubMed, Scopus y Cuiden, centrándose en estudios publicados entre 2018 y 2024.

Los términos empleados fueron “gestión del cambio en enfermería”, “adaptación a nuevos modelos de atención”, “liderazgo en enfermería” y “innovación en cuidados”.

Se seleccionaron artículos con datos empíricos, guías de práctica clínica y estudios de caso relacionados con la implementación de nuevos modelos de atención en unidades de enfermería. Fueron excluidos los estudios puramente teóricos o aquellos que no abordaban directamente el rol de la enfermería en la gestión del cambio.

5 Resultados

Función de la Enfermería en la Gestión del Cambio.

La enfermería desempeña múltiples funciones clave en la gestión del cambio, impactando directamente en la calidad de la atención y la eficiencia operativa. Entre sus responsabilidades más destacadas se encuentran:

Liderazgo en la implementación de cambios:

Guiar y motivar al equipo de enfermería durante la transición hacia nuevos modelos de atención.

Actuar como mediador entre la direc-

ción y el personal para asegurar una comunicación efectiva.

Capacitación y formación continua:

Garantizar que el personal esté capacitado en el uso de nuevas tecnologías y metodologías.

Promover programas de formación que fomenten habilidades de adaptación al cambio.

Colaboración interdisciplinaria:

Facilitar la integración de diferentes profesionales para trabajar de manera coordinada en los nuevos modelos de atención.

Fomentar una cultura de respeto mutuo y cooperación entre los miembros del equipo.

Monitoreo y evaluación:

Supervisar la implementación de los cambios y recopilar datos para evaluar su efectividad.

Proponer ajustes basados en los resultados obtenidos para garantizar su mejora continua.

Un estudio publicado en 2021 mostró que unidades de enfermería con personal capacitado redujeron en un 30% los tiempos de adaptación a nuevos modelos de atención.

Desafíos Asociados con la Implementación

A pesar de su importancia, la gestión del cambio enfrenta varios desafíos significativos:

Resistencia al cambio:

Algunos profesionales pueden subestimar la importancia de adoptar nuevos modelos, obstaculizando la imple-

mentación de procesos mejorados.

Falta de capacitación específica:

Muchas enfermeras carecen de formación formal en habilidades de liderazgo y gestión del cambio, lo que puede comprometer la efectividad de las intervenciones.

Escasez de infraestructuras tecnológicas adecuadas:

En regiones con recursos limitados, la ausencia de dispositivos, conectividad o sistemas de respaldo puede dificultar la implementación efectiva de los cambios.

Carga laboral excesiva:

La alta demanda en servicios de salud puede limitar el tiempo disponible para la adaptación a nuevos modelos, aumentando el riesgo de errores.

Preocupaciones sobre la sostenibilidad:

La falta de políticas claras puede generar incertidumbre sobre la viabilidad a largo plazo de los nuevos modelos de atención.

Estrategias para Facilitar la Transición

Para superar estos desafíos, se han propuesto varias soluciones basadas en estudios y experiencias exitosas:

Capacitación continua del personal:

Programas de formación dirigidos a todo el personal, enfocados en habilidades técnicas y manejo del cambio, mejoran su capacidad para realizar su labor de manera segura y eficiente.

Uso de herramientas tecnológicas avanzadas:

Plataformas digitales, aplicaciones móviles y sistemas de gestión permiten

optimizar la implementación de los cambios y facilitar su monitoreo.

Implementación de protocolos claros:

La creación de guías específicas para la gestión del cambio asegura una ejecución consistente y minimiza el riesgo de errores.

Promoción de una cultura de colaboración interdisciplinaria:

Campañas de sensibilización y programas de reconocimiento formal fomentan una cultura que valore la colaboración como parte integral de la atención médica.

Optimización de recursos humanos y materiales:

La asignación estratégica de personal y el uso de tecnologías predictivas para gestionar la demanda de recursos permiten una distribución más equitativa y eficiente.

Involucrar a los pacientes en el proceso:

La educación y capacitación de los pacientes en los beneficios de los nuevos modelos de atención mejora su adherencia y reduce la carga laboral del personal.

6 Discusión-Conclusión

- La gestión del cambio en unidades de enfermería no solo es técnica, sino también emocional y estratégica.
- Un liderazgo claro, una comunicación efectiva y la participación del equipo son fundamentales para superar resistencias y garantizar una transición fluida.

- Las buenas prácticas incluyen formación continua, evaluación de necesidades previas y seguimiento constante durante el proceso.

- La enfermería no solo adapta modelos de atención, sino que también actúa como puente entre la innovación y el cuidado humano, asegurando que los pacientes sigan recibiendo atención personalizada y de calidad.

En resumen, gestionar el cambio de manera efectiva permite a las unidades de enfermería aprovechar al máximo los nuevos modelos de atención, mejorando tanto la experiencia del paciente como la del propio equipo.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Guía de implementación de nuevos modelos de atención en unidades de enfermería. Madrid: SNS; 2023 [citado 20 may 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>
2. Asociación Española de Enfermería Geriátrica. Manual de gestión del cambio en cuidados de larga duración. Madrid: AEEG; 2022 [citado 20 may 2025]. Disponible en: <https://www.enfermeriageriatrica.org>
3. Martínez L, Rojas I. Gestión del cambio en enfermería: Claves para la adaptación a nuevos modelos de atención. Rev Enferm Hoy. 2021;24(2):67-74 [citado 20 may 2025].
4. González P. Formación del personal de enfermería en innovación san-

itaria. Rev Cuid Salud. 2020;18(3):113-120 [citado 20 may 2025].

5. Sociedad Española de Enfermería Familiar y Comunitaria. Protocolos de adaptación a nuevos modelos de atención primaria. Madrid: SEEFC; 2023 [citado 20 may 2025]. Disponible en: <https://www.enfermeriafamiliar.org>

6. Navarro A. Resistencia al cambio en equipos de enfermería: Causas y soluciones. Nefroactualidad. 2019;15(1):45-52.

7. López-Muñoz J, Pérez D. Rol de la enfermería en la gestión del cambio organizacional. Rev Enferm Innov. 2022;14(1):89-96 [citado 20 may 2025].

8. Sánchez FJ. Humanización del cambio: El impacto del liderazgo emocional en enfermería. Enferm Humanizada. 2021;6(2):140-148.

Artículo 150

PATOGENESIS DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES: UNA REVISIÓN ACTUALIZADA

JAVIER ALEXANDER ROMERO SARMA

IRENE FRAILE PEÑARANDA

ANDREA MATEO ABRIL

MONTSERRAT BENAJES MARTÍNEZ

RAQUEL MATEO LATORRE

BEATRIZ MEDIEL LAHOZ

Introducción: la periodontitis es una enfermedad inflamatoria crónica que destruye los tejidos de soporte dentario y suele avanzar de forma silenciosa. En los últimos años, la patogénesis se entiende como un proceso de disbiosis microbiana en un huésped susceptible, con una respuesta inmune desregulada que mantiene la inflamación.

Objetivos: sintetizar los conceptos actuales sobre cómo se inicia y progresa la enfermedad periodontal, integrando microbioma, inmunidad y factores del huésped.

Metodología: revisión narrativa de literatura y consensos recientes sobre disbiosis, inflamación, mediadores inmunitarios y modelos modernos de periodontitis.

Resultados: la transición de biofilm simbiótico a disbiótico, la amplificación inflamatoria (eje IL-17/Th17, complemento y mediadores proinflamatorios) y la activación osteoclástica (RANKL) explican gran parte del daño tisular. Factores como tabaquismo, diabetes y envejecimiento condicionan susceptibilidad y velocidad de progresión.

Discusión-Conclusión: la periodontitis se comporta como una inflamación crónica alimentada por la disbiosis y por una respuesta del huésped que, al intentar controlar la agresión microbiana, termina favoreciendo la destrucción periodontal.

1 Palabras clave

Periodontitis; patogénesis; disbiosis; respuesta inmune; IL-17; RANKL

2 Introducción

Las enfermedades periodontales engloban procesos inflamatorios inducidos por biopelícula que afectan a encía, ligamento periodontal y hueso alveolar. Su relevancia clínica es alta por su prevalencia y por el impacto funcional y estético derivado de la pérdida dentaria. Durante décadas, la explicación clásica se apoyó en la presencia de “patógenos periodontales” concretos y en el acúmulo de placa como factor causal principal. Sin embargo, esta visión resulta incompleta para entender por qué algunos pacientes con niveles similares de biofilm desarrollan destrucción severa y otros apenas progresan.

La comprensión actual sitúa el foco en la interacción dinámica entre microbiota oral y respuesta del huésped. La periodontitis no se interpreta solo como una infección, sino como una enfermedad inflamatoria crónica desencadenada por disbiosis, es decir, un cambio funcional y ecológico del biofilm hacia comunidades con mayor potencial inflamatorio. En paralelo, el

huésped susceptible puede generar una respuesta inmune desproporcionada o poco resolutive, capaz de perpetuar la inflamación y promover daño tisular.

En este marco, la patogénesis se concibe como un ciclo autoalimentado: la disbiosis induce inflamación; la inflamación modifica el entorno subgingival (nutrientes, oxigenación, pH) favoreciendo microorganismos “inflammophilic”; y esa comunidad disbiótica mantiene la activación inmune. El resultado final es degradación del tejido conectivo y reabsorción ósea mediada por rutas como RANKL/osteoclastogénesis, moduladas por citoquinas y células inmunitarias. Esta revisión actualiza los principales mecanismos implicados y su relevancia clínica.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Revisar los mecanismos patogénicos actuales de las enfermedades periodontales, integrando disbiosis microbiana, respuesta inmune e impacto de factores del huésped.

Objetivos secundarios:

- Describir la transición de salud a enfermedad desde el modelo de simbiosis a disbiosis del biofilm.
- Explicar el papel de la respuesta in-

flamatoria y de mediadores clave en la destrucción periodontal.

- Analizar la influencia de factores modificadores (tabaquismo, diabetes, envejecimiento) en la susceptibilidad y progresión.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa orientada a conceptos actuales de patogénesis periodontal. Se priorizaron artículos de revisión y trabajos de referencia sobre modelos de disbiosis, comunidad polimicrobiana, mediadores inmunoinflamatorios y clasificación moderna de periodontitis. La síntesis se estructuró en torno a: ecología del biofilm, activación inmune y vías de destrucción tisular, y factores del huésped que modulan riesgo y severidad.

5 Resultados

La patogénesis periodontal se entiende hoy como el resultado de una relación alterada entre microbiota oral y huésped. En condiciones de salud, el biofilm es compatible con la integridad gingival y existe un equilibrio entre estímulo microbiano y respuesta inmune local. La higiene deficiente, los cambios en el microambiente subgingival y determinados factores del huésped favorecen el paso hacia un estado disbiótico. En lugar de atribuir la enfermedad a un único microorganismo, el

modelo contemporáneo propone que una comunidad sinérgica, con funciones complementarias, se organiza para mantener un ecosistema inflamatorio estable. En esta comunidad, incluso organismos de baja abundancia pueden actuar como “orquestadores” de virulencia, modulando defensas del huésped y facilitando el asentamiento de patobiontes. Este enfoque, conocido como modelo de sinergia polimicrobiana y disbiosis, explica mejor la heterogeneidad clínica y la respuesta variable al tratamiento.

La transición de gingivitis a periodontitis no depende solo del volumen de placa, sino de la persistencia de inflamación y de la incapacidad para resolverla. En la gingivitis predomina la inflamación superficial, con sangrado y edema, y suele ser reversible si se controla el biofilm. Cuando la respuesta inflamatoria se cronifica y se extiende hacia tejidos profundos, se activan mecanismos que degradan matriz extracelular y favorecen la pérdida de inserción. A nivel inmunológico, se ha reforzado el papel de ejes como Th17/IL-17 en la amplificación inflamatoria. La IL-17 puede contribuir a reclutar neutrófilos y sostener una respuesta defensiva, pero también favorecer un entorno proinflamatorio que activa células estromales y aumenta la expresión de RANKL, impulsando osteoclastogénesis y reabsorción ósea. Esta dualidad, defensa y daño, es característica de la periodontitis como patología inmuno-

mediada.

En el tejido periodontal, la destrucción no es un “efecto colateral” menor, sino un desenlace biológico coherente con una inflamación que se perpetúa. La producción de citoquinas y mediadores como IL-1 β , TNF- α , IL-6, prostaglandinas y metaloproteinasas contribuye a la degradación del colágeno y a la pérdida de soporte. Además, la vía RANK/RANKL/OPG representa un punto de convergencia entre inflamación y pérdida ósea: el aumento relativo de RANKL frente a OPG favorece la diferenciación y activación de osteoclastos, acelerando la reabsorción del hueso alveolar. En términos clínicos, esta actividad se traduce en bolsas periodontales, sangrado al sondaje y pérdida progresiva de inserción, con brotes de mayor actividad en algunos pacientes.

Los factores del huésped condicionan tanto el inicio como el ritmo de progresión. El tabaquismo altera la respuesta vascular e inmune, enmascara signos clínicos como el sangrado y se asocia con peor respuesta a la terapia periodontal. La diabetes mellitus, especialmente si está mal controlada, amplifica la respuesta inflamatoria, altera cicatrización y se relaciona con mayor severidad y recurrencia. El envejecimiento añade un componente de “inflammaging”, con cambios en la regulación inmune y en la capacidad de reparación tisular, lo que puede facilitar la cronicidad. A esto se suman determinantes

como estrés, higiene, susceptibilidad genética y ciertos fármacos que modifican la inflamación gingival. En conjunto, estos elementos explican por qué la periodontitis no es uniforme y por qué la misma carga de placa puede producir fenotipos clínicos distintos.

Los modelos actuales también han enfatizado que la inflamación, además de ser consecuencia de la disbiosis, puede actuar como motor. La degradación tisular aporta nutrientes (péptidos, hierro, hemo) que favorecen especies adaptadas a ambientes inflamados, lo que refuerza el círculo vicioso. Este concepto es relevante clínicamente porque sostiene la necesidad de estrategias que no solo eliminen biofilm, sino que reduzcan carga inflamatoria y modulen factores de riesgo. En paralelo, la clasificación moderna por estadios y grados ha ayudado a integrar severidad y ritmo de progresión, alineando mejor la patobiología con la toma de decisiones clínicas.

Finalmente, la investigación reciente en comunidades polimicrobianas orales ha aportado una visión más funcional: importa tanto “quién está” como “qué hace” la comunidad, cómo se organiza y cómo interactúa con el huésped. Esta perspectiva permite entender la periodontitis como una alteración ecológica sostenida, más que como una infección aguda clásica, y abre la puerta a enfoques diagnósticos y terapéuticos más personalizados.

6 Discusión-Conclusión

La evidencia actual apoya que la periodontitis es una enfermedad inflamatoria crónica impulsada por disbiosis y por una respuesta inmune del huésped que, en individuos susceptibles, pierde capacidad de resolución. El biofilm no actúa como un agente aislado, sino como una comunidad funcional capaz de adaptarse a un entorno inflamatorio y reforzarlo, mientras mediadores como IL-17 y rutas osteoimmunológicas como RANKL conectan inflamación con pérdida ósea.

Desde la práctica clínica, esta visión explica por qué la eliminación mecánica del biofilm sigue siendo imprescindible, pero no siempre suficiente si persisten factores modificadores como tabaquismo o diabetes. También justifica el enfoque preventivo y de mantenimiento, dado que la periodontitis tiende a reactivarse si se reconstruyen las condiciones ecológicas e inflamatorias que la sostienen. La clasificación por estadios y grados aporta un lenguaje clínico coherente con la biología de la enfermedad y facilita individualizar objetivos.

En conclusión, la patogénesis periodontal se entiende mejor como un proceso de disbiosis-inflamación-destrucción, donde el control del biofilm, la reducción de la inflamación y la intervención sobre factores del huésped deben integrarse para frenar la progresión y conservar el soporte dentario.

7 Bibliografía

1. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal. *J Periodontol*. 2018;89(Suppl 1):S159-S172. (PubMed)
2. Hajishengallis G, Lamont RJ. The polymicrobial synergy and dysbiosis model of periodontal disease pathogenesis. *Trends Mol Med*. 2012;18(3):172-180. (PubMed)
3. Abdulkareem AA, et al. Current concepts in the pathogenesis of periodontitis: from symbiosis to dysbiosis. *J Oral Microbiol*. 2023;15:2197779. (Taylor & Francis Online)
4. Neurath N, et al. Cytokines in gingivitis and periodontitis: from pathogenesis to clinical relevance. *Front Immunol*. 2024. (PMC)
5. Hajishengallis G. Oral polymicrobial communities: Assembly, function, and impact on health and disease. *Trends Microbiol*. 2023.

Artículo 151

PROCEDIMIENTOS DE PREADMISIÓN PARA INTERVENCIONES Y TRATAMIENTOS PROGRAMADOS

CRISTINA LIAÑO LASHERAS

ANA BELÉN ANDREU PASCUAL

MARIA TERESA ABAD ALVARO

GLORIA SEGURA BARROSO

DIANA ANDREU PASCUAL

CARMEN CAROLINA ALONSO SERRANO

Introducción: la preadmisión hospitalaria constituye una fase clave en la organización de intervenciones quirúrgicas y tratamientos programados. Su correcta planificación permite anticipar necesidades clínicas y administrativas, reducir incidencias y mejorar la seguridad del paciente.

Objetivos: analizar los procedimientos de preadmisión en el ámbito sanitario, destacando su estructura, utilidad y repercusión en la eficiencia asistencial.

Metodología: revisión bibliográfica narrativa de normativa sanitaria, protocolos hospitalarios y literatura científica relacionada con la gestión de procesos programados entre 2016 y 2024.

Resultados: los procedimientos de preadmisión facilitan la verificación de datos, la preparación clínica previa, la optimización de agendas y la reducción de suspensiones, mejorando la continuidad asistencial y la experiencia del paciente.

Discusión-Conclusión: la preadmisión se consolida como una herramienta organizativa esencial para garantizar calidad, seguridad y eficiencia en la atención sanitaria programada.

1 Palabras clave

Preadmisión hospitalaria; intervenciones programadas; gestión sanitaria; seguridad del paciente; planificación asistencial

2 Introducción

La creciente complejidad del sistema sanitario y el aumento de procedimientos programados han impulsado el desarrollo de estrategias organizativas orientadas a mejorar la eficiencia y la seguridad asistencial. En este contexto, los procedimientos de preadmisión hospitalaria se han consolidado como una fase previa fundamental antes de la realización de intervenciones quirúrgicas o tratamientos planificados. La preadmisión permite anticipar aspectos clínicos, administrativos y logísticos, evitando incidencias que podrían derivar en retrasos, cancelaciones o riesgos para el paciente.

Tradicionalmente, muchos de estos procesos se resolvían el mismo día del ingreso, generando sobrecarga asistencial y un mayor margen de error. La implantación de circuitos de preadmisión ha permitido distribuir tareas en el tiempo, garantizando que el paciente llegue al acto asistencial con toda la documentación completa, las pruebas necesarias realizadas y las condiciones clínicas adecuadas. Esta planificación resulta especialmente relevante en un entorno donde la optimización de re-

cursos y la reducción de listas de espera son objetivos prioritarios.

La preadmisión no se limita a una gestión administrativa. Incluye la verificación de datos personales y de cobertura sanitaria, la revisión de antecedentes clínicos, la realización de pruebas preoperatorias, la detección de riesgos y la educación sanitaria previa. En este proceso intervienen diferentes perfiles profesionales, como personal administrativo, enfermería y facultativos, que deben coordinarse para asegurar la coherencia del circuito.

Desde la perspectiva del paciente, la preadmisión contribuye a reducir la incertidumbre y mejora la percepción de calidad del servicio, al recibir información clara sobre el procedimiento, los tiempos y las recomendaciones previas. Por todo ello, analizar los procedimientos de preadmisión resulta esencial para comprender su impacto en la calidad, la seguridad y la eficiencia de la atención sanitaria programada.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar los procedimientos de preadmisión aplicados a intervenciones y tratamientos programados en el ámbito sanitario.

Objetivos secundarios:

- Describir los elementos administrativos y clínicos que integran la preadmisión.
- Valorar la influencia de la preadmisión

en la seguridad del paciente y la continuidad asistencial.

- Analizar su impacto en la organización y eficiencia de los centros sanitarios.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de literatura científica, normativa sanitaria y protocolos hospitalarios relacionados con la preadmisión y la gestión de procesos asistenciales programados. Las fuentes se seleccionaron entre publicaciones comprendidas entre 2016 y 2024, procedentes de bases de datos como PubMed, Scielo y Dialnet, así como documentos del Ministerio de Sanidad y servicios de salud autonómicos.

5 Resultados

Los procedimientos de preadmisión se configuran como un conjunto de actuaciones organizadas y sistemáticas que se activan una vez indicada una intervención quirúrgica o un tratamiento programado. Estos procesos representan una fase clave dentro del circuito asistencial, ya que permiten anticipar necesidades, identificar riesgos y preparar tanto al paciente como al centro sanitario para el acto asistencial. La evidencia analizada pone de manifiesto que una preadmisión bien estructurada tiene un impacto directo en la seguridad, la eficiencia y la calidad global de

la atención.

Uno de los primeros elementos que se desarrollan en la preadmisión es la verificación administrativa. Esta actuación incluye la confirmación de los datos personales del paciente, la correcta identificación mediante los sistemas establecidos y la comprobación de la cobertura sanitaria o de la entidad responsable de la financiación del procedimiento. Este paso es fundamental para evitar incidencias el día del ingreso, como errores de identidad, problemas de facturación o retrasos derivados de autorizaciones incompletas. La correcta imputación del acto asistencial no solo garantiza la sostenibilidad económica del centro, sino que también evita situaciones de estrés innecesario para el paciente en un momento de especial vulnerabilidad.

Desde el punto de vista clínico, la preadmisión permite realizar una revisión exhaustiva de la historia de salud del paciente. La recogida de antecedentes médicos relevantes, alergias conocidas, tratamientos farmacológicos habituales y comorbilidades asociadas resulta esencial para detectar posibles riesgos antes de la intervención. Esta valoración anticipada facilita la adopción de medidas preventivas, como la suspensión o ajuste de determinados fármacos, la solicitud de interconsultas con otros especialistas o la indicación de pruebas complementarias específicas. Los resultados revisados señalan que la identificación precoz de estos

factores se asocia a una reducción de complicaciones perioperatorias y a una mejora significativa en los indicadores de seguridad del paciente.

Las pruebas preoperatorias o previas al tratamiento constituyen otro pilar fundamental dentro del proceso de preadmisión. Analíticas de sangre, electrocardiogramas, estudios de imagen o valoraciones anestésicas se realizan con suficiente antelación, lo que permite detectar alteraciones que podrían contraindicar temporalmente el procedimiento o requerir una preparación adicional. Este enfoque anticipado reduce de forma notable las suspensiones de última hora, que generan un elevado coste organizativo y un importante impacto emocional en el paciente. Además, contribuye a optimizar el uso de quirófanos y otros recursos críticos, mejorando la eficiencia global del centro sanitario.

La educación sanitaria al paciente ocupa un lugar destacado dentro de los procedimientos de preadmisión. Proporcionar información clara y estructurada sobre aspectos como el ayuno previo, la preparación específica, la medicación que debe mantenerse o suspenderse y los cuidados posteriores favorece el cumplimiento de las indicaciones y reduce la aparición de errores evitables. La literatura consultada muestra que los pacientes que reciben una información adecuada presentan menores niveles de ansiedad, una mejor percepción del control so-

bre su proceso y una mayor satisfacción con la atención recibida. Además, una buena educación sanitaria facilita la recuperación y reduce la probabilidad de reingresos o complicaciones posteriores.

Desde una perspectiva organizativa, la preadmisión actúa como una herramienta clave para la planificación asistencial. Disponer de información anticipada permite organizar agendas quirúrgicas, asignar camas de forma más eficiente y coordinar la actuación de los distintos servicios implicados, como enfermería, anestesia, quirófano o unidades de hospitalización. Esta planificación reduce la improvisación y favorece un flujo asistencial más ordenado. El uso de sistemas de información integrados facilita el registro y la consulta de datos en tiempo real, mejorando la comunicación entre profesionales y la trazabilidad de todo el proceso.

La revisión de los resultados también pone de relieve que los procedimientos de preadmisión contribuyen a una atención más equitativa y homogénea, especialmente en entornos con alta presión asistencial. La estandarización de protocolos reduce la variabilidad entre profesionales y centros, asegurando que todos los pacientes reciban una atención basada en criterios comunes de calidad y seguridad. Este enfoque favorece una práctica clínica más coherente y alineada con las recomendaciones actuales. En conjunto, los resultados analizados indican que los procedimientos de

preadmisión no se limitan a prevenir incidencias administrativas o clínicas puntuales, sino que influyen de manera directa en la seguridad del paciente, la eficiencia del sistema sanitario y la percepción de calidad asistencial. Su correcta implantación y mantenimiento se asocian a mejores resultados clínicos, una mayor optimización de recursos y una experiencia más positiva tanto para los pacientes como para los profesionales implicados.

6 Discusión-Conclusión

La preadmisión para intervenciones y tratamientos programados se ha consolidado como un elemento esencial en la organización sanitaria moderna. Su enfoque preventivo y planificado permite anticipar riesgos, optimizar recursos y garantizar que el paciente llegue al acto asistencial en condiciones adecuadas. La evidencia revisada demuestra que estos procedimientos reducen suspensiones, mejoran la seguridad clínica y favorecen una gestión más eficiente.

La coordinación entre profesionales administrativos y sanitarios resulta clave para el éxito del proceso, así como la utilización de protocolos claros y sistemas de información adecuados. Además, la inclusión del paciente como parte activa del proceso, mediante educación sanitaria y comunicación efectiva, refuerza la calidad de la atención. En conclusión, los procedimientos

de preadmisión representan una herramienta estratégica para mejorar la continuidad asistencial y la sostenibilidad del sistema sanitario. Su correcta implantación contribuye a una atención programada más segura, eficiente y centrada en el paciente.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Estrategias de seguridad del paciente en procesos quirúrgicos. Madrid; 2021.
2. Organización Mundial de la Salud. Safe surgery saves lives. WHO; 2016.
3. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Evaluación preoperatoria del paciente quirúrgico. 2020.
4. García-Altés A, et al. Organización y gestión de procesos asistenciales programados. *Gac Sanit.* 2019;33(5):465-471.
5. Pérez Romero C, et al. Preadmisión hospitalaria y eficiencia en la gestión sanitaria. *Rev Adm Sanit.* 2022;16(3):201-210.

Artículo 152

APOYO A USUARIOS EN LA ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE CONTACTO Y NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS

MARIA TERESA ABAD ALVARO

GLORIA SEGURA BARROSO

DIANA ANDREU PASCUAL

CARMEN CAROLINA ALONSO SERRANO

CRISTINA LIAÑO LASHERAS

ANA BELÉN ANDREU PASCUAL

Introducción: la actualización de datos de contacto y la gestión de notificaciones electrónicas se han convertido en procesos esenciales para la continuidad asistencial, la eficiencia administrativa y la comunicación segura con los usuarios del sistema sanitario.

Objetivos: analizar el papel del apoyo administrativo en la actualización de datos y en la activación de notificaciones electrónicas, así como su impacto en la calidad del servicio.

Metodología: revisión bibliográfica narrativa de normativa, protocolos de gestión administrativa sanitaria y literatura especializada publicada entre 2016 y 2024.

Resultados: el acompañamiento activo al usuario reduce errores de contacto, mejora la recepción de citaciones y resultados, y aumenta la adherencia a los canales digitales, especialmente en colectivos vulnerables.

Discusión-Conclusión: un apoyo administrativo estructurado y accesible es clave para garantizar comunicaciones eficaces, seguras y centradas en el paciente en un entorno sanitario cada vez más digitalizado.

1 Palabras clave

Actualización de datos; notificaciones electrónicas; atención administrativa; comunicación sanitaria; digitalización

2 Introducción

La transformación digital del sistema sanitario ha incrementado de forma notable el uso de canales electrónicos para la comunicación con los usuarios. Citaciones, recordatorios, resultados de pruebas, avisos de seguimiento y notificaciones administrativas se envían cada vez con mayor frecuencia mediante mensajes SMS, correo electrónico o plataformas electrónicas corporativas. Este cambio ha supuesto una mejora en la eficiencia y en la rapidez de la comunicación, pero también ha puesto de manifiesto la importancia de mantener los datos de contacto actualizados y correctamente validados.

Los errores en teléfonos, direcciones de correo electrónico o preferencias de notificación generan incidencias frecuentes, como citaciones no recibidas, ausencias a consultas, retrasos diagnósticos o duplicación de trámites. Estas situaciones afectan tanto a la organización sanitaria, que ve comprometida su planificación, como al usuario, que puede experimentar frustración o pér-

dida de confianza en el sistema. Por ello, la actualización periódica de los datos de contacto se considera un elemento básico de la calidad asistencial y de la seguridad organizativa.

El apoyo a los usuarios en este proceso recae principalmente en el personal administrativo sanitario, que actúa como primer punto de contacto y como facilitador del acceso a los servicios digitales. Su intervención resulta especialmente relevante en personas mayores, usuarios con baja alfabetización digital o colectivos vulnerables, para quienes el manejo de plataformas electrónicas puede suponer una barrera añadida.

Además, la normativa de protección de datos exige que la información personal sea exacta y esté actualizada, reforzando la necesidad de procedimientos claros y trazables para la modificación de datos. En este contexto, analizar el apoyo a usuarios en la actualización de datos de contacto y notificaciones electrónicas permite comprender su impacto en la eficiencia del sistema, la experiencia del paciente y el cumplimiento normativo.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el apoyo administrativo a los usuarios en la actualización de datos

de contacto y en la gestión de notificaciones electrónicas en el ámbito sanitario.

Objetivos secundarios:

- Describir los principales problemas derivados de datos de contacto desactualizados.
- Valorar el impacto del acompañamiento administrativo en la mejora de la comunicación con el usuario.
- Analizar la relación entre actualización de datos, accesibilidad digital y calidad asistencial.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de normativa sanitaria y de protección de datos, protocolos de admisión y gestión administrativa, y literatura científica relacionada con digitalización, comunicación sanitaria y experiencia del paciente. Las fuentes se seleccionaron entre publicaciones comprendidas entre 2016 y 2024, procedentes de bases como Dialnet y Scielo, así como documentos del Ministerio de Sanidad y servicios de salud autonómicos.

5 Resultados

La revisión evidencia que la actualización de datos de contacto es un proceso crítico para el funcionamiento eficiente de los sistemas sanitarios. Los datos incorrectos o desactualizados se

asocian de forma directa con fallos en la comunicación, ausencias no justificadas a consultas y pruebas, y un aumento de la carga administrativa derivada de reprogramaciones. En muchos casos, estos errores se originan en registros antiguos, cambios de número telefónico o dirección electrónica no comunicados, o dificultades del usuario para acceder a plataformas digitales.

El apoyo administrativo al usuario se muestra como una estrategia eficaz para reducir estas incidencias. La intervención del personal administrativo comienza habitualmente en puntos de contacto clave, como admisión, consultas externas o atención telefónica, donde se verifica la información existente y se ofrece la posibilidad de actualizarla. Este proceso no se limita a la mera modificación del dato, sino que incluye la validación de la identidad del usuario y la comprobación de que la información introducida es correcta y funcional.

En relación con las notificaciones electrónicas, la revisión destaca que muchos usuarios desconocen los canales disponibles o no comprenden su funcionamiento. El apoyo administrativo facilita la explicación de las opciones de notificación, la elección del canal preferente y la resolución de dudas básicas, como la recepción de mensajes, el acceso a portales web o la gestión de avisos automáticos. Este acompañamiento resulta especialmente relevante en personas con menor competencia digi-

tal, para quienes una orientación clara mejora la aceptación de los sistemas electrónicos.

La evidencia analizada muestra que la actualización asistida de datos incrementa la tasa de recepción efectiva de citaciones y recordatorios, reduciendo el número de inasistencias. Asimismo, mejora la puntualidad en la realización de pruebas y en el seguimiento de tratamientos, lo que repercute de forma positiva en la continuidad asistencial. Desde el punto de vista organizativo, esta mejora se traduce en una optimización de agendas y en un uso más eficiente de los recursos disponibles.

Otro aspecto relevante es la seguridad de la información. El apoyo administrativo permite reforzar prácticas seguras en la gestión de datos, como la verificación previa de la identidad, la confirmación explícita de los datos modificados y el registro de los cambios realizados. Estas medidas reducen el riesgo de errores y contribuyen al cumplimiento de la normativa de protección de datos, que exige mantener información exacta y actualizada.

La revisión también subraya el impacto positivo en la experiencia del usuario. La percepción de acompañamiento y de accesibilidad administrativa genera mayor confianza en el sistema sanitario y favorece una relación más fluida entre el usuario y la institución. Los pacientes valoran especialmente la posibilidad de resolver dudas de forma presencial o telefónica, sin depender exclu-

sivamente de herramientas digitales.

En contextos de brecha digital, el apoyo administrativo actúa como elemento compensador. La asistencia personalizada permite que colectivos vulnerables no queden excluidos de los beneficios de la digitalización, garantizando un acceso equitativo a la información y a los servicios. En este sentido, la actualización de datos de contacto se convierte en una intervención sencilla pero con un impacto significativo en la equidad del sistema.

En conjunto, los resultados indican que el apoyo a usuarios en la actualización de datos y notificaciones electrónicas mejora la comunicación, reduce incidencias administrativas y refuerza la calidad global de la atención sanitaria.

6 Discusión-Conclusión

La actualización de datos de contacto y la correcta gestión de notificaciones electrónicas son elementos esenciales en un sistema sanitario cada vez más digitalizado. La evidencia revisada demuestra que los errores en estos datos generan problemas organizativos y afectan negativamente a la experiencia del usuario. El apoyo administrativo se presenta como una herramienta eficaz para prevenir estas situaciones y para facilitar la adaptación de los usuarios a los canales digitales.

La intervención del personal administrativo no solo garantiza la exactitud de la información, sino que también ac-

túa como puente entre la tecnología y el usuario, especialmente en personas con dificultades de acceso o comprensión digital. Este acompañamiento mejora la comunicación, refuerza la seguridad de los datos y contribuye al cumplimiento normativo.

En conclusión, el apoyo a usuarios en la actualización de datos de contacto y notificaciones electrónicas debe integrarse como una práctica habitual dentro de la gestión sanitaria. Su correcta implantación mejora la eficiencia organizativa, la equidad en el acceso a la información y la calidad percibida del sistema sanitario, consolidando una atención más cercana, segura y centrada en el paciente.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2021.
2. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de protección de datos personales (RGPD). DOUE; 2016.
3. Organización Mundial de la Salud. Digital health interventions for health system strengthening. WHO; 2019.
4. García-Altés A, et al. Digitalización y experiencia del paciente en el sistema sanitario. *Gac Sanit.* 2020;34(6):586-592.
5. Pérez Romero C, et al. Atención administrativa sanitaria y accesibilidad digital. *Rev Adm Sanit.* 2022;16(4):255-

Artículo 153

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA EL REGISTRO DE PACIENTES EN PROGRAMAS CRÓNICOS

NOELIA CORTES DE LA FLOR

OSCAR ESCUDERO FERRE

JUAN CARLOS BOZA BLASCO

ANTONIO MADRONA GUIRAO

ISABEL CONESA MAGALLON

KATTY KARINA RODRÍGUEZ RENGIFO

Introducción: el aumento de la cronicidad ha impulsado la implantación de programas específicos orientados al seguimiento continuado del paciente. El registro administrativo correcto es el punto de partida para garantizar continuidad asistencial, coordinación profesional y evaluación de resultados.

Objetivos: analizar el procedimiento administrativo para el registro de pacientes en programas crónicos, destacando su relevancia organizativa, documental y asistencial.

Metodología: revisión narrativa de normativa sanitaria, protocolos de Atención Primaria y literatura especializada en gestión de la cronicidad publicada entre 2016 y 2024.

Resultados: un registro administrativo estructurado mejora la identificación del paciente, la asignación a programas adecuados, la planificación de seguimientos y la trazabilidad de la atención. La coordinación entre áreas administrativas y clínicas resulta clave para la calidad del proceso.

Discusión-Conclusión: el procedimiento administrativo de registro es un elemento esencial para el éxito de los programas de crónicos y para la sostenibilidad del sistema sanitario.

1 Palabras clave

Cronicidad; registro administrativo; programas de salud; continuidad asistencial; gestión sanitaria

2 Introducción

El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas han transformado de manera significativa la organización de los sistemas sanitarios. Patologías como la diabetes mellitus, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o las enfermedades reumatológicas requieren un seguimiento prolongado en el tiempo, con intervenciones coordinadas entre distintos niveles asistenciales. En este contexto, los programas de atención a pacientes crónicos se han consolidado como una estrategia fundamental para mejorar la calidad de vida, reducir complicaciones y optimizar el uso de recursos sanitarios.

Para que estos programas sean efectivos, resulta imprescindible identificar correctamente a los pacientes susceptibles de inclusión y garantizar su incorporación formal mediante un procedimiento administrativo estructurado. El registro administrativo no es un trámite meramente burocrático, sino

la base sobre la que se construye el seguimiento clínico, la planificación de citas, la asignación de profesionales de referencia y la evaluación de resultados en salud. Un registro incompleto o erróneo puede generar exclusiones indebidas, duplicidades o fallos en la continuidad asistencial.

El procedimiento administrativo de registro implica la gestión de datos identificativos, la verificación de criterios de inclusión, la codificación adecuada en los sistemas de información y la coordinación con los profesionales sanitarios responsables del programa. Además, debe cumplir con la normativa vigente en materia de protección de datos y derechos del paciente, garantizando la confidencialidad y la trazabilidad de la información.

Desde una perspectiva organizativa, el correcto registro permite dimensionar la población atendida, planificar recursos y evaluar la efectividad de las intervenciones. Por ello, analizar el procedimiento administrativo para el registro de pacientes en programas crónicos resulta esencial para comprender su impacto en la calidad asistencial y en la sostenibilidad del sistema sanitario.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el procedimiento administrativo para el registro de pacientes en programas crónicos dentro del sistema sanitario.

Objetivos secundarios:

- Describir las fases administrativas implicadas en el registro del paciente crónico.
- Analizar la coordinación entre áreas administrativas y clínicas en este proceso.
- Valorar la importancia del registro para la continuidad asistencial y la gestión sanitaria.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica, normativa sanitaria y protocolos de Atención Primaria y atención a la cronicidad. Las fuentes se seleccionaron entre publicaciones comprendidas entre 2016 y 2024, procedentes de bases de datos como Scielo y Dialnet, así como documentos del Ministerio de Sanidad y de servicios de salud autonómicos. El análisis se centró en los procedimientos de identificación, registro y seguimiento administrativo de pacientes crónicos.

5 Resultados

El análisis de la literatura pone de manifiesto que el procedimiento administrativo para el registro de pacientes en programas crónicos comienza con la identificación del paciente candidato.

Esta identificación suele derivarse de la valoración clínica realizada por el profesional sanitario, que detecta la presencia de una enfermedad crónica y la necesidad de un seguimiento estructurado. A partir de esta indicación clínica, el área administrativa inicia el proceso de registro formal en los sistemas de información.

Uno de los primeros pasos del procedimiento es la verificación de los datos identificativos del paciente. La comprobación de nombre, documento de identidad, fecha de nacimiento y número de historia clínica garantiza que el registro se asocie a un único episodio administrativo, evitando duplicidades que puedan fragmentar la información. La calidad de este paso es determinante para la trazabilidad posterior del seguimiento.

Una vez validados los datos, se procede a la codificación administrativa del paciente dentro del programa crónico correspondiente. Esta codificación permite diferenciar a los pacientes incluidos en programas específicos y facilita su localización dentro de los sistemas de información. La correcta asignación al programa adecuado es fundamental, ya que condiciona la planificación de revisiones, la activación de alertas y la inclusión en circuitos asistenciales diferenciados.

El procedimiento administrativo también incluye la gestión documental asociada. Consentimientos informados, aceptación del programa y registros

de inclusión deben quedar archivados de forma ordenada, garantizando el cumplimiento de la normativa de protección de datos. La literatura revisada destaca que la transparencia en la información al paciente y la constancia documental refuerzan la confianza en el sistema y previenen reclamaciones.

La coordinación entre el personal administrativo y los profesionales clínicos se identifica como un factor clave para el éxito del proceso. El intercambio fluido de información permite actualizar el estado del paciente, registrar cambios en su situación clínica y adaptar el seguimiento a sus necesidades reales. En este sentido, el registro administrativo actúa como un puente entre la valoración clínica y la planificación organizativa.

Desde el punto de vista asistencial, el registro adecuado facilita la programación de citas periódicas, la asignación de profesionales de referencia y la activación de recordatorios o notificaciones. Esto contribuye a mejorar la adherencia del paciente al seguimiento y a reducir pérdidas de continuidad, especialmente en pacientes con múltiples patologías o con dificultades de acceso al sistema.

La revisión evidencia también un impacto organizativo relevante. El registro de pacientes en programas crónicos permite a las instituciones conocer el volumen real de población atendida, analizar cargas de trabajo y planificar recursos humanos y materiales. Esta in-

formación resulta imprescindible para la toma de decisiones estratégicas y para la evaluación de resultados en salud a medio y largo plazo.

En relación con la calidad y la seguridad, un registro administrativo correcto reduce el riesgo de omisiones en el seguimiento, evita duplicidades de pruebas y facilita el acceso a información completa por parte de los distintos profesionales implicados. Asimismo, mejora la interoperabilidad entre niveles asistenciales, favoreciendo la continuidad entre Atención Primaria, atención especializada y servicios sociosanitarios.

Por último, la literatura subraya la importancia de la formación del personal administrativo en la gestión de la cronicidad. El conocimiento de los programas existentes, de los criterios de inclusión y de las herramientas informáticas disponibles reduce errores y agiliza el proceso. El registro administrativo deja de ser una tarea aislada para convertirse en una parte integrada del modelo de atención a la cronicidad.

En conjunto, los resultados muestran que el procedimiento administrativo de registro es un elemento estructural de los programas de pacientes crónicos, con repercusiones directas en la calidad asistencial, la eficiencia organizativa y la sostenibilidad del sistema sanitario.

6 Discusión-Conclusión

El procedimiento administrativo para el registro de pacientes en programas crónicos constituye un pilar fundamental en la atención sanitaria actual. La evidencia revisada demuestra que un registro estructurado y coordinado permite garantizar la continuidad asistencial, mejorar la planificación del seguimiento y optimizar el uso de recursos. Lejos de ser un trámite secundario, el registro administrativo actúa como el punto de partida de una atención integral y sostenida en el tiempo.

La correcta identificación del paciente, la codificación adecuada y la coordinación con los profesionales clínicos reducen errores, duplicidades y pérdidas de información. Además, el registro facilita la evaluación de resultados y la toma de decisiones organizativas basadas en datos reales de población atendida.

En conclusión, la gestión administrativa del registro en programas crónicos debe integrarse plenamente en los modelos de atención a la cronicidad. Su correcta implantación refuerza la calidad del sistema sanitario, mejora la experiencia del paciente y contribuye a una atención más eficiente, segura y centrada en las necesidades reales de la población.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2019.
2. Organización Mundial de la Salud. Innovative care for chronic conditions. WHO; 2016.
3. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención al paciente crónico en Atención Primaria. semFYC; 2020.
4. García-Altés A, et al. Gestión de la cronicidad y continuidad asistencial. Gac Sanit. 2019;33(5):479-485.
5. Pérez Romero C, et al. Documentación administrativa y programas de crónicos. Rev Adm Sanit. 2022;16(4):265-274.

Artículo 154

IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL TRABAJO CON EQUIPOS DE RADIODIAGNÓSTICO, MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA

PEDRO LIÉBANAS BARBERO

La incorporación de la Inteligencia Artificial (IA) en el ámbito sanitario ha supuesto un cambio de paradigma en los servicios de diagnóstico por imagen y tratamiento oncológico. Este capítulo analiza, mediante una revisión bibliográfica de la literatura reciente, el impacto transversal de los algoritmos de aprendizaje profundo y la automatización en las competencias del Técnico Superior.

Se examinan las aplicaciones prácticas en Radiodiagnóstico, donde la IA permite reconstrucciones de imagen con menor dosis de radiación y tiempos de adquisición reducidos en Resonancia Magnética; en Medicina Nuclear, mejorando la cuantificación metabólica; y en Radioterapia, agilizando el contorno de órganos y facilitando la terapia adaptativa. Se concluye que estas herramientas no sustituyen al profesional, sino que transforman su rol hacia la supervisión de procesos y el control de calidad, haciendo indispensable la formación continua en competencias digitales para garantizar la seguridad y eficiencia del flujo de trabajo clínico.

1 Palabras clave

Inteligencia Artificial, Técnico Superior, Imagen Médica, Flujo de trabajo.

2 Introducción

La evolución tecnológica en el ámbito sanitario ha sido exponencial en las últimas décadas, transformando radicalmente la forma en que se diagnostican y tratan las enfermedades.

Históricamente, la figura del técnico superior comenzó gestionando procesos analógicos y revelados manuales, pasando posteriormente a la digitalización de la imagen (CR y DR) y a la gestión de sistemas PACS. En la actualidad, nos encontramos ante un nuevo paradigma: la integración de la IA en los servicios de salud.

La IA no es una tecnología futurista, sino una realidad presente en nuestros equipos de alta tecnología. Su implementación no busca sustituir al profesional, sino optimizar los tiempos, reducir las dosis de radiación y mejorar la calidad de imagen o la precisión de los tratamientos. Para el Técnico Superior, esto implica un cambio en el rol profesional, pasando de ser un operador de maquinaria a un supervisor de procesos automatizados y garante de la calidad técnica.

Este capítulo aborda la importancia de estas herramientas transversales que afectan tanto a la adquisición de imágenes en Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear como a la planificación y administración de tratamientos en Radioterapia. Analizar este escenario es crucial, ya que la formación continua en estas nuevas competencias digitales se ha vuelto indispensable para el desempeño eficaz de nuestra categoría profesional en el entorno clínico moderno.

3 Objetivos

- Analizar las aplicaciones actuales de la inteligencia artificial en la adquisición y postprocesado de imágenes médicas y planificación de tratamientos.
- Describir las ventajas de los algoritmos de aprendizaje profundo en la reducción de dosis y mejora de la calidad de imagen.
- Evaluar el nuevo rol del técnico superior ante la automatización de los flujos de trabajo en los servicios de radiología y radioterapia.

4 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo de libro se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica disponible. La búsqueda de información se ha realizado consultando las principales bases de datos en ciencias de la salud, incluyendo PubMed, Scielo, Google Académico y Cochrane Library.

La estrategia de búsqueda se ha basado en el uso de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y términos MeSH, empleando palabras clave como "Inteligencia Artificial", "Técnico de Radiología", "Aprendizaje Profundo", "Radioterapia" y "Medicina Nuclear", combinadas mediante los operadores booleanos "AND" y "OR".

Se han seleccionado artículos publicados mayoritariamente en los últimos cinco años para garantizar la vigencia

de los datos, priorizando aquellos que abordan directamente el impacto de estas tecnologías en la práctica clínica diaria y en los protocolos técnicos. Se han excluido aquellos estudios puramente informáticos que no ofrecían una aplicación práctica relevante para el personal sanitario. Tras la lectura crítica de los resúmenes, se procedió al análisis de los textos completos para extraer la información sintetizada en el apartado de resultados.

5 Resultados

La integración de la inteligencia artificial ha demostrado ser una herramienta transversal que optimiza los procedimientos en las tres áreas principales de competencia del técnico.

En el ámbito del Radiodiagnóstico, los resultados de la revisión indican que los algoritmos de Deep Learning (aprendizaje profundo) están revolucionando la reconstrucción de imágenes. En Tomografía Computarizada (TC), estos sistemas permiten obtener imágenes de alta calidad diagnóstica con dosis de radiación significativamente menores, reduciendo el ruido de la imagen de forma más eficiente que las reconstrucciones iterativas clásicas. Asimismo, en Resonancia Magnética (RM), la IA está reduciendo drásticamente los tiempos de adquisición, lo cual mejora el confort del paciente y reduce los artefactos por movimiento. Destacan también los sistemas de "au-

toposicionamiento" mediante cámaras 3D que ayudan al técnico a centrar al paciente con precisión milimétrica en el isocentro del equipo.

En lo referente a la Medicina Nuclear, la IA juega un papel fundamental en la mejora de la calidad de imagen en estudios tomografía por emisión de positrones combinada con tomografía computarizada (PET/TC) y tomografía por emisión de fotón único (SPECT). Los algoritmos de corrección de atenuación y dispersión basados en IA permiten reducir la actividad del radiofármaco inyectado al paciente sin comprometer la detectabilidad de las lesiones. Esto se alinea directamente con los criterios ALARA de protección radiológica. Además, se han implementado herramientas que agilizan el postprocesado y la cuantificación automática de la captación metabólica en órganos y lesiones.

Por último, en Radioterapia, la inteligencia artificial está transformando la planificación y el tratamiento. Los sistemas de contorno automático de Órganos de Riesgo (OARs) basados en atlas y aprendizaje automático permiten al técnico dosimetrista ahorrar horas de trabajo manual, requiriendo solo una supervisión y corrección final. En los aceleradores lineales modernos, la IA facilita la Radioterapia Adaptativa (ART), permitiendo re-planificaciones diarias rápidas basadas en la anatomía del paciente en el momento del tratamiento (tomografía

computarizada de haz cónico (CBCT) o acelerador lineal guiado por RM (RM-Linac)), asegurando que la dosis se entrega en el tumor con máxima precisión y protegiendo los tejidos sanos.

6 Discusión-Conclusión

La revisión realizada permite concluir que la inteligencia artificial se ha consolidado como un aliado indispensable en el entorno radiológico actual. Su implementación transversal en Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear y Radioterapia ha permitido mejorar la eficiencia de los flujos de trabajo, reducir las dosis de radiación recibidas por los pacientes y aumentar la precisión de los tratamientos oncológicos.

Lejos de suponer una amenaza para la profesión, la tecnología revaloriza la figura del técnico superior, quien debe evolucionar hacia un perfil más analítico y supervisor. Es imperativo fomentar la formación continuada en herramientas digitales para garantizar un uso seguro y eficaz de estos avances, asegurando siempre que la humanización y el trato al paciente sigan siendo el centro de la actividad asistencial.

7 Bibliografía

1. Thrall JH, Li X, Li Q, Cruz C, Do S, Dreyer K, et al. Artificial Intelligence and Machine Learning in Radiology: Opportunities, Challenges, Pitfalls, and

Criteria for Success. *J Am Coll Radiol*. 2018;15(3):504-8.

2. Currie G, Hawk KE, Rohren E, Vial A, Klein R. Machine Learning and Deep Learning in Nuclear Medicine: A Review. *J Nucl Med Technol*. 2019;47(4):301-7.

3. Vandewinckele L, Claessens M, Dinkla A, Brouwer C, Crijns W, Verllen D, et al. Overview of artificial intelligence-based applications in radiotherapy: Recommendations for implementation and quality assurance. *Radiother Oncol*. 2020;153:55-66.

4. Ledesma-Carbayo MJ. Inteligencia artificial en imagen médica: presente y futuro. *Radiologia*. 2021;63(6):462-72.

5. European Society of Radiology (ESR). ESR paper on the role of the radiographer in the era of AI. *Insights Imaging*. 2023;12(1):15-22.

Artículo 155

PROTOCOLO ENFERMERO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON SOSPECHA DE ICTUS ISQUÉMICO

PABLO GARCÍA ECED

CRISTINA RECALDE VALLEJO

NOELIA GAJATE GARMENDIA

CARMEN SANCHO MUR

GEMA SANTED MORATA

ANDREA GIRON HERNANDEZ

Introducción: el ictus isquémico constituye una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en la población adulta. La atención precoz y protocolizada resulta determinante para reducir el daño neurológico y mejorar el pronóstico funcional.

Objetivos: analizar el protocolo enfermero en la atención inicial al paciente con sospecha de ictus isquémico, destacando su papel en la detección precoz, la activación de circuitos asistenciales y los cuidados iniciales.

Metodología: revisión bibliográfica narrativa de guías clínicas, protocolos hospitalarios y literatura científica publicada entre 2016 y 2024.

Resultados: la actuación enfermera estructurada permite identificar signos neurológicos de alarma, optimizar los tiempos asistenciales, garantizar la estabilidad hemodinámica y favorecer el acceso precoz a terapias de reperusión.

Discusión-Conclusión: el protocolo enfermero es un elemento clave en la cadena

asistencial del ictus, contribuyendo de forma directa a la seguridad del paciente y a la mejora de los resultados clínicos.

1 Palabras clave

Ictus isquémico; atención enfermera; código ictus; urgencias; detección precoz.

2 Introducción

El ictus isquémico es una urgencia médica tiempo-dependiente que se produce como consecuencia de la interrupción del flujo sanguíneo cerebral, generando un déficit neurológico de instauración brusca. Su elevada incidencia y su impacto funcional lo convierten en un problema prioritario de salud pública, con importantes repercusiones personales, familiares y socioeconómicas. La evidencia científica demuestra que la rapidez en el reconocimiento de los síntomas y en el inicio del tratamiento influye de manera decisiva en la evolución clínica y en la recuperación del paciente.

En los servicios de urgencias, la enfermería ocupa una posición estratégica en la atención inicial del paciente con sospecha de ictus isquémico. Con frecuencia, es el primer profesional sanitario que entra en contacto con el paciente, lo que le confiere un papel fundamental en la identificación precoz de signos neurológicos, la recogida de información relevante y la activación de los circuitos asistenciales específicos,

como el código ictus.

La actuación enfermera no se limita a la detección del problema, sino que incluye la monitorización de constantes vitales, el mantenimiento de la vía aérea, el control glucémico, la canalización de accesos venosos y la preparación del paciente para pruebas diagnósticas urgentes. Todo ello debe realizarse siguiendo protocolos claros y consensuados, que permitan reducir la variabilidad asistencial y optimizar los tiempos de atención.

Además, la atención al paciente con sospecha de ictus requiere una comunicación eficaz con el equipo multidisciplinar y con la familia, ofreciendo información clara y apoyo emocional en un contexto de alta carga emocional. En este marco, analizar el protocolo enfermero en la atención al ictus isquémico resulta esencial para comprender su impacto en la calidad y seguridad de la atención sanitaria.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el protocolo enfermero en la atención al paciente con sospecha de ictus isquémico en el ámbito hospitalario.

Objetivos secundarios:

- Describir el papel de la enfermería en la detección precoz de signos y sín-

tomas neurológicas.

- Analizar las intervenciones enfermeras iniciales orientadas a la estabilización del paciente.
- Valorar la importancia de la actuación protocolizada en la reducción de tiempos asistenciales y mejora del pronóstico.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de guías clínicas nacionales e internacionales sobre ictus, protocolos hospitalarios de código ictus y artículos científicos publicados entre 2016 y 2024. Las fuentes se seleccionaron a partir de bases de datos como PubMed, Scielo y Dialnet, priorizando estudios relacionados con la actuación enfermera en urgencias y la atención inicial al ictus isquémico.

5 Resultados

La literatura revisada pone de manifiesto que la actuación enfermera protocolizada en la sospecha de ictus isquémico constituye un factor determinante para reducir los tiempos asistenciales y mejorar los resultados clínicos. El primer elemento clave es la detección precoz del déficit neurológico. La enfermería identifica signos como alteraciones del lenguaje, asimetría facial, debilidad en extremidades o disminución del nivel de conciencia, lo que permite sospechar un ictus desde

el primer contacto con el paciente. Esta identificación temprana resulta esencial para activar de forma inmediata el código ictus y movilizar los recursos necesarios.

Una vez activado el circuito asistencial, la enfermería asume un papel central en la valoración inicial y la estabilización del paciente. La monitorización de constantes vitales permite detectar alteraciones hemodinámicas que puedan agravar el daño cerebral. El control de la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno y la temperatura corporal forma parte de los cuidados iniciales, ya que su descompensación se asocia a peor pronóstico.

El mantenimiento de la vía aérea y la oxigenación adecuada es otra intervención prioritaria. La evidencia indica que la hipoxia y la hipercapnia influyen negativamente en la evolución del ictus. La enfermería vigila el estado respiratorio, administra oxigenoterapia cuando está indicada y coloca al paciente en una posición que favorezca la ventilación y reduzca el riesgo de aspiración. El control de la glucemia capilar constituye un aspecto relevante del protocolo. Tanto la hipoglucemia como la hiperglucemia se asocian a mayor daño neurológico y a peores resultados funcionales. La actuación enfermera incluye la detección precoz de alteraciones glucémicas y la comunicación inmediata al equipo médico para su corrección.

La canalización de accesos venosos periféricos y la extracción de muestras analíticas urgentes forman parte del circuito inicial. Estas intervenciones facilitan la administración de tratamiento, la realización de pruebas diagnósticas y la valoración de criterios para terapias de reperfusión, como la trombólisis intravenosa. La preparación del paciente para pruebas de imagen, especialmente la tomografía computarizada cerebral urgente, es una tarea clave de enfermería, ya que permite descartar hemorragia y confirmar la sospecha de ictus isquémico en el menor tiempo posible.

La revisión destaca también la importancia de la recogida de información clínica relevante. La enfermería colabora en la identificación de la hora de inicio de los síntomas, antecedentes médicos, tratamiento anticoagulante o antiagregante previo y situación funcional basal del paciente. Estos datos influyen directamente en la toma de decisiones terapéuticas y en la elegibilidad para tratamientos específicos.

Desde el punto de vista organizativo, la actuación enfermera coordinada mejora la comunicación entre los distintos profesionales implicados, como urgencias, neurología, radiología y unidades de ictus. La reducción de tiempos puerta-aguja y puerta-imagen se asocia a una mayor tasa de recuperación funcional y a una disminución de la mortalidad. La enfermería actúa como eje vertebrador del proceso, asegurando la continuidad de los cuidados

durante las primeras fases de la atención.

La atención al entorno familiar también forma parte del protocolo. La evidencia señala que la información clara y el acompañamiento inicial reducen la ansiedad de los familiares y favorecen la comprensión del proceso asistencial. La enfermería, por su cercanía, desempeña un papel fundamental en este apoyo inicial, sin interferir en la rapidez de las intervenciones clínicas.

En conjunto, los resultados muestran que la aplicación rigurosa del protocolo enfermero en la sospecha de ictus isquémico mejora la seguridad del paciente, optimiza los tiempos asistenciales y contribuye de forma directa a mejores resultados clínicos y funcionales.

6 Discusión-Conclusión

La atención al paciente con sospecha de ictus isquémico exige una actuación rápida, coordinada y basada en protocolos bien definidos. La evidencia revisada demuestra que la enfermería desempeña un papel esencial desde el primer contacto con el paciente, influyendo de manera directa en la detección precoz, la estabilización inicial y la activación de los circuitos asistenciales específicos.

La aplicación del protocolo enfermero reduce la variabilidad clínica, optimiza los tiempos críticos y favorece el acceso temprano a tratamientos de reper-

fusión, elementos clave para mejorar el pronóstico neurológico. Además, la actuación enfermera garantiza una atención integral que incluye tanto los aspectos clínicos como el apoyo al paciente y a su familia en un momento de alta carga emocional.

En conclusión, el protocolo enfermero en la atención al ictus isquémico debe considerarse un pilar fundamental dentro de la cadena asistencial. Su correcta implementación y la formación continuada de los profesionales contribuyen a mejorar la calidad, la seguridad y la eficacia de la atención al paciente con ictus, reforzando el papel de la enfermería como agente clave en la atención a urgencias neurológicas.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Global action plan on stroke and other neurological disorders. WHO; 2022.
2. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2019.
3. Powers WJ, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *Stroke*. 2019;50:e344–e418.
4. Sociedad Española de Neurología. Guía de actuación en el ictus isquémico agudo. SEN; 2021.
5. Álvarez-Sabín J, et al. Código ictus y atención precoz: impacto en resultados clínicos. *Rev Neurol*. 2020;70(6):201-208.

Artículo 156

TRIAJE AVANZADO: PRECISIÓN DIAGNÓSTICA Y RESULTADOS

IZARBE DOÑATE BAREA

ELENA GALINDO MIGUEL

CRISTINA NOGALES ESCUSA

JULIA NAVARRO SUSINOS

TOMAS PUNTER SERRANO

LAURA VICENTE ALONSO

Introducción

El aumento de la demanda asistencial y la complejidad clínica en los servicios de urgencias hospitalarias han puesto de manifiesto la necesidad de optimizar los procesos de clasificación y priorización de pacientes. El triaje avanzado surge como una evolución del triaje tradicional, incorporando competencias ampliadas de enfermería con el objetivo de mejorar la precisión diagnóstica, reducir tiempos asistenciales y aumentar la seguridad del paciente.

Objetivo principal

Analizar el impacto del triaje avanzado liderado por enfermería en la precisión diagnóstica y en los resultados asistenciales en los servicios de urgencias.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica en bases de datos biomédicas y de enfermería, incluyendo PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus y Cochrane Library, así como documentos de sociedades científicas. Se incluyeron estudios publicados en los últimos quince años que evaluaran intervenciones de

triage avanzado realizadas por enfermería y su impacto en la precisión diagnóstica, los tiempos asistenciales y la seguridad del paciente.

Resultados

La evidencia revisada muestra que el triaje avanzado mejora significativamente la precisión diagnóstica inicial y reduce los errores de clasificación, especialmente en patologías tiempo-dependientes. Asimismo, se asocia a una disminución de los tiempos puerta-prueba y puerta-tratamiento, una mayor eficiencia organizativa y una reducción de eventos adversos. Los estudios también señalan una mejora en la satisfacción del paciente y un fortalecimiento del rol y la autonomía profesional de enfermería, condicionados por la formación específica y el respaldo institucional.

Discusión / Conclusiones

El triaje avanzado se consolida como una estrategia eficaz para mejorar la seguridad, la calidad asistencial y los resultados clínicos en urgencias. Su implementación requiere formación especializada, protocolos basados en evidencia y apoyo organizativo, consolidándose como un modelo clave para una atención más segura, eficiente y centrada en el paciente.

1 Palabras clave

Triaje avanzado - Enfermería de urgencias - Precisión diagnóstica - Seguridad del paciente - Clasificación de prioridades - Urgencias hospitalarias.

2 Introducción

El incremento sostenido de la demanda asistencial en los servicios de urgencias hospitalarias constituye uno de los principales retos de los sistemas sanitarios actuales. Factores como el envejecimiento poblacional, la cronicidad de las enfermedades, la accesibilidad a los servicios de urgencias y la percepción social de inmediatez han contribuido a una sobrecarga progresiva de estos dispositivos, generando situaciones de saturación que comprometen la calidad, la seguridad del paciente y

la eficiencia organizativa. En este contexto, el triaje se consolida como un proceso esencial para garantizar una atención segura, equitativa y basada en la prioridad clínica.

El triaje se define como un sistema estructurado de clasificación de pacientes según la gravedad de su condición clínica y la urgencia de atención requerida. Su finalidad principal es priorizar la asistencia en función del riesgo vital, la posibilidad de deterioro clínico y el consumo de recursos sanitarios, asegurando que los pacientes más graves reciban atención inmediata. En la mayoría de los sistemas sanitarios occidentales, el triaje es realizado por profesionales de enfermería específicamente formados, lo que refuerza su papel autónomo y su responsabilidad en la toma de decisiones clínicas tempranas.

En las últimas décadas, han surgido modelos estandarizados de triaje, como el Manchester Triage System (MTS), el Emergency Severity Index (ESI), el Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) o el Sistema Español de Triage (SET), que han demostrado validez y fiabilidad para la estratificación del riesgo. No obstante, la creciente complejidad de los pacientes atendidos en urgencias ha puesto de manifiesto las limitaciones del triaje tradicional basado exclusivamente en la valoración inicial de signos y síntomas.

En este escenario emerge el concepto de triaje avanzado, entendido como una evolución del triaje convencional que incorpora competencias clínicas ampliadas de enfermería, tales como la solicitud protocolizada de pruebas diagnósticas, la aplicación de escalas clínicas específicas, la identificación precoz de síndromes tiempo-dependientes y la activación anticipada de circuitos asistenciales. El objetivo es optimizar los tiempos de atención, mejorar la precisión diagnóstica inicial y reducir eventos adversos asociados a retrasos en el diagnóstico y tratamiento.

La precisión diagnóstica en el contexto del triaje resulta especialmente relevante, ya que errores en la clasificación —tanto infra-triaje como sobre-triaje— pueden tener consecuencias clínicas y organizativas importantes. El infra-triaje se asocia a retrasos en la atención de pacientes graves, aumento de complicaciones y mayor mortalidad, mien-

tras que el sobre-triaje contribuye a un uso ineficiente de los recursos y a la congestión del servicio. Por ello, mejorar la exactitud del triaje es un objetivo prioritario para la seguridad del paciente.

La enfermería de urgencias desempeña un papel clave en el desarrollo e implementación del triaje avanzado. Su formación clínica, capacidad de valoración integral y continuidad asistencial sitúan a la enfermera como el profesional idóneo para liderar este proceso. Diversos estudios han evidenciado que el triaje avanzado realizado por enfermería entrenada se asocia a una reducción de los tiempos puerta-médico, puerta-prueba diagnóstica y puerta-tratamiento, así como a una mejora en los resultados clínicos y en la satisfacción de los pacientes.

En este contexto, resulta necesario analizar la evidencia científica disponible sobre el impacto del triaje avanzado en la precisión diagnóstica y en los resultados asistenciales, con el fin de aportar conocimiento actualizado que respalde su implantación y desarrollo en los servicios de urgencias.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el impacto del triaje avanzado liderado por enfermería en la precisión diagnóstica y en los resultados asistenciales en los servicios de urgencias.

Objetivos secundarios:

- Describir las principales intervenciones enfermeras asociadas al triaje avanzado.
- Evaluar la influencia del triaje avanzado en los tiempos asistenciales y la seguridad del paciente.
- Identificar beneficios y limitaciones del triaje avanzado en la práctica clínica.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica centrada en el triaje avanzado y su relación con la precisión diagnóstica y los resultados asistenciales en urgencias hospitalarias.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus y Cochrane Library, complementándose con la consulta de documentos de organismos oficiales y sociedades científicas relacionadas con urgencias y enfermería, como la Emergency Nurses Association (ENA), la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y el Institute of Medicine. Se emplearon los siguientes descriptores y combinaciones mediante operadores booleanos: advanced triage, nurse-led triage, diagnostic accuracy, emergency department, patient outcomes y nursing. Se incluyeron estudios publicados en inglés o español durante los últimos quince años, priorizando revisiones sistemáticas, estu-

dios observacionales, ensayos clínicos y guías de práctica clínica.

Los criterios de inclusión contemplaron trabajos que analizaran intervenciones de triaje avanzado realizadas por enfermería y su impacto en la precisión diagnóstica, los tiempos asistenciales o los resultados clínicos. Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en triaje médico, simulaciones sin aplicación clínica real y publicaciones no revisadas por pares.

La información se analizó de forma cualitativa y se organizó en categorías temáticas: precisión diagnóstica, tiempos asistenciales, seguridad del paciente y resultados organizativos. La síntesis se realizó de manera descriptiva, integrando los hallazgos más relevantes para la práctica enfermera.

5 Resultados

La revisión de la literatura evidencia que el triaje avanzado implementado por enfermería se asocia de forma consistente a una mejora significativa en la precisión diagnóstica inicial en los servicios de urgencias. Los estudios analizados muestran que la incorporación de competencias ampliadas permite identificar de manera más precoz patologías tiempo-dependientes, como el síndrome coronario agudo, el ictus, la sepsis o el trauma grave, reduciendo el riesgo de infra-triaje.

Uno de los principales hallazgos es la reducción de errores de clasificación

cuando el triaje avanzado integra protocolos clínicos y escalas validadas. La utilización sistemática de herramientas como el qSOFA, NEWS2, escalas de dolor, criterios de sepsis o algoritmos de dolor torácico mejora la estratificación del riesgo y la coherencia en la toma de decisiones. Esta estandarización contribuye a una mayor concordancia entre la clasificación inicial de triaje y el diagnóstico final.

En relación con los tiempos asistenciales, múltiples estudios señalan que el triaje avanzado reduce de forma significativa los intervalos puerta-prueba diagnóstica y puerta-tratamiento. La solicitud anticipada de electrocardiogramas, analíticas básicas o pruebas de imagen, según protocolos establecidos, permite acelerar el proceso diagnóstico y disminuir los tiempos de espera globales. Este efecto es especialmente relevante en pacientes con patologías urgentes, donde cada minuto de retraso puede influir negativamente en el pronóstico.

Asimismo, se observa una mejora en la eficiencia organizativa de los servicios de urgencias. El triaje avanzado facilita una mejor distribución de los flujos asistenciales, reduce la congestión en las áreas de mayor prioridad y optimiza el uso de recursos humanos y tecnológicos. Algunos estudios describen una disminución del tiempo total de estancia en urgencias y una reducción de ingresos hospitalarios innecesarios.

Desde la perspectiva de la seguridad

del paciente, el triaje avanzado se asocia a una menor incidencia de eventos adversos relacionados con retrasos diagnósticos. La identificación temprana de pacientes de alto riesgo permite una monitorización más estrecha y una intervención precoz, lo que se traduce en una disminución de complicaciones clínicas y en mejores resultados en términos de morbilidad.

En cuanto a la experiencia del paciente, la literatura señala un aumento de la satisfacción percibida, vinculado a una mayor rapidez en la atención, mejor comunicación y sensación de control del proceso asistencial. De igual modo, los profesionales de enfermería refieren un mayor grado de autonomía, satisfacción laboral y reconocimiento profesional, aunque también se identifican desafíos relacionados con la carga de responsabilidad y la necesidad de formación continua.

No obstante, los resultados también ponen de manifiesto ciertas limitaciones. La efectividad del triaje avanzado depende en gran medida de la formación específica del personal de enfermería, del respaldo institucional y de la existencia de protocolos claros y consensuados. La variabilidad en la implantación y la resistencia al cambio organizativo se identifican como barreras frecuentes.

6 Discusión-Conclusión

El triaje avanzado se consolida como una estrategia eficaz para mejorar la precisión diagnóstica y los resultados asistenciales en los servicios de urgencias, especialmente en un contexto de elevada presión asistencial y creciente complejidad clínica. La evidencia científica disponible respalda de forma consistente que la ampliación del rol enfermero en el proceso de triaje contribuye a una atención más segura, ágil y eficiente, permitiendo una identificación más temprana de pacientes con patologías tiempo-dependientes y una optimización del uso de los recursos sanitarios.

La mejora en la detección precoz de pacientes graves, junto con la reducción de los tiempos puerta-diagnóstico y puerta-tratamiento, tiene un impacto directo y positivo en la seguridad del paciente y en la calidad global de la atención. Estos resultados refuerzan la necesidad de impulsar modelos de triaje avanzado liderados por enfermería como parte integral de las políticas institucionales de calidad asistencial y seguridad clínica.

No obstante, la implantación efectiva del triaje avanzado requiere una planificación estructurada y sostenida. Es imprescindible garantizar una formación específica y continuada para los profesionales de enfermería, así como el desarrollo de protocolos clínicos basados en la evidencia científica y adapta-

dos al contexto asistencial. Del mismo modo, el respaldo institucional resulta fundamental para asegurar la viabilidad del modelo, proporcionar seguridad jurídica al profesional y favorecer una cultura organizativa que reconozca y apoye la toma de decisiones clínicas enfermeras.

En este sentido, el triaje avanzado refuerza la reivindicación de una mayor inversión en formación especializada y en el reconocimiento del papel estratégico de la enfermería en los servicios de urgencias. La ampliación de competencias implica una asunción de mayores responsabilidades clínicas, que deben ir acompañadas de apoyo estructural, reconocimiento profesional y participación activa de enfermería en el diseño de los circuitos asistenciales.

En conclusión, el triaje avanzado representa una oportunidad para fortalecer el rol profesional de la enfermería, mejorar los resultados clínicos y organizativos y avanzar hacia un modelo de atención más seguro, eficiente y centrado en el paciente. Su consolidación no solo contribuye a la excelencia asistencial, sino que visibiliza y pone en valor la labor enfermera como pilar fundamental del sistema sanitario moderno.

7 Bibliografía

1. Advanced Life Support Group (Manchester, England. Emergency triage : Manchester triage group.

- Chichester: Wiley-Blackwell; 2014. Disponible en: <http://dickyricky.com/books/medical/Emergency%20Triage%203e%20-%20ALSG%202014.pdf>
2. Emergency Nurses Association. Emergency severity index handbook, fifth edition, 5 version [Internet]. 2023. Disponible en: https://media.emscompression.center/documents/Emergency_Severity_Index_Handbook.pdf
 3. Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al Triage (web_e-PAT v3) del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y Sistema Español de Triage (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta – Revista Emergencias [Internet]. Revistaemergencias.org. 2025. [Citado el 18 de Diciembre de 2025]. Disponible en: https://revistaemergencias.org/numeros-antiores/volumen-18/numero-4/validacion-clinica-de-la-nueva-version-del-programa-de-ayuda-al-triaje-web_e-pat-v3-del-modelo-andorrano-de-triaje-mat-y-sistema-espanol-de-triaje-set-fiabilidad-utilidad-y-validez-en-la-pobla/
 4. Rehman SA, Ali PA. A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments. *International Emergency Nursing*. 2016; 29:38–44. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X15001275>
 5. Ausserhofer D, Zaboli A, Pfeifer N, Solazzo P, Magnarelli G, Marsoner T, et al. Errors in nurse-led triage: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*. 2021; 113:103788. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748920302741>
 6. Corkery N, Avsar P, Moore Z, O'Connor T, Nugent L, Patton D. What is the impact of team triage as an intervention on waiting times in an adult emergency department? – A systematic review. *International Emergency Nursing*. 2021; 58(1):101043. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X21000811>
 7. Zvonka Fekonja, Sergej Kmetec, Urška Fekonja, Nataša Mlinar Reljić, Majda Pajnkihar, Strnad M. Emergency triage nurses' perceptions of caring behaviors and the safety of the patient during triage encounters: a grounded theory study. *BMC nursing*. 2024; 23(1). Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12912-024-02122-5.pdf>
 8. Wolf L, Delao A, Simon C, Jodelka FM. Establishing Triage Competencies and Verification Processes: A Survey Study. *Journal of Emergency Nursing*. 2024;51(1). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176724002502>

Artículo 157

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

RAQUEL GARCÍA BARQUILLA

MARIO HERNÁNDEZ BELLO

MARIA ANTIN MARIÑOSA

JORGE SÁNCHEZ MELÉNDEZ

MARIA IDOYA CADENAS PAGO

SERGIO MARTIN CASALES

Introducción: el presente trabajo analiza el papel fundamental del celador en la unidad de psiquiatría, un entorno asistencial que requiere una combinación equilibrada de habilidades humanas, técnicas y de seguridad.

La labor del celador en esta área va más allá de las funciones tradicionales, ya que debe contribuir al bienestar emocional del paciente, colaborar en intervenciones terapéuticas y velar por un ambiente seguro y controlado.

En las unidades de salud mental se atiende a personas con trastornos psiquiátricos agudos o crónicos, lo que exige del celador una atención constante, capacidad de observación y una interacción respetuosa basada en la comunicación efectiva y la empatía.

Objetivos: este estudio describe las funciones específicas del celador, la importancia de su relación con el equipo multidisciplinar y la relevancia de sus actuaciones en situaciones críticas, como crisis psicomotoras o episodios de agitación. Asimismo, se destacan los procedimientos de movilización, acompañamiento y vigilancia, esenciales para mantener la seguridad del paciente y del propio personal sanitario.

Metodología: se utilizó literatura, documentos y bibliografías, todo ello relacionado con el tema a tratar.

Los resultados: muestran que la presencia del celador contribuye de manera significativa a la calidad asistencial y al funcionamiento adecuado de la unidad.

Conclusiones: se plantean reflexiones finales sobre la necesidad de formación continua y sensibilización, factores determinantes para mejorar su intervención profesional en el ámbito de la psiquiatría.

1 Palabras clave

Celador; psiquiatría; salud mental; multidisciplinar; terapia.

2 Introducción

Las unidades de psiquiatría representan espacios complejos dentro del sistema sanitario, donde confluyen la atención clínica, el acompañamiento emocional y la gestión de situaciones que pueden comprometer la seguridad. En este contexto, el papel del celador adquiere una relevancia especial, ya que actúa como un apoyo directo tanto para el personal sanitario como para los pacientes.

Su trabajo no se limita solo a tareas físicas o logísticas, sino que involucra interacción humana, contención adecuada, observación continua y participación en intervenciones terapéuticas cuando así se requiere.

La atención en salud mental exige un enfoque integral, en el que cada profesional aporta desde su ámbito de competencia. El celador, por su proximidad y presencia constante, se convierte en un referente para los pacientes, faci-

tando rutinas, desplazamientos y actividades diarias. Además, su actuación es esencial en momentos de crisis, donde la calma, la técnica y la coordinación se vuelven imprescindibles para evitar riesgos.

Este trabajo se propone analizar de manera detallada el rol del celador en unidades de psiquiatría, identificando sus funciones, competencias y aportaciones al proceso asistencial. A través de un análisis reflexivo, se pretende visibilizar la importancia de esta figura profesional y destacar la necesidad de una formación adecuada que permita enfrentar los desafíos propios de este ámbito.

3 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es describir y analizar las funciones del celador en la unidad de psiquiatría, destacando su importancia en la atención integral del paciente. Entre los objetivos específicos se encuentran: identificar las competencias necesarias en este entorno, comprender su papel en situaciones de crisis y contención, valorar su interacción con el equipo mul-

tidisciplinar y reconocer los beneficios de su labor en la seguridad y el bienestar del paciente ingresado por motivos de salud mental.

4 Metodología

La metodología utilizada se basa en una revisión descriptiva de documentos normativos, manuales de funciones del celador y literatura relacionada con la atención en salud mental. Se analizaron fuentes bibliográficas actualizadas y materiales formativos pertenecientes al ámbito sanitario.

Asimismo, se realizó una reflexión crítica sobre las prácticas habituales en unidades de psiquiatría, identificando funciones, retos y competencias requeridas para el ejercicio profesional del celador. Este enfoque permite presentar un análisis claro y fundamentado del rol que desempeña en dicho entorno.

5 Resultados

Del análisis realizado se observa que el celador desempeña un papel imprescindible en el funcionamiento de las unidades de psiquiatría. En primer lugar, su presencia constante permite garantizar un entorno seguro tanto para los pacientes (que se llegan a conocer debido al trato cercano que se tiene) como para el personal sanitario, que también confía en su figura. Entre sus

funciones principales destacan la vigilancia y observación, especialmente en casos de pacientes con riesgo de autolesión, fuga o conductas agresivas. Esta vigilancia no solo es física, sino también emocional, ya que el celador debe interpretar señales de agitación o angustia y comunicarlas al equipo clínico de manera oportuna para que se tomen las medidas oportunas.

Otra función destacada es el acompañamiento en desplazamientos internos, como traslados a consultas, pruebas diagnósticas o actividades terapéuticas.

En estos casos, el celador debe actuar con prudencia, asegurando la colaboración del paciente y manteniendo siempre una actitud calmada. Asimismo, participa en técnicas de contención física cuando la situación lo exige, siguiendo los protocolos establecidos para evitar daños, y siempre priorizando la dignidad del paciente.

Además, se observa que el celador contribuye al clima terapéutico de la unidad. Su trato cercano, respetuoso y empático favorece la confianza de los pacientes, lo que facilita la convivencia y disminuye la aparición de conflictos. El rol del celador también se extiende a labores logísticas, como el control de accesos, el manejo de pertenencias y la preparación de espacios, todas ellas esenciales para el correcto funcionamiento de la unidad.

En conjunto, los resultados muestran que la figura del celador es indis-

pensable para la atención integral en psiquiatría, no solo como apoyo operativo, sino como agente activo en el proceso asistencial.

6 Discusión-Conclusión

El estudio realizado permite concluir que el celador es un profesional clave en las unidades de psiquiatría, debido a la complejidad del entorno y a las necesidades particulares de los pacientes. Su labor combina funciones operativas, asistenciales y humanas, contribuyendo significativamente a la calidad de la atención y a la seguridad dentro de la unidad. La capacidad de mantener la calma, aplicar correctamente las técnicas de contención y establecer una comunicación empática son competencias esenciales para su desempeño.

Asimismo, se destaca la importancia de la formación continua, especialmente en manejo de crisis, salud mental y habilidades comunicativas, ya que estos conocimientos permiten una intervención más eficaz y segura. Finalmente, la coordinación con el equipo multidisciplinar es fundamental para garantizar un abordaje integral del paciente, en el que el celador se convierte en un elemento de apoyo imprescindible.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Manual de funciones del celador en instituciones

sanitarias.

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de atención en salud mental en centros hospitalarios.

3. López, A. (2020). La labor del celador en el ámbito de la psiquiatría. Editorial Sanitaria.

4. Sánchez, M. (2019). Salud mental y cuidados integrales. Madrid: Ediciones Médicas.

Artículo 158

LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA: ESTRATEGIAS Y DESAFÍOS

MARIO HERNÁNDEZ BELLO

MARIA ANTIN MARIÑOSA

JORGE SÁNCHEZ MELÉNDEZ

MARIA IDOYA CADENAS PAGO

SERGIO MARTIN CASALES

RAQUEL GARCÍA BARQUILLA

La humanización en la atención sanitaria se centra en tratar a las personas de manera integral, considerando no solo su salud física, sino también sus necesidades emocionales, sociales y psicológicas. Este enfoque busca que los pacientes se sientan escuchados, respetados y comprendidos, mejorando su experiencia y satisfacción con los servicios de salud, así como sus resultados clínicos.

Para promover la humanización, se han identificado varias estrategias efectivas. Una de las más importantes es la formación del personal en habilidades de comunicación y empatía. Talleres, simulaciones y entrenamientos prácticos ayudan a que los profesionales se conecten mejor con los pacientes y respondan de manera más sensible a sus necesidades. Otro aspecto clave es el diseño de los espacios hospitalarios: entornos que respeten la privacidad, la comodidad y permitan la participación de la familia contribuyen a una experiencia más positiva para el paciente. Además, las políticas institucionales y el liderazgo que fomentan una cultura de cuidado compasivo refuerzan estas prácticas, y los programas de bienestar para los profe-

sionales ayudan a reducir el estrés y el desgaste laboral, permitiendo un cuidado más atento y humano.

Los beneficios de la atención humanizada son claros. Los pacientes reportan mayor satisfacción, muestran mejor adherencia a los tratamientos y pueden experimentar una recuperación más rápida. Al mismo tiempo, los profesionales de salud perciben mayor satisfacción en su trabajo cuando pueden ofrecer un cuidado centrado en la persona.

Sin embargo, existen barreras importantes, como la falta de tiempo, la sobrecarga laboral y la escasez de recursos, que dificultan implementar estas estrategias de manera consistente. La formación continua, el apoyo institucional y la inversión en un entorno de trabajo saludable son esenciales para superar estos obstáculos.

En conclusión, la humanización de la atención sanitaria requiere un esfuerzo conjunto de todos los profesionales y niveles del sistema de salud. Adoptar un enfoque centrado en la persona no solo beneficia al paciente, sino que también mejora la experiencia laboral del personal y contribuye a un sistema de salud más eficiente y sostenible.

1 Palabras clave

Humanización

Atención centrada en el paciente

Empatía

Comunicación

Satisfacción del paciente

Bienestar del profesional

Políticas institucionales

Espacios hospitalarios

Resultados clínicos

Cultura de cuidado

y espirituales de los pacientes. Tratar a las personas de manera integral no solo mejora su bienestar, sino que también puede generar mejores resultados médicos, aumentar la satisfacción con la atención recibida y, en algunos casos, acortar el tiempo de hospitalización.

Centrarse en la humanización significa ofrecer una atención completa, donde la empatía, la comunicación clara y el respeto por la dignidad de cada persona son la base de todas las interacciones. No solo los médicos y enfermeras son responsables de esto: todo el personal de un hospital, desde administrativos hasta personal de apoyo y limpieza, tiene un papel importante en crear un entorno humano y respetuoso. Cada interacción, por pequeña que parezca, puede contribuir al bienestar del paciente y formar parte de su proceso de recuperación.

2 Introducción

La humanización en la atención sanitaria se ha convertido en un elemento fundamental para mejorar la calidad de los servicios de salud. Este enfoque no se limita a tratar la enfermedad, sino que también pone atención en las necesidades emocionales, sociales

Un aspecto clave de la humanización es entender la relación entre paciente y profesional como un encuentro que, en sí mismo, puede ser curativo. Escuchar, comprender y acompañar al paciente genera confianza y seguridad, factores que influyen directamente en cómo se siente y cómo responde al tratamiento.

Existen varias estrategias que ayudan a fomentar la humanización en la atención sanitaria. Mejorar la comunicación entre profesionales y pacientes, capacitar al personal en habilidades de empatía, diseñar espacios más cómodos y acogedores, y establecer políticas institucionales que respalden estas prácticas son algunas de las más efectivas. Todas estas medidas buscan que la experiencia del paciente sea más positiva y que se sienta cuidado en todos los aspectos.

Sin embargo, la implementación de estas estrategias no está exenta de desafíos. La presión por atender a más pacientes en menos tiempo, la sobrecarga laboral y el estrés del personal pueden dificultar la práctica de la atención humanizada. Por ello, es esencial que los hospitales y los centros de formación incluyan la humanización dentro de sus programas y cultura organizacional. La capacitación continua y el apoyo institucional son clave para que esta forma de trabajar se mantenga y se fortalezca con el tiempo.

En definitiva, la humanización en la atención sanitaria no es un lujo, sino una necesidad que involucra a to-

dos los que forman parte del sistema de salud. Cada profesional, desde el médico hasta el personal de apoyo, contribuye a crear un ambiente más humano, donde los pacientes se sientan respetados, escuchados y acompañados. Adoptar este enfoque no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también fortalece al equipo de trabajo y eleva la calidad de la atención en su conjunto.

3 Objetivos

- Promover una atención integral centrada en el paciente, que considere no solo su salud física, sino también sus necesidades emocionales, sociales y espirituales.
- Fomentar la empatía, la comunicación efectiva y el respeto por la dignidad y autonomía de los pacientes en todas las interacciones dentro del entorno sanitario.
- Capacitar a todos los profesionales de salud, desde médicos hasta personal de apoyo, en habilidades que fortalezcan la humanización de la atención.
- Implementar estrategias estructurales y organizacionales, como el diseño de espacios acogedores y políticas institucionales, que respalden prácticas humanizadas.
- Identificar y superar los desafíos que dificultan la humanización, incluyendo la sobrecarga laboral, la presión por eficiencia y la falta de formación adecuada.

4 Metodología

Para realizar esta revisión sobre la humanización en la atención sanitaria, se siguió un proceso cuidadoso y organizado, pensado para que los resultados fueran claros y confiables. Se adoptó un enfoque sistemático, basado en directrices internacionales que aseguran que la revisión pueda ser replicada por otros investigadores y que los hallazgos sean sólidos. El objetivo principal fue reunir y analizar toda la información relevante sobre cómo los profesionales de la salud promueven la humanización en su trabajo y cómo esto impacta en los pacientes.

Se realizaron búsquedas exhaustivas en bases de datos reconocidas y de alta calidad, incluyendo PubMed, Web of Science, Scopus, PsycINFO y CINAHL, hasta abril de 2023. Las palabras clave utilizadas estaban orientadas a captar estudios sobre atención centrada en el paciente, empatía, comunicación, satisfacción de los pacientes y el rol de los profesionales de la salud en la humanización de la atención. Esto permitió identificar investigaciones que aportaran datos concretos y útiles para comprender el tema.

Se definieron criterios claros para seleccionar los estudios. Se incluyeron investigaciones que tuvieran un enfoque empírico, ya sea cualitativo, cuantitativo o mixto, y que abordaran cómo mejorar las competencias humanísticas del personal sanitario o evaluaran el impacto

de la humanización en los resultados de los pacientes. Se descartaron opiniones, comentarios de expertos o estudios que no presentaran datos concretos.

Dado que los estudios incluían metodologías variadas y diferentes formas de medir la humanización, se adoptó un enfoque narrativo para organizar y sintetizar la información. Esto permitió identificar temas comunes y extraer los aspectos esenciales de la humanización desde la perspectiva de distintos actores del entorno sanitario, como médicos, enfermeras, personal administrativo y de apoyo.

Finalmente, esta metodología detallada y estructurada garantiza que la revisión sea confiable y útil para los profesionales de la salud, los formadores y los responsables de políticas sanitarias. La información obtenida permite entender qué estrategias son más efectivas para fomentar la humanización en la atención sanitaria y cómo se pueden aplicar en la práctica diaria, contribuyendo a un cuidado más cercano, respetuoso y centrado en el paciente.

5 Resultados

Los resultados se organizaron en tres grandes áreas: estrategias para promover la humanización, efectos de estas prácticas en los resultados de salud, y percepciones y barreras desde la visión de los profesionales sanitarios. Entre las estrategias más destacadas para fomentar la humanización se en-

cuentra la formación en habilidades de comunicación y empatía, que mejora la capacidad de los profesionales para relacionarse de manera cercana y comprensiva con los pacientes. También se reconoce la importancia de diseñar espacios físicos que favorezcan la privacidad, la comodidad y la participación de la familia, elementos que fortalecen la experiencia del paciente. Además, las políticas institucionales y los liderazgos que promueven una cultura de compasión y cuidado son esenciales para mantener una atención humanizada. Los programas de bienestar dirigidos al personal sanitario, orientados a reducir el estrés y mejorar su motivación, también contribuyen a que la atención sea más cercana y de calidad.

Los estudios revisados muestran que la humanización influye de manera positiva en la satisfacción de los pacientes, mejora los resultados clínicos, como la reducción de tiempos de recuperación y el manejo del dolor, y favorece la adherencia a los tratamientos.

Desde la perspectiva de los profesionales, se observa que valoran la atención humanizada y perciben satisfacción al aplicarla. Sin embargo, se identifican barreras que dificultan su implementación, tales como la presión por el tiempo, la sobrecarga laboral, el estrés y la falta de formación en habilidades no clínicas. Estos factores resaltan la necesidad de estrategias sostenidas para superar obstáculos estructurales e institucionales.

En resumen, la humanización en la atención sanitaria requiere un enfoque integral que combine capacitación en empatía y comunicación, entornos físicos adecuados, políticas institucionales que respalden la práctica y programas de apoyo al bienestar del personal. Su implementación mejora la satisfacción del paciente, los resultados clínicos y la adherencia a los tratamientos, siendo imprescindible un compromiso constante de las instituciones y profesionales para lograr un cuidado verdaderamente centrado en las necesidades del paciente.

6 Discusión-Conclusión

La humanización en la atención sanitaria es un aspecto fundamental de la calidad del cuidado. No se trata solo de tratar enfermedades, sino de atender a las personas de manera completa, considerando su bienestar físico, emocional y social. Cuando los profesionales de la salud trabajan de forma humanizada, los pacientes suelen sentirse más satisfechos, seguir mejor los tratamientos y, en general, obtener mejores resultados en su recuperación. Promover la humanización no depende únicamente de médicos y enfermeras. Todos los miembros del entorno sanitario, desde el personal de administración hasta quienes se encargan de la limpieza y la seguridad, juegan un papel importante. Crear un ambiente de cuidado compasivo y respetuoso re-

quiere que la cultura del centro de salud valore y recompense estas prácticas, integrándolas en la rutina diaria y en las políticas institucionales.

Existen varias estrategias que pueden ayudar a humanizar la atención. Entre ellas, se destacan la formación continua en habilidades de comunicación y empatía, el diseño de espacios que respeten la privacidad y comodidad de los pacientes, y el establecimiento de políticas que apoyen un trato más cercano y personalizado. Estas acciones no solo mejoran la experiencia del paciente, sino que también pueden reducir los tiempos de hospitalización y aumentar la adherencia a los tratamientos, generando beneficios tanto para las personas como para el sistema de salud en general.

Sin embargo, implementar la humanización no está exento de dificultades. La presión del tiempo, la carga de trabajo y la falta de recursos son obstáculos que dificultan la práctica diaria de un cuidado más cercano y atento. Por ello, es importante que las instituciones diseñen políticas y programas que apoyen a los profesionales, proporcionándoles formación continua y recursos suficientes para realizar su trabajo de manera efectiva y compasiva.

El bienestar del personal sanitario es otro factor clave. Profesionales con altos niveles de estrés o agotamiento no pueden brindar un cuidado humanizado de manera constante. Cuidar a quienes cuidan es fundamental: progra-

mas de apoyo, espacios de descanso y estrategias para reducir el desgaste profesional ayudan a mantener la motivación y la calidad de la atención.

La humanización también requiere un cambio cultural profundo. Pasar de un modelo centrado únicamente en la enfermedad a uno que ponga a la persona en el centro significa replantear prácticas, estructuras y prioridades. Aunque este cambio puede ser complejo, los beneficios son claros: pacientes más satisfechos y profesionales más motivados, lo que a su vez fortalece la sostenibilidad y eficacia del sistema de salud.

En resumen, la humanización de la atención sanitaria es un compromiso ético, clínico y económico. No solo mejora la experiencia y los resultados de los pacientes, sino que también protege y motiva al personal que los atiende. Para lograrlo, es fundamental combinar formación continua, políticas de apoyo, diseño adecuado de los espacios y una cultura organizacional que valore el cuidado compasivo. Al integrar la humanización como un pilar central, los servicios de salud pueden ofrecer una atención que realmente cuida del ser humano en toda su dimensión, promoviendo bienestar, respeto y calidad en cada interacción.

7 Bibliografía

1. Goodrich, J. (2012). Supporting hospital staff to provide compassionate care: Do Schwartz Center Rounds

work in English hospitals? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(3), 117–122. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110218>

2. The Health Foundation. (2014). *Person-centred care made simple: What everyone should know about person-centred care*. London: The Health Foundation.

3. Dewar, B., & Mackay, R. (2010). Appreciating and developing compassionate care in an acute hospital setting caring for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5(4), 299–308. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00247.x>

Artículo 159

TRASTORNOS MUSCOLOESQUELETICOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO: PREVENCION Y TRATAMIENTO

ESTELA PUGA DIAZ

JUAN JOSE MUÑOZ CARMONA

MARÍA CARMEN LAGUNA RUIZ

OLGA PUGA DIAZ

MARTA APARICIO CHAVARRI

SANDRA BRAVO ARROYO

Los trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo (TME / WMSDs) representan una de las principales causas de morbilidad y discapacidad entre trabajadores a nivel global. Esta revisión analiza metaanálisis y estudios controlados que evalúan la prevalencia, factores de riesgo, y la eficacia de intervenciones ergonómicas, organizativas y de rehabilitación para su prevención y tratamiento. Entre los hallazgos, se destaca una prevalencia muy elevada: por ejemplo, un metaanálisis reciente en diversos sectores estimó una prevalencia global de 76 % (IC 95 %: 70–82 %) para WMSDs en 12 meses; en el caso del dolor lumbar, la prevalencia agrupada fue del 60 % (IC 95 %: 54–66 %) y para dolor de cuello del 40 % (IC 95 %: 34–47 %) OUP Academic+2MDPI+2. En cuanto a intervención, una revisión con 24 ECA mostró que las intervenciones ergonómicas redujeron la intensidad del dolor, con una diferencia media en la escala VAS de -0.28 (IC 95 %: -0.43 a -0.14 ; $p = 0.0001$) y una OR para dolor lumbar de 0.53 (IC 95 %: 0.40–0.70) respecto a control MDPI+1. En trabajadores sanitarios, el uso de dispositivos asistidos motorizados redujo de forma

significativa el riesgo de WMSDs (SMD = -3.32; IC 95 %: -4.53 a -2.12) PubMed. Estos datos respaldan la eficacia de medidas preventivas y ergonómicas, aunque la heterogeneidad de los estudios y la variabilidad en diseño y población limitan la generalización de resultados. Se discuten implicaciones para políticas de salud laboral, la necesidad de estrategias multifactoriales y la integración de intervenciones ergonómicas, ejercicio físico y formación.

1 Palabras clave

Trastornos musculoesqueléticos, TME, Salud laboral, Ergonomía, Prevención, Intervención, Dolor laboral, Rehabilitación, Riesgos Laborales.

2 Introducción

Los trastornos musculoesqueléticos (TME) comprenden un amplio conjunto de afecciones que afectan músculos, tendones, ligamentos, nervios, articulaciones y estructuras óseas, y constituyen una de las causas más frecuentes de dolor, incapacidad funcional y absentismo laboral. Organización Mundial de la Salud+2EU-OSHA+2 A escala mundial, más de 1 710 millones de personas sufren algún tipo de trastorno musculoesquelético, siendo el dolor lumbar la causa más común de discapacidad entre estas afecciones Organización Mundial de la Salud. En el contexto laboral, los TME relacionados con el trabajo (WMSDs – work-related musculoskeletal disorders) representan una carga especialmente elevada, debido a la exposición a factores de riesgo biomecánicos, organizativos y psicosociales en muchas ocupaciones. Departamento de Trabajo de Washington+2EU-

OSHA+2

Las causas de WMSDs son multifactoriales, e incluyen movimientos repetitivos, posturas forzadas o mantenidas, levantamiento o manipulación de cargas, vibraciones, esfuerzo físico, diseño inadecuado del puesto de trabajo, entre otros. EU-OSHA+2Archivos de Prevención+2 Además, factores individuales y organizativos –como edad, género, antigüedad, ritmo de trabajo, pausas, carga de trabajo, estrés– también influyen en su aparición y gravedad.

Desde finales del siglo XX la ergonomía y la prevención en salud laboral han tratado de abordar estos riesgos mediante intervenciones de diseño del puesto de trabajo, formación, pausas, herramientas asistidas, reestructuración de tareas y programas de rehabilitación. En Europa, la entidad responsable de la salud laboral promueve estrategias integrales para prevenir los WMSDs, subrayando la participación de empleadores, trabajadores y representantes, y priorizando la prevención primaria mediante evaluación de riesgos, adaptación ergonómica, sensibilización y formación. EU-OSHA+2EU-OSHA+2

A pesar de los esfuerzos, los TME laborales siguen siendo altamente preva-

lentes, lo que sugiere que las intervenciones no siempre son implementadas de forma efectiva o se aplican de forma parcial. Como resultado, muchos trabajadores continúan desarrollando dolor, disfunción, ausencias laborales, reducción de productividad, y en los casos crónicos, discapacidad permanente.

Este contexto resalta la necesidad de evaluar críticamente la evidencia científica disponible sobre la prevención y tratamiento de WMSDs, cuantificando su magnitud, eficacia de intervenciones y factores moduladores. El presente artículo ofrece una revisión basada en análisis secundario de estudios recientes, con el objetivo de sintetizar lo que se sabe sobre la prevalencia, los riesgos, las intervenciones efectivas y sus limitaciones, para orientar estrategias de salud laboral basadas en la evidencia.

3 Objetivos

El presente artículo se propone:

- Analizar la prevalencia global de trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo (WMSDs) en distintos sectores ocupacionales.
- Identificar los factores de riesgo biomecánicos, organizativos y psicosociales asociados al desarrollo de WMSDs.
- Evaluar la eficacia de intervenciones ergonómicas, organizativas y de rehabilitación (incluyendo dispositivos asistidos, pausas laborales, ejercicio, forma-

ción, reestructuración del trabajo) para prevenir y tratar WMSDs.

- Extraer parámetros estadísticos — prevalencias, odds ratio (OR), diferencias medias, tamaños del efecto (SMD), intervalos de confianza— que permitan cuantificar la magnitud del problema y la efectividad de las medidas.
- Discutir las limitaciones de la evidencia actual, las brechas en investigación, y proponer recomendaciones para políticas de prevención, implementación de buenas prácticas y futuras investigaciones.

4 Metodología

Diseño del estudio

Se realizó un análisis secundario basado en la revisión de artículos recientes (últimos 5–10 años) sobre WMSDs y su prevención/tratamiento, incluyendo revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos controlados, así como estudios de prevalencia y ergonomía ocupacional.

Fuentes de información y búsqueda

Se consultaron bases de datos especializadas: PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Google Scholar — además de informes de organismos internacionales — para identificar estudios en inglés y español, relacionados con WMSDs, ergonomía, prevención laboral, intervenciones ergonómicas, pausas, rehabilitación, etc.

La estrategia de búsqueda combinó términos como: “work-related mus-

culoskeletal disorders”, “WMSD”, “occupational ergonomics”, “prevalence”, “intervention”, “ergonomic intervention”, “work breaks”, “occupational health”, “pain”, “prevention”, “rehabilitation”.

Se incluyeron estudios que contuvieran datos cuantitativos sobre prevalencia, dolor, abstención laboral, eficacia de intervenciones, medidas de riesgo, etc.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Estudios con medición de prevalencia o incidencia de WMSDs.
- Metaanálisis o revisiones sistemáticas que reportan parámetros combinados (prevalencia, odds ratio, SMD, etc.).
- Ensayos controlados (RCT) o estudios pre-post sobre intervenciones ergonómicas, pausas, dispositivos asistidos u otras estrategias de prevención o tratamiento.

- Estudios en contextos laborales reales (sanidad, industria, oficinas, construcción, oficios manuales, etc.).

Exclusión:

- Artículos teóricos sin datos empíricos.
- Estudios sobre patologías musculoesqueléticas de origen no laboral (deporte, traumatismos deportivos, accidentes no laborales).
- Estudios con población no trabajadora o cuya exposición laboral no esté claramente definida.

Extracción y síntesis de datos

De cada estudio se extrajeron: población, sector laboral, tamaño de muestra, tipo de intervención o factor

evaluado, variable(s) estudiada(s) (dolor, prevalencia, ausentismo, funcionalidad, retorno al trabajo), estadísticas reportadas (prevalencia, OR, SMD, diferencia media, IC 95 %, p-valor).

Los resultados se agruparon según: prevalencia / carga del problema, factores de riesgo, eficacia de intervenciones. Donde fue posible, se reportan valores combinados (metaanálisis).

Limitaciones del análisis

Al tratarse de un análisis secundario, dependemos de los datos presentados por los estudios originales, con heterogeneidad en métodos, definiciones, población, medidas de resultado e intervenciones. No se realizó un metaanálisis nuevo; la síntesis es narrativa con énfasis en parámetros cuantitativos como los publicados.

5 Resultados

1. Carga y prevalencia de WMSDs

- A escala mundial, se estima que unos 1.710 millones de personas tienen algún trastorno musculoesquelético, lo que evidencia la magnitud global del problema.
- En una metaanálisis reciente que abarca diversos sectores laborales en India, la prevalencia global de WMSDs a 12 meses fue de 0.76 (76 %; IC 95 %: 0.70–0.82). Para dolor lumbar, la prevalencia agrupada fue 60 % (IC 95 %: 0.54–0.66); para dolor de cuello 40 % (IC 95 %: 0.34–0.47); y para hombro 36 % (IC 95 %: 0.30–0.42).

- En trabajadores de oficina, un estudio reciente con 99 participantes halló una prevalencia de WMSDs del 80.8 %, siendo las zonas más afectadas cuello (58.6 %), región lumbar (52.5 %) y hombros (37.4 %)

- En profesionales sanitarios sometidos a procedimientos médicos (cirujanos, médicos intervencionistas), se reportaron tasas de dolor relacionado con trabajo en los últimos 12 meses: cuello 65 %, hombro 52 %, espalda 59 %, extremidades superiores 39 % cuando se usó el cuestionario nórdico estandarizado JAMA.

- En el sector sanitario y quirúrgico, la prevalencia acumulada durante la carrera profesional de TME es muy elevada: según un estudio, entre 37% y 97% de cirujanos ortopédicos reportaron algún trastorno musculoesquelético en alguna región anatómica; en esos casos, entre 9% y 33% necesitaron baja, restricción de práctica o jubilación anticipada, y entre 27% y 83% recibieron algún tratamiento.

Estos datos confirman que los WMSDs constituyen un problema extendido y transversal a múltiples sectores laborales —sanidad, oficina, construcción, industria, oficios manuales— con una elevada carga en salud pública y laboral.

2. Factores de riesgo asociados

La literatura coincide en considerar que los WMSDs tienen origen multifactorial:

- Factores biomecánicos: movimientos

repetitivos, posturas forzadas o mantenidas, manipulación de cargas, vibraciones.

- Factores organizativos: ritmo de trabajo, tiempos de descanso insuficientes, diseño inadecuado del puesto, falta de pausas o microdescansos, tareas monótonas.

- Factores psicosociales: estrés laboral, carga mental, insatisfacción, monotonía, presión de tiempo.

- Factores individuales: edad, antigüedad, historial salud, actividad física, hábitos, ergonomía fuera del trabajo.

Además, en entornos de oficina, un estudio identificó asociación significativa entre la altura/inclinación de la silla (ergonomía del puesto) y dolor en rodillas, hombros o espalda alta, así como entre estrés laboral y presencia de WMSDs ($p < 0.01$ en muchos casos) .

3. Eficacia de intervenciones preventivas y de tratamiento a) Intervenciones ergonómicas

- Una revisión con 24 ECA ($n = 4.086$ trabajadores) mostró que las intervenciones ergonómicas reducen la intensidad del dolor: diferencia media en VAS de -0.28 (IC 95 %: -0.43 a -0.14 ; $p = 0.0001$) comparado con control.

- Respecto al riesgo de dolor lumbar, la odds ratio (OR) con intervención ergonómica fue 0.53 (IC 95 %: 0.40 – 0.70 ; $p < 0.00001$), lo que indica una reducción significativa del riesgo.

- Las mejoras fueron más consistentes en regiones como espalda baja, espalda

alta, cuello, muñecas, tobillos; mientras que no se observaron efectos significativos en hombros, codos, muslos, rodillas o brazos en algunos estudios.

- Conclusión de los autores: aunque las intervenciones ergonómicas disminuyen el dolor, su efecto es “pequeño”, lo que sugiere que por sí solas pueden no ser suficientes como tratamiento integral; deben integrarse con rehabilitación, ejercicio, o medidas organizativas.

Dispositivos asistidos y combinación de intervenciones:

- En trabajadores del sector sanitario, una revisión que incluyó 40 estudios mostró que el uso de dispositivos asistidos motorizados reduce de forma notable el riesgo de WMSDs (SMD = -3.32; IC 95 %: -4.53 a -2.12; $p < .0000$)

- También las intervenciones combinadas —ejercicio + asistencia ergonómica, o entrenamiento cognitivo + dispositivos— presentaron efectos moderados (SMD $\approx$ -0.62 a -0.77)

Intervenciones organizativas: pausas laborales y descansos

- Una revisión Cochrane (hasta mayo 2024) sobre pausas laborales para prevención de síntomas musculoesqueléticos sugiere que las pausas combinadas con otras intervenciones (ergonomía, formación, reorganización del trabajo) pueden reducir la incidencia de síntomas, aunque la evidencia aislada sobre pausas es limitada y heterogénea.

- En muchos estudios se destaca la importancia de una estrategia multifactorial:

cambios en el ambiente de trabajo, diseño ergonómico del puesto, pausas regulares, formación, ejercicio físico y rehabilitación.

4. Limitaciones de la evidencia

- Heterogeneidad elevada: diferentes sectores, tipos de trabajo, definiciones de WMSDs, métodos de medición, duraciones de intervención, resultados variables. Esto dificulta la generalización de conclusiones.

- En muchos estudios las mejoras son “estadísticas” pero de magnitud pequeña, lo que plantea dudas sobre su relevancia clínica a largo plazo (dolor residual, recurrencia, funcionalidad, calidad de vida, productividad, absentismo).

- Escasez de estudios con seguimiento a largo plazo, evaluación de reincorporación al trabajo, sostenibilidad de cambios ergonómicos y comportamentales.

- Necesidad de intervenciones combinadas: ergonómicas + físicas + organizativas, lo que complica su implementación sistemática en entornos laborales con recursos limitados.

6 Discusión-Conclusión

Los trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo constituyen un problema de salud pública y ocupacional de gran magnitud, con prevalencias muy elevadas en múltiples sectores laborales —industria, oficinas, sanidad, construcción, oficios manuales—. Los datos recopilados muestran que una

proporción considerable de trabajadores experimenta dolor, molestias, disfunción o discapacidad relacionada con su labor, especialmente en la espalda, cuello, hombros y extremidades. Las intervenciones ergonómicas, aunque con efectos estadísticamente significativos, reducen la intensidad del dolor con una magnitud limitada. El uso de dispositivos asistidos motorizados, la combinación con ejercicio o rehabilitación, así como la implementación de pausas laborales, reorganización del trabajo y formación ergonómica, parecen ofrecer mejores resultados. Esto apunta a que la prevención y tratamiento de WMSDs debe abordarse de manera integral, con estrategias multifactoriales que involucren cambios en el entorno físico, la organización laboral, la formación y la salud del trabajador.

No obstante, las limitaciones metodológicas, la heterogeneidad de los estudios y la ausencia de seguimiento a largo plazo dificultan estimar cuán sostenibles y clínicamente relevantes son estos beneficios en la práctica diaria. Por tanto, se hace imprescindible promover investigaciones con diseños robustos, seguimiento longitudinal, medición de resultados funcionales, reincorporación al trabajo, productividad y calidad de vida.

Desde una perspectiva práctica, los empleadores, profesionales de salud ocupacional y responsables de políticas laborales deberían promover una cultura

preventiva, evaluar riesgos ergonómicos, rediseñar puestos de trabajo, fomentar pausas, facilitar formación y facilitar acceso a dispositivos o ayudas ergonómicas. A su vez, los trabajadores deben ser sensibilizados sobre la importancia de ergonomía, pausas activas y ejercicio regular.

En conclusión —y a la luz de la evidencia—, los WMSDs representan una de las enfermedades ocupacionales más prevalentes y con un impacto socioeconómico elevado; aunque no existe una intervención única de eficacia contundente para todos los casos, las estrategias combinadas basadas en la evidencia constituyen la mejor opción para prevenir, reducir y tratar estos trastornos en el ámbito laboral.

7 Bibliografía

1. Greggi C, Visconti VV, Albanese M, Gasperini B, Chiavoghilefu A, Prezioso C, et al. Work-Related Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2024;13(13):3964.
2. Dutta A, et al. Work-related musculoskeletal disorders among various occupational workers in India: a systematic review and meta-analysis. *J Occup Health*. 2025;67(1):uiae077.
3. Efficacy of Ergonomic Interventions on Work-Related Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med/MDPI*. 2022;14(9):3034.

4. Straub C, et al. Efficacy of Interventions in Reducing the Risks of Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Healthcare Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. (PubMed). 2025.
5. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Musculoskeletal disorders. Consultado 2025.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Musculoskeletal conditions – Factsheet. 2021.
7. Interempresas / Protección Laboral. Prevención de los trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo. (España) Consultado 2025.
8. Are work organization interventions effective in preventing or reducing work-related musculoskeletal disorders? A systematic review. 2018.
9. “Ergonomía, Trastornos Musculoesqueléticos, Tratamiento y Retorno al Trabajo – Marco Conceptual para programas de intervención.” Arch Prev Riesgos Laborales. 2024.
10. “Musculoskeletal disorders among office workers: prevalence, ergonomic risk factors, and their interrelationships.” Scientific Reports. 2025. Nature

Artículo 160

INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS: EL APOORTE DE LA ENFERMERÍA

TOMAS SAEZ CALVO

JUAN ANTONIO ANTEQUERA MARTÍN

ALBERTO ARGUEDAS LAFUENTE

NURIA LOURDES ENGUITA BRUNED

ELIZABETH BLAS RUBIO

DANIEL CASANOVAS GALINDO

Introducción.

La gestión eficiente de camas hospitalarias es un componente crítico para garantizar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud. En este contexto, la enfermería desempeña un papel estratégico al liderar procesos de optimización, coordinación y mejora continua en la asignación y uso de camas. Sin embargo, su implementación enfrenta desafíos significativos, como la resistencia al cambio, la falta de capacitación específica y la escasez de herramientas tecnológicas adecuadas. Este artículo analiza el aporte de la enfermería en la innovación de la gestión de camas hospitalarias, identifica los principales desafíos asociados y propone estrategias para maximizar su impacto.

Objetivos.

Analizar el aporte de la enfermería en la innovación de la gestión de camas hospitalarias identificar los principales desafíos asociados con esta labor proponer estrategias para mejorar la eficiencia y efectividad en la asignación y uso de camas

Metodología.

Revisión sistemática de literatura científica (2010-2023) en bases como PubMed, Scopus y Cochrane, incluyendo estudios sobre gestión de camas hospitalarias, experiencias prácticas y guías emitidas por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y organismos reguladores locales. Además, se analizaron casos específicos de instituciones que han implementado exitosamente programas de optimización liderados por enfermeras.

Resultados.

El análisis muestra que la participación de la enfermería mejora significativamente la eficiencia en la gestión de camas hospitalarias, pero se identificaron barreras como la falta de capacitación específica, la resistencia al cambio y la escasez de infraestructuras tecnológicas adecuadas.

Conclusiones.

La enfermería es fundamental en la innovación de la gestión de camas hospitalarias, siendo un pilar clave para garantizar la optimización de recursos, la reducción de tiempos de espera y la mejora de la satisfacción del paciente. Su éxito depende de la capacitación continua, el acceso a herramientas tecnológicas avanzadas y la promoción de una cultura de colaboración interdisciplinaria.

1 Palabras clave

Gestión de camas, enfermería, innovación, eficiencia hospitalaria, coordinación de recursos

mite identificar necesidades, anticipar problemas y diseñar soluciones prácticas que maximicen la eficiencia operativa.

Sin embargo, la implementación de modelos innovadores de gestión de camas enfrenta varios desafíos significativos. Uno de los principales problemas es la falta de capacitación específica del personal en metodologías de gestión y uso de tecnologías avanzadas, lo que puede comprometer la efectividad de las intervenciones. Además, factores como la resistencia al cambio, la sobrecarga de trabajo y la escasez de infraestructuras tecnológicas pueden obstaculizar la transición hacia sistemas más eficientes. En regiones con recursos limitados, estas barreras son aún más pronunciadas, afectando negativa-

2 Introducción

La gestión eficiente de camas hospitalarias es un desafío constante en los sistemas de salud debido a la creciente demanda de servicios, la limitación de recursos y la necesidad de garantizar una atención oportuna y de calidad. En este contexto, la enfermería desempeña un papel estratégico al liderar procesos de optimización, coordinación y mejora continua en la asignación y uso de camas. Su posición cercana tanto al paciente como al equipo médico les per-

mente la continuidad del cuidado y los resultados esperados.

Este artículo tiene como objetivo analizar el aporte de la enfermería en la innovación de la gestión de camas hospitalarias, identificar los principales desafíos asociados con esta labor y proponer estrategias para optimizar su contribución. A través de una revisión sistemática de la literatura y ejemplos prácticos, se busca ofrecer recomendaciones útiles para diferentes contextos sanitarios, especialmente en aquellos donde los recursos son limitados.

En un sistema de salud centrado en el paciente, la participación de la enfermería no solo es una necesidad operativa, sino también un imperativo ético para garantizar el bienestar integral de todos los actores involucrados. Solo mediante la capacitación continua, el acceso a herramientas tecnológicas avanzadas y la promoción de una cultura de colaboración será posible maximizar su contribución a la atención médica.

3 Objetivos

- Identificar las estrategias innovadoras lideradas por enfermeras para optimizar la asignación de camas.
- Examinar el impacto de estas estrategias en la reducción de tiempos de espera y mejora de la atención.
- Proponer recomendaciones prácticas para fortalecer el rol de la enfermería en la gestión de camas hospitalarias.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva utilizando bases de datos científicas como PubMed, Scopus y Cuiden, centrándose en estudios publicados entre 2018 y 2024.

Los términos empleados fueron “gestión de camas hospitalarias”, “innovación en salud”, “rol de la enfermería”, “eficiencia hospitalaria” y “coordinación de recursos”.

Se seleccionaron artículos con datos empíricos, guías de práctica clínica y estudios de caso relacionados con la gestión de camas hospitalarias. Fueron excluidos los estudios puramente teóricos o aquellos que no abordaban directamente el rol de la enfermería en este ámbito.

5 Resultados

Aporte de la Enfermería en la Gestión de Camas Hospitalarias.

La enfermería desempeña múltiples funciones clave en la innovación de la gestión de camas hospitalarias, impactando directamente en la eficiencia operativa y la calidad de la atención. Entre sus responsabilidades más destacadas se encuentran:

- Optimización del flujo de pacientes: Supervisar el proceso de ingreso, traslado y alta de pacientes para minimizar tiempos de espera y evitar la ocupación innecesaria de camas.
- Coordinar con equipos médicos y ad-

ministrativos para asegurar una asignación ágil y equitativa de camas según las necesidades clínicas.

- Uso de herramientas tecnológicas avanzadas:

Implementar sistemas digitales de gestión de camas que permitan monitorear en tiempo real la disponibilidad y ocupación de camas.

Utilizar plataformas predictivas para anticipar la demanda de camas y ajustar la planificación de recursos.

- Mejora de la comunicación interdisciplinaria:

Actuar como nexo entre los equipos médicos, administrativos y los pacientes, asegurando que la información fluya de manera clara y oportuna.

Resolver conflictos relacionados con la asignación de camas, mejorando la experiencia tanto del personal como de los pacientes.

1. Monitoreo y evaluación:

Recopilar y analizar datos sobre el uso de camas para identificar áreas de mejora y proponer ajustes en los procesos.

Garantizar que los indicadores de gestión cumplan con los estándares de calidad y eficiencia establecidos por las instituciones sanitarias.

Un estudio publicado en 2021 mostró que hospitales con enfermeras capacitadas en gestión de camas redujeron en un 25% los tiempos de espera para la asignación de camas y mejoraron significativamente la satisfacción del paciente.

Desafíos Asociados con la Implementación.

A pesar de su importancia, la participación de la enfermería en la gestión de camas hospitalarias enfrenta varios desafíos significativos:

- Falta de capacitación específica:

Muchas enfermeras carecen de formación formal en metodologías de gestión y uso de tecnologías avanzadas, lo que puede comprometer la efectividad de las intervenciones.

- Resistencia al cambio:

Algunos profesionales pueden subestimar la importancia de adoptar nuevas metodologías o tecnologías, obstaculizando la implementación de procesos mejorados.

- Escasez de infraestructuras tecnológicas adecuadas:

En regiones con recursos limitados, la ausencia de dispositivos, conectividad o sistemas de respaldo puede dificultar la implementación efectiva de sistemas de gestión digital.

- Carga laboral excesiva:

La alta demanda en servicios de salud puede limitar el tiempo disponible para gestionar eficientemente la asignación de camas, aumentando el riesgo de errores o retrasos.

- Preocupaciones sobre la equidad:

La falta de políticas claras puede generar inequidades en la asignación de camas, afectando negativamente la experiencia del paciente.

Estrategias para Optimizar la Gestión de Camas Hospitalarias

Para superar estos desafíos, se han propuesto varias soluciones basadas en estudios y experiencias exitosas:

- Capacitación continua del personal de enfermería:

Programas de formación dirigidos a todo el personal, enfocados en habilidades técnicas y manejo de herramientas tecnológicas, mejoran su capacidad para realizar su labor de manera segura y eficiente. Por ejemplo, un hospital que implementó talleres prácticos redujo en un 20% los conflictos relacionados con la asignación de camas.

- Uso de herramientas tecnológicas avanzadas:

Plataformas digitales, aplicaciones móviles y sistemas de gestión permiten optimizar la asignación de camas y mejorar la comunicación entre equipos.

- Implementación de protocolos claros:

La creación de guías específicas para la gestión de camas asegura una ejecución consistente y minimiza el riesgo de errores en la asignación.

- Promoción de una cultura de colaboración interdisciplinaria:

Campanas de sensibilización y programas de reconocimiento formal fomentan una cultura que valore la colaboración como parte integral de la atención médica.

Optimización de recursos humanos y materiales:

La asignación estratégica de personal y el uso de tecnologías predictivas para gestionar la demanda de camas per-

miten una distribución más equitativa y eficiente.

- Involucrar a los pacientes en el proceso:

La educación y capacitación de los pacientes en los beneficios de la gestión eficiente de camas mejora su comprensión y reduce la carga laboral del personal.

6 Discusión-Conclusión

- La enfermería no solo gestiona camas, sino que también lidera procesos de innovación que transforman la eficiencia hospitalaria.

- El uso de tecnologías digitales, protocolos estandarizados y colaboración interdisciplinaria son claves para optimizar la asignación de recursos.

- Las buenas prácticas incluyen formación continua, comunicación efectiva y un enfoque centrado tanto en el paciente como en el equipo.

- La enfermería actúa como puente entre la tecnología y el cuidado humano, asegurando que la gestión de camas sea eficiente sin perder de vista la humanización del servicio.

En resumen, el aporte de la enfermería en la gestión de camas hospitalarias es fundamental para mejorar la eficiencia operativa y la calidad de los cuidados. Invertir en formación y herramientas tecnológicas potencia aún más este impacto positivo.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Guía de optimización de recursos hospitalarios. Madrid: SNS; 2023 [citado 20 may 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>
2. Asociación Española de Gestión Sanitaria. Manual de innovación en la gestión de camas hospitalarias. Madrid: AEGS; 2022 [citado 20 may 2025]. Disponible en: <https://www.gestionsanitaria.org>
3. Martínez L, Rojas I. Innovación en la gestión de camas: El papel de la enfermería. *Rev Enferm Hoy*. 2021;24(2):67-74 [citado 20 may 2025].
4. González P. Formación del personal de enfermería en gestión de recursos hospitalarios. *Rev Cuid Salud*. 2020;18(3):113-120 [citado 20 may 2025].
5. Sociedad Española de Enfermería Hospitalaria. Protocolos de gestión de camas en unidades críticas. Madrid: SEEH; 2023 [citado 20 may 2025]. Disponible en: <https://www.enfermeriahospitalaria.com>
6. Navarro A. Errores frecuentes en la gestión de camas hospitalarias: Causas y soluciones. *Nefroactualidad*. 2019;15(1):45-52.
7. López-Muñoz J, Pérez D. Rol de la enfermería en la eficiencia hospitalaria. *Rev Enferm Innov*. 2022;14(1):89-96 [citado 20 may 2025].
8. Sánchez FJ. Humanización en la gestión de camas: El impacto del acom-

pañamiento emocional. *Enferm Humanizada*. 2021;6(2):140-148.

Artículo 161

HUMANIZACIÓN ADMINISTRATIVA: SU IMPACTO EN LA EFICIENCIA Y CALIDAD DEL SERVICIO EN ORGANIZACIONES PÚBLICAS

ALBERTO ARGUEDAS LAFUENTE

NURIA LOURDES ENGUITA BRUNED

ELIZABETH BLAS RUBIO

DANIEL CASANOVAS GALINDO

TOMAS SAEZ CALVO

JUAN ANTONIO ANTEQUERA MARTÍN

Introducción:

En el contexto de las organizaciones públicas, la eficiencia y la calidad del servicio suelen evaluarse a partir de indicadores cuantitativos y procedimientos estandarizados. Sin embargo, la humanización administrativa ha surgido como un enfoque complementario que reconoce la importancia de los valores, la empatía y la atención centrada en las personas dentro de los procesos institucionales. Este enfoque propone que la gestión administrativa no solo debe garantizar resultados operativos, sino también promover experiencias positivas para los pacientes y un entorno laboral más motivador para los empleados públicos.

Objetivo:

Analizar el impacto de la humanización administrativa en la eficiencia y calidad del servicio en las organizaciones sanitarias, identificando estrategias, beneficios y desafíos asociados a su implementación.

Metodología:

El presente artículo se desarrolla como una revisión bibliográfica narrativa, orientada a analizar el impacto de la humanización administrativa en la eficiencia y calidad del servicio en organizaciones públicas. Se realizó un barrido sistemático de literatura científica publicada en los últimos 10 años, utilizando bases de datos académicas como Scopus, Web of Science, Scielo y Google Scholar.

Para garantizar la relevancia de los estudios incluidos, se emplearon palabras clave combinadas mediante operadores booleanos: Humanización administrativa; Eficiencia organizacional; Calidad del servicio; Gestión pública; Atención centrada en el paciente.

Resultados:

La revisión de la literatura revela que la humanización administrativa en instituciones sanitarias se relaciona directamente con la mejora de la eficiencia operativa y la calidad de la atención. Los centros de salud que adoptan prácticas administrativas centradas en las personas muestran una reducción en los tiempos de espera, disminución de errores en la gestión de citas y procedimientos, y mayor coordinación entre áreas clínicas y administrativas.

Conclusiones:

La humanización administrativa se constituye como un factor determinante para fortalecer la eficiencia y la calidad de los servicios de salud. Su incorporación en la gestión sanitaria permite optimizar los procesos internos, mejorar la coordinación entre áreas y ofrecer una atención más cercana y centrada en las necesidades del paciente.

1 Palabras clave

Eficiencia organizacional; Calidad del servicio; Gestión pública; Atención centrada en el ciudadano

2 Introducción

En el contexto de las organizaciones públicas, la eficiencia y la calidad del servicio suelen evaluarse a partir de indicadores cuantitativos y procedimientos estandarizados. Sin embargo, la humanización administrativa ha surgido como un enfoque complementario que

reconoce la importancia de los valores, la empatía y la atención centrada en las personas dentro de los procesos institucionales. Este enfoque propone que la gestión administrativa no solo debe garantizar resultados operativos, sino también promover experiencias positivas para los pacientes y un entorno laboral más motivador para los empleados públicos.

La humanización en la administración implica incorporar principios de respeto, comunicación efectiva, transparencia y participación, de manera que cada interacción con los usuarios

o entre los colaboradores esté orientada a generar confianza, comprensión y satisfacción. Estudios recientes sugieren que las organizaciones que adoptan prácticas humanizadas logran no solo mejorar la percepción del servicio, sino también incrementar la eficiencia interna, al reducir conflictos, errores y retrasos derivados de procesos rígidos o impersonales.

Además, la humanización administrativa se vincula estrechamente con la gestión del talento y la motivación del personal, ya que el reconocimiento de las necesidades y expectativas de los trabajadores fomenta un clima laboral más positivo y comprometido. De este modo, la implementación de estrategias humanizadas no solo impacta en los resultados de la organización, sino también en el bienestar de quienes integran la institución y de quienes reciben sus servicios.

Dado lo anterior, resulta relevante analizar el impacto de la humanización administrativa en la eficiencia y calidad del servicio en las organizaciones públicas, con el fin de identificar estrategias efectivas que promuevan procesos más inclusivos, responsables y centrados en las personas, contribuyendo así a una gestión sanitaria más humana, eficiente y sostenible.

3 Objetivos

Objetivo general:

Analizar el impacto de la humanización

administrativa en la eficiencia y calidad del servicio en las organizaciones sanitarias, identificando estrategias, beneficios y desafíos asociados a su implementación.

Objetivos específicos:

- Identificar las principales prácticas y estrategias de humanización administrativa aplicadas en instituciones públicas.
- Evaluar la relación entre la humanización administrativa y la mejora en la eficiencia de los procesos organizacionales.
- Examinar el efecto de la gestión humanizada en la percepción y satisfacción de los ciudadanos usuarios del servicio sanitario

4 Metodología

El presente artículo se desarrolla como una revisión bibliográfica narrativa, orientada a analizar el impacto de la humanización administrativa en la eficiencia y calidad del servicio en organizaciones públicas. Se realizó un barrido sistemático de literatura científica publicada en los últimos 10 años, utilizando bases de datos académicas como Scopus, Web of Science, Scielo y Google Scholar.

Para garantizar la relevancia de los estudios incluidos, se emplearon palabras clave combinadas mediante operadores booleanos: Humanización administrativa; Eficiencia organizacional; Calidad del servicio; Gestión pública; Atención

centrada en el paciente.

5 Resultados

La revisión de la literatura revela que en la humanización administrativa en instituciones sanitarias se relaciona directamente con la mejora de la eficiencia operativa y además la calidad de la atención. Los centros de salud que adoptan prácticas administrativas que están centradas en las personas y muestran una reducción en los tiempos de espera, disminución de errores en la gestión de citas y procedimientos, y mayor coordinación entre áreas clínicas y administrativas.

De la misma forma, la humanización administrativa contribuye a mejorar la experiencia del paciente, ya que la comunicación clara, la empatía en la atención y la participación activa del personal en la toma de decisiones generan mayor confianza y satisfacción. Los pacientes perciben los servicios como más accesibles, eficientes y respetuosos, lo que repercute en la adherencia a los tratamientos y en la continuidad de los cuidados.

En cuanto al personal sanitario, la implementación de estrategias humanizadas se asocia con un clima laboral positivo, mayor motivación y compromiso con la institución. Los trabajadores reportan menores niveles de estrés, mayor sentido de pertenencia y disposición para colaborar en procesos de mejora continua, lo que impacta in-

directamente en la calidad de la atención.

Sin embargo, también se identifican retos importantes como la resistencia al cambio, la falta de formación en competencias interpersonales y de gestión de relaciones y así como estructuras jerárquicas rígidas, limitan la adopción de un enfoque humanizado de manera uniforme en todas las áreas.

Finalmente, la evidencia sugiere que la humanización administrativa no solo mejora la eficiencia y calidad del servicio sanitario, sino que fortalece la legitimidad institucional, promueve la ética profesional y establece las bases para un modelo de atención más sostenible, inclusivo y centrado en el paciente.

6 Discusión-Conclusión

La humanización administrativa se constituye como un factor determinante para fortalecer la eficiencia y la calidad de los servicios de salud. Su incorporación en la gestión sanitaria permite optimizar los procesos internos, mejorar la coordinación entre áreas y ofrecer una atención más cercana y centrada en las necesidades del paciente.

La evidencia revisada indica que la implementación de prácticas humanizadas también genera un impacto positivo en el personal sanitario, fomentando un clima laboral saludable, mayor compromiso institucional y motivación para participar en procesos de mejora continua, lo cual repercute indi-

rectamente en la calidad asistencial.

A pesar de sus beneficios, persisten retos importantes, como la resistencia al cambio, la falta de capacitación en competencias interpersonales y la rigidez de algunas estructuras organizacionales. Superar estas barreras requiere políticas institucionales sólidas, programas de formación continua y liderazgo comprometido con un enfoque centrado en las personas.

Se concluye que la humanización administrativa, cuando se integra de manera sistemática, no solo optimiza la eficiencia y calidad del servicio sanitario, sino que también fortalece la legitimidad institucional, promueve la ética profesional y contribuye a la construcción de un modelo de atención más sostenible, inclusivo y orientado al bienestar del paciente. Por lo tanto, su implementación debe considerarse una estrategia prioritaria para la gestión de los servicios de salud del siglo XXI.

7 Bibliografía

1. Bermejo JC, Martínez-Barca MP, Villacieros M. Humanizar. Humanismo en la asistencia sanitaria. Barcelona: De-sclée de Brouwer; 2021.
2. Llanes Fernández de la Cueva G, Bejarano Álvarez D, Márquez Rodríguez LM, Ponce Pérez C, Martínez Ramírez RM. La humanización de la atención de enfermería en salud laboral. Eur J Occup Health Nurs. 2018;8(1):18-26
3. Gutiérrez R. Humanización de (en) la asistencia sanitaria. Rev Invest Educ Ciencias Salud (RIECS). 2025;10(1):468.
4. Garzón-Leguizamón L, Díaz-Ramírez D, Vergara-Vaca L, et al. La humanización como parte de la atención integral al paciente: revisión narrativa. Invest Segur Soc Salud. 2021;23(1):25-42
5. Observatorio Iberoamericano de Humanización de la Salud. La humanización en los servicios de atención de salud. Madrid: OISS; 2024
6. Zambrano Fritz HK, Payares RZ del C, Pérez GLM. Humanización del proceso administrativo: Un estudio de la Institución Educativa Francisco de Quevedo. Ad-Gnosis. 2024;12(12):594. doi:10.21803/adgnosis.12.12.594.
7. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. Madrid: INGESA; 2021
8. Junta de Andalucía. Acuerdo de 13 de abril de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: BOJA; 2021
9. Diario Enfermería 21. La humanización de la sanidad pública, el Plan Dignifica. Enfermería 21. 2024
10. Ley/ Decreto 72/2021, de 15 de junio, de ordenación de las estructuras organizativas y gestión coordinada de las actuaciones de humanización de la asistencia sanitaria y sociosanitaria de Castilla-La Mancha. DOCM. 2021;120:1-5

Artículo 162

SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, COMPARACIÓN ENTRE UNIDADES HOSPITALARIAS GENERALES Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

JULIA ESTEBAN ALVAREZ

CLARA ARTETA PINILLA

LORENA APERTE GOÑI

ALICIA GARIJO HORNILLOS

YAIZA PASQUIER URMENETA

LIDIA PARDO HERRERA

El síndrome de burnout constituye un problema relevante en los profesionales de enfermería debido a la exposición constante a estresores laborales, especialmente en contextos hospitalarios. La intensidad del trabajo, el contacto continuo con el sufrimiento humano y las condiciones organizativas influyen en su desarrollo y en la calidad de vida del personal sanitario.

Comparar la prevalencia del síndrome de burnout y sus dimensiones en profesionales de enfermería de hospitales generales y de unidades de cuidados intensivos, así como su relación con el estrés laboral y la calidad de vida.

Se realizó una revisión comparativa de dos estudios cuantitativos de diseño transversal. El primero analizó a 502 profesionales de enfermería de un hospital filantrópico en Brasil, evaluando burnout, estrés laboral y calidad de vida mediante instrumentos validados. El segundo estudió a 83 profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos de hospitales españoles, centrándose exclusivamente en la prevalencia del burnout mediante el Maslach Burnout Inventory.

El estudio brasileño reportó una prevalencia del síndrome de burnout del 20,9%, asociada a alta demanda psicológica, bajo control laboral, escaso apoyo social y peor percepción de la calidad de vida. En contraste, el estudio español mostró niveles globales bajos de burnout, con adecuada realización personal y menor agotamiento emocional, aunque identificó subgrupos vulnerables según edad, antigüedad y turno laboral.

Ambos estudios evidencian que el burnout en enfermería está influido por el contexto laboral y organizativo. La inclusión de variables como el estrés laboral y la calidad de vida permite una comprensión más integral del fenómeno y refuerza la necesidad de estrategias preventivas adaptadas a cada entorno asistencial.

1 Palabras clave

Síndrome de burnout; enfermería; estrés laboral; calidad de vida; unidades de cuidados intensivos.

2 Introducción

El síndrome de burnout se ha consolidado como uno de los principales riesgos psicosociales en el ámbito sanitario, especialmente entre los profesionales de enfermería. Este colectivo se enfrenta de manera cotidiana a situaciones emocionalmente exigentes, como el cuidado de pacientes graves, el contacto con el sufrimiento y la muerte, la presión asistencial, la sobrecarga de trabajo y las limitaciones organizativas. Estas condiciones convierten a la enfermería en un grupo particularmente vulnerable al desgaste profesional.

Desde su conceptualización inicial por Freudenberger y posteriormente por Maslach, el burnout se ha definido como un síndrome tridimensional compuesto por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. El agotamiento emocional se refiere a la sensación de estar emocionalmente exhausto y sin recursos para afrontar el trabajo; la despersonalización implica actitudes negativas, frías o cínicas hacia los pacientes; y la disminución de la realización personal se relaciona con sentimientos de ineffectividad y falta de logro profesional.

El entorno hospitalario constituye un escenario especialmente propicio para el desarrollo del burnout. Las exigencias físicas y psicológicas, la presión del tiempo, la toma de decisiones críticas y la responsabilidad sobre la vida de los pacientes generan elevados

niveles de estrés laboral. Este estrés, cuando se mantiene de forma crónica y no se ve compensado por mecanismos de afrontamiento adecuados o por un apoyo organizacional suficiente, puede evolucionar hacia el síndrome de burnout.

En este contexto, el modelo demanda-control-apoyo ha sido ampliamente utilizado para explicar el estrés laboral en enfermería. Dicho modelo plantea que la combinación de altas demandas psicológicas, bajo control sobre el trabajo y escaso apoyo social incrementa el riesgo de deterioro de la salud mental. Asimismo, el estrés laboral no solo afecta al desempeño profesional, sino que repercute directamente en la calidad de vida de los trabajadores, entendida como la percepción subjetiva de bienestar físico, psicológico, social y ambiental.

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) han sido tradicionalmente consideradas áreas de alto riesgo para el desarrollo del burnout debido a la gravedad de los pacientes, la elevada carga emocional, la tecnología avanzada y la presión constante por mantener la estabilidad clínica. Sin embargo, algunos estudios han mostrado resultados contradictorios, sugiriendo que ciertos factores como la especialización, el trabajo en equipo y la percepción de competencia profesional podrían actuar como elementos protectores.

Por otro lado, los hospitales generales

también presentan condiciones laborales que favorecen el desgaste profesional, especialmente cuando existen carencias de recursos humanos, múltiples vínculos laborales, turnos prolongados y baja remuneración. La comparación entre distintos contextos asistenciales permite identificar similitudes y diferencias en la manifestación del burnout y comprender mejor los factores que influyen en su desarrollo. En este marco, resulta pertinente analizar de manera comparativa investigaciones realizadas en distintos países y contextos hospitalarios. La revisión de los estudios seleccionados permite explorar cómo el burnout se relaciona no solo con el estrés laboral, sino también con la calidad de vida, aportando una visión más amplia del impacto del trabajo en la salud de los profesionales de enfermería.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Comparar la prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de enfermería que trabajan en hospitales generales y en unidades de cuidados intensivos, a partir del análisis de dos estudios científicos.

Objetivos secundarios:

- Analizar las diferencias en las dimensiones del síndrome de burnout entre ambos contextos asistenciales.
- Examinar la relación entre el estrés laboral y el burnout en los profesio-

ales de enfermería.

- Evaluar el impacto del burnout sobre la calidad de vida de los trabajadores de enfermería.
- Identificar factores sociodemográficos y laborales asociados al desarrollo del síndrome de burnout.
- Reflexionar sobre las implicaciones de los hallazgos para la práctica profesional y la gestión sanitaria.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica comparativa de dos artículos originales que abordan el síndrome de burnout en profesionales de enfermería desde un enfoque cuantitativo. Ambos estudios presentan un diseño transversal y utilizan el Maslach Burnout Inventory (MBI) como instrumento principal para la evaluación del síndrome, lo que permite establecer comparaciones metodológicas y conceptuales.

El primer estudio fue realizado en Brasil y contó con una muestra amplia de 502 profesionales de enfermería que trabajaban en un hospital general filantrópico. Incluyó enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería que realizaban atención directa a los pacientes. Además del MBI-HSS, se emplearon el Demand-Control-Support Questionnaire para evaluar el estrés laboral y el WHOQOL-BREF para medir la calidad de vida. El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial, utilizando el coeficiente de

correlación de Spearman para examinar las relaciones entre las variables.

El segundo estudio se llevó a cabo en España y analizó a 83 profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos de tres hospitales de la provincia de Alicante. La muestra incluyó personal fijo y contratado, con diferentes turnos laborales. En este caso, el instrumento utilizado fue el MBI en su versión española, centrándose exclusivamente en la prevalencia y las dimensiones del burnout. Se analizaron variables sociodemográficas y laborales, y se aplicaron pruebas estadísticas para identificar diferencias significativas entre grupos.

Ambos estudios comparten el uso de instrumentos validados y reconocidos internacionalmente, lo que refuerza la fiabilidad de los resultados. No obstante, presentan diferencias metodológicas relevantes. El estudio brasileño incorpora un enfoque más amplio al integrar el análisis del estrés laboral y la calidad de vida, mientras que el estudio español se focaliza principalmente en la medición del burnout y en la comparación entre subgrupos.

La comparación se realizó de manera narrativa y analítica, identificando similitudes y divergencias en el diseño, la muestra, las variables estudiadas y los resultados obtenidos. Asimismo, se consideraron las limitaciones metodológicas señaladas por los autores, especialmente las derivadas del diseño transversal y del tamaño

muestral.

5 Resultados

Los resultados de ambos estudios muestran diferencias significativas en la prevalencia y manifestación del síndrome de burnout en función del contexto laboral. En el estudio brasileño, la prevalencia del síndrome de burnout fue del 20,9%, lo que indica que aproximadamente uno de cada cinco profesionales de enfermería presentaba simultáneamente alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización profesional. Además, un porcentaje considerable de participantes presentó perfiles parciales de burnout, lo que sugiere un riesgo elevado de evolución hacia el síndrome completo.

En contraste, el estudio español encontró niveles globales bajos de burnout en el personal de enfermería de cuidados intensivos. La mayoría de los participantes mostró bajo cansancio emocional, baja despersonalización y una adecuada realización personal. Solo un pequeño porcentaje cumplía criterios completos de síndrome de burnout, lo que contradice la percepción generalizada de que las UCI son entornos inherentemente más estresantes.

En cuanto a las dimensiones del burnout, el agotamiento emocional fue la más relevante en ambos estudios, aunque con distinta intensidad. En el estudio brasileño, el agotamiento emo-

cional se asoció de manera significativa con altas demandas psicológicas y bajo control sobre el trabajo. En el estudio español, el agotamiento emocional se relacionó con variables como la edad avanzada, la antigüedad laboral y la percepción de una carga excesiva de pacientes.

La despersonalización mostró asociaciones claras con el bajo apoyo social en el estudio brasileño, destacando la importancia de las relaciones interpersonales en el entorno laboral. En el estudio español, esta dimensión se vio influida principalmente por el turno de trabajo, siendo más elevada en los turnos nocturnos.

La realización personal presentó comportamientos opuestos en ambos estudios. Mientras que en el estudio brasileño la baja realización profesional se asoció al estrés laboral y a una peor calidad de vida, en el estudio español los niveles de realización personal fueron elevados, lo que podría interpretarse como un efecto protector derivado de la especialización y del reconocimiento profesional en las UCI.

Un hallazgo diferencial del estudio brasileño fue la relación significativa entre el burnout y la calidad de vida en todas sus dimensiones: física, psicológica, social y ambiental. Este enfoque integral permitió evidenciar que el impacto del burnout trasciende el ámbito laboral y afecta de manera global al bienestar del profesional.

6 Discusión-Conclusión

La comparación de los dos estudios analizados permite concluir que el síndrome de burnout en profesionales de enfermería es un fenómeno complejo y multifactorial, influido de manera significativa por el contexto laboral, organizativo y social. Aunque ambos estudios abordan el mismo constructo, los resultados muestran que la prevalencia y la intensidad del burnout varían según el entorno asistencial y las condiciones de trabajo.

El estudio realizado en un hospital general brasileño evidencia una prevalencia relevante de burnout, estrechamente relacionada con el estrés laboral y con una percepción negativa de la calidad de vida. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar no solo las demandas del trabajo, sino también el control, el apoyo social y el impacto del trabajo en la vida personal de los profesionales.

Por otro lado, el estudio desarrollado en unidades de cuidados intensivos españolas muestra niveles globales bajos de burnout, lo que sugiere que ciertos factores presentes en estos entornos, como la especialización, la cohesión del equipo y la percepción de competencia profesional, pueden actuar como elementos protectores. No obstante, también identifica subgrupos vulnerables, especialmente entre profesionales con mayor edad, antigüedad y determinados turnos laborales.

Ambos estudios coinciden en la relevancia del agotamiento emocional como dimensión central del burnout y en la necesidad de implementar estrategias preventivas orientadas a mejorar las condiciones laborales. La promoción del apoyo social, el fortalecimiento del control sobre el trabajo y el fomento de la conciliación entre la vida laboral y personal emergen como aspectos clave. En conclusión, la evidencia analizada pone de manifiesto la necesidad de abordar el síndrome de burnout desde una perspectiva integral, adaptada a las características específicas de cada contexto asistencial. La incorporación de políticas organizativas que promuevan la salud mental y la calidad de vida de los profesionales de enfermería resulta fundamental para garantizar tanto el bienestar del personal como la calidad de la atención sanitaria.

7 Bibliografía

1. Solano Ruiz, M. C., Hernández Vidal, P., Vizcaya Moreno, M. F., & Reig Ferrer, A. (2002). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva*, 13(1), 9–16.
2. Vidotti, V., Martins, J. T., Galdino, M. J. Q., Ribeiro, R. P., & Robazzi, M. L. C. C. (2019). Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. *Enfermería Global*, 18(55), 344–352. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325961>.

Artículo 163

PREVENCIÓN DE MENINGITIS EN POBLACIÓN GENERAL: REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

MIREN BAQUE ARTUCH

Introducción: la meningitis sigue siendo una causa relevante de morbilidad prevenible mediante estrategias de salud pública.

Objetivo: analizar la evidencia científica disponible sobre la prevención de la meningitis en la población general.

Metodología: revisión bibliográfica narrativa de literatura científica publicada entre 2015 y 2025 en bases de datos biomédicas y documentos institucionales.

Resultados: la vacunación frente a *Haemophilus influenzae* tipo b, *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae* es la principal medida preventiva, complementada por quimioprofilaxis en contactos estrechos y educación sanitaria.

Conclusión: el fortalecimiento de programas de vacunación y la promoción de medidas preventivas basadas en evidencia son esenciales para reducir la carga de meningitis en la población general.

1 Palabras clave

Prevención
Meningitis
Población general

agentes infecciosos, entre los que destacan bacterias como *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), responsables de la mayoría de los casos graves y potencialmente mortales en la población general (1,2). Se trata de una enfermedad de inicio habitualmente agudo, con manifestaciones clínicas que incluyen fiebre, cefalea

2 Introducción

La meningitis es una inflamación de las meninges causada principalmente por

intensa, rigidez de nuca y alteración del nivel de conciencia, y que puede evolucionar rápidamente hacia sepsis, shock y muerte si no se instaura un tratamiento precoz (1).

A pesar de los avances en diagnóstico microbiológico, antibióticos y cuidados intensivos, la meningitis bacteriana continúa asociándose a una elevada morbilidad y mortalidad. La letalidad global se sitúa entre el 5 % y el 10 %, mientras que hasta un 20 % de los supervivientes puede presentar secuelas neurológicas permanentes, como sordera, déficits cognitivos o epilepsia, con un impacto significativo en la calidad de vida y en los sistemas sanitarios (1,3). Esta carga de enfermedad es especialmente relevante en población infantil, adolescentes y adultos jóvenes, aunque también afecta de forma importante a personas mayores y grupos vulnerables (2).

La prevención constituye la estrategia más eficaz para reducir la incidencia y las consecuencias de la meningitis. En este sentido, la introducción de vacunas conjugadas frente a Hib, neumococo y meningococo ha supuesto uno de los mayores logros de la salud pública moderna, modificando de manera sustancial la epidemiología de la enfermedad en numerosos países (4,5). Programas de inmunización sistemática con altas coberturas han logrado reducciones superiores al 90 % en la incidencia de meningitis por Hib y descensos significativos de la enfer-

medad meningocócica y neumocócica invasiva (5,8,10).

No obstante, persisten importantes retos en la prevención de la meningitis, como la desigualdad en el acceso a las vacunas, la variabilidad en los calendarios vacunales entre países, la aparición de serogrupos no cubiertos por determinadas vacunas y la necesidad de reforzar estrategias complementarias como la quimioprofilaxis y la educación sanitaria (6). En este contexto, resulta pertinente realizar una revisión de la evidencia científica disponible sobre las estrategias de prevención de la meningitis en la población general, con el fin de orientar la práctica clínica y las políticas de salud pública.

3 Objetivos

Objetivo general

Analizar, mediante una revisión bibliográfica, la evidencia científica disponible sobre las estrategias de prevención de la meningitis en la población general, con especial énfasis en la vacunación como principal medida de salud pública.

Objetivos específicos

- Describir los principales agentes etiológicos responsables de la meningitis prevenible y su impacto en la salud pública.
- Identificar las vacunas disponibles frente a *Haemophilus influenzae* tipo b, *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae*, así como su efectivi-

dad en la prevención de la meningitis.

- Analizar otras estrategias preventivas complementarias, como la quimioprofilaxis en contactos estrechos y las intervenciones de educación sanitaria.
- Examinar las recomendaciones actuales de organismos internacionales en relación con la prevención de la meningitis en la población general.
- Sintetizar las principales implicaciones para la práctica clínica y la salud pública derivadas de la evidencia disponible.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de la literatura científica publicada entre 2015 y 2025. Se consultaron bases de datos biomédicas como PubMed y documentos institucionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se incluyeron revisiones sistemáticas, estudios observacionales relevantes, ensayos clínicos y guías internacionales relacionadas con la prevención de la meningitis.

Los criterios de inclusión fueron: estudios centrados en prevención primaria y secundaria de meningitis en población general, especialmente aquellos relacionados con vacunación, quimioprofilaxis y educación sanitaria. Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en tratamiento clínico o en poblaciones muy específicas sin aplicabilidad general. La síntesis de resulta-

dos se realizó de forma narrativa, siguiendo las recomendaciones generales de las guías PRISMA para revisiones no sistemáticas (7)

5 Resultados

Vacunación como principal estrategia de prevención.

La evidencia científica identifica de forma consistente la vacunación como la intervención más eficaz para la prevención primaria de la meningitis bacteriana en la población general. Las vacunas conjugadas frente a Hib han demostrado una elevada efectividad desde su introducción, con una reducción drástica de la incidencia de meningitis invasiva infantil y una práctica eliminación de la enfermedad en países con programas de vacunación sistemática y altas coberturas (5). Este impacto se ha observado tanto a nivel individual como poblacional, con beneficios adicionales derivados de la inmunidad de grupo (3,5).

Las vacunas antimeningocócicas conjugadas frente a los serogrupos A, C, W e Y han mostrado una alta eficacia para prevenir la enfermedad meningocócica invasiva, incluida la meningitis, y reducir la transmisión al disminuir la colonización nasofaríngea (8). La evidencia respalda su inclusión en calendarios vacunales infantiles y, en determinados contextos epidemiológicos, en adolescentes y adultos jóvenes, grupos con mayor riesgo de transmisión (4,8).

En relación con el meningococo del serogrupo B, las vacunas basadas en proteínas recombinantes han demostrado efectividad para reducir la incidencia de meningitis y sepsis meningocócica en países que las han incorporado de forma sistemática o en campañas específicas (9). Aunque su impacto poblacional es más reciente, los datos disponibles apoyan su contribución a la prevención de la enfermedad invasiva (9).

Las vacunas neumocócicas conjugadas (PCV10 y PCV13) han tenido un efecto significativo en la reducción de la meningitis neumocócica y de la mortalidad asociada a la enfermedad neumocócica invasiva, especialmente en población infantil, con beneficios indirectos en otros grupos de edad (10). Diversos estudios observacionales han documentado descensos sostenidos de la incidencia tras su introducción en los programas nacionales de inmunización (3,10).

Quimioprofilaxis y medidas preventivas complementarias.

Además de la vacunación, la quimioprofilaxis antibiótica en contactos estrechos de casos confirmados de meningitis meningocócica constituye una estrategia eficaz para prevenir la aparición de casos secundarios (6). Esta medida está especialmente indicada en convivientes, contactos íntimos y entornos cerrados como centros educativos o residencias, y debe aplicarse de forma precoz conforme a los protocolos

de salud pública (6).

La educación sanitaria y la sensibilización de la población general representan medidas complementarias relevantes. La promoción del reconocimiento temprano de los síntomas de alarma, la importancia de la vacunación y la adherencia a las recomendaciones sanitarias contribuyen a mejorar la prevención global de la meningitis y a reducir retrasos diagnósticos (3,11). Asimismo, el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica permite detectar brotes de forma temprana y optimizar las estrategias preventivas (2,4).

6 Discusión-Conclusión

La evidencia científica disponible demuestra de forma consistente que la vacunación frente a los principales agentes bacterianos causantes de meningitis es la intervención preventiva más eficaz en la población general. La introducción de vacunas conjugadas ha permitido reducir de manera significativa la incidencia, la mortalidad y las secuelas asociadas a esta enfermedad (4,5,8,10).

No obstante, persisten desafíos importantes relacionados con la cobertura vacunal desigual, la aparición de serogrupos no incluidos en algunas vacunas y la necesidad de reforzar la educación sanitaria y la vigilancia epidemiológica. La combinación de altas coberturas de vacunación, quimioprofilaxis

dirigida en contactos estrechos y estrategias educativas constituye el enfoque más efectivo para la prevención integral de la meningitis.

En conclusión, el fortalecimiento de los programas de inmunización y la aplicación de medidas preventivas basadas en evidencia científica son esenciales para continuar reduciendo la carga de la meningitis en la población general.

7 Bibliografía

1. Van de Beek D, Brouwer MC, Hasbun R, Koedel U, Whitney CG, Wijdicks EFM. Community-acquired bacterial meningitis. *Lancet*. 2016;388(10063):3036–47.
2. World Health Organization. Defeating meningitis by 2030: global road map. Geneva: WHO; 2021.
3. Davis S, Feikin D, Johnson HL. The effect of *Haemophilus influenzae* type b and pneumococcal conjugate vaccines on childhood meningitis mortality. *BMC Public Health*. 2013;13(Suppl 3):S21.
4. World Health Organization. Meningitis vaccines: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec*. 2020;95:241–56.
5. Peltola H. Worldwide *Haemophilus influenzae* type b disease at the beginning of the 21st century. *Clin Microbiol Rev*. 2000;13(2):302–17.
6. Heymann DL, editor. *Control of Communicable Diseases Manual*. 21st ed. Washington DC: APHA; 2022.

7. Page MJ, et al. PRISMA 2020 statement. *BMJ*. 2021;372:n71.
8. Borrow R, et al. The global meningococcal initiative. *J Infect*. 2017;74(2):89–103.
9. Perdikidis Olivieri L, et al. Effectiveness of meningococcal group B vaccine. *N Engl J Med*. 2023;388:200–11.
10. Whitney CG, et al. Decline in invasive pneumococcal disease after conjugate vaccine introduction. *N Engl J Med*. 2003;348:1737–46.
11. Organización Panamericana de la Salud. Meningitis: información técnica. OPS; 2023.

Artículo 164

MANEJO DE SISTEMAS DE OXIGENOTERAPIA: COMPETENCIAS DE LA ENFERMERÍA EN PACIENTES RESPIRATORIOS

ANDREA GIRON HERNANDEZ

CRISTINA RECALDE VALLEJO

PABLO GARCÍA ECED

NOELIA GAJATE GARMENDIA

CARMEN SANCHO MUR

GEMA SANTED MORATA

Resumen: el manejo adecuado de los sistemas de oxigenoterapia es fundamental para corregir la hipoxemia y mejorar el pronóstico de pacientes con insuficiencia respiratoria. La enfermería juega un rol esencial en la administración, monitorización y educación, aunque enfrenta desafíos como errores en la selección de dispositivos y falta de capacitación actualizada.

Objetivos: analizar las competencias de la enfermería en el manejo de sistemas de oxigenoterapia en pacientes respiratorios. · Identificar los principales desafíos en la aplicación de protocolos de oxigenoterapia. · Proponer estrategias para optimizar el uso de dispositivos de oxigenoterapia en contextos hospitalarios.

Metodología: se realizó una revisión sistemática de literatura científica (2015-2024) en bases como PubMed, Scopus y guías de organizaciones como la OMS y sociedades de neumología, incluyendo estudios sobre oxigenoterapia y rol de enfermería. **Resultados:** la enfermería es clave en la selección y manejo de dispositivos,

pero se detectaron barreras como falta de formación continua y riesgos de hiperoxia o infecciones asociadas.

Conclusiones: una gestión eficiente requiere competencias sólidas en enfermería, respaldadas por capacitación permanente y protocolos estandarizados para garantizar seguridad y eficacia.

1 Palabras clave

Oxigenoterapia; sistemas de administración de oxígeno; competencias de enfermería; pacientes respiratorios; insuficiencia respiratoria; seguridad del paciente

2 Introducción

La oxigenoterapia consiste en la administración de oxígeno a concentraciones superiores a las presentes en el aire ambiental (21%) con el objetivo principal de tratar o prevenir la hipoxemia, asegurando un adecuado aporte de oxígeno a los tejidos y corrigiendo la hipoxia tisular en pacientes con alteraciones respiratorias. Este tratamiento es fundamental en una amplia variedad de patologías, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), neumonías graves, insuficiencia respiratoria aguda, exacerbaciones de asma, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) o complicaciones respiratorias asociadas a infecciones como la COVID-19, donde la hipoxemia puede comprometer rápidamente la función de órganos vitales como el corazón, el cerebro y los riñones.

En los últimos años, la oxigenoterapia ha evolucionado significativamente, incorporando dispositivos más precisos y eficaces, como las cánulas nasales de alto flujo (CNAF), que no solo proporcionan flujos elevados de oxígeno (hasta 60 L/min) sino que también ofrecen humidificación y calentamiento del gas, mejorando la tolerancia del paciente y reduciendo la necesidad de ventilación mecánica invasiva en muchos casos. Según revisiones recientes, estos sistemas han demostrado reducir las tasas de intubación y mejorar los outcomes clínicos en pacientes con insuficiencia respiratoria moderada a grave.

La enfermería desempeña un rol central y protagónico en el manejo de los sistemas de oxigenoterapia, siendo responsable de la evaluación inicial de las necesidades de oxígeno del paciente, la selección del dispositivo más adecuado según la fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) requerida, la colocación correcta del equipo, la titulación precisa de los flujos, la monitorización continua de la respuesta terapéutica (mediante pulsioximetría, frecuencia respiratoria y signos vitales) y la prevención de complicaciones asociadas. Además, las enfermeras son clave en la educación al

paciente y a la familia sobre el uso correcto del dispositivo, la importancia del cumplimiento terapéutico y los signos de alarma que requieren atención inmediata.

Sin embargo, este rol no está exento de desafíos. Estudios destacan que hasta un 40% de los profesionales de enfermería pueden no estar completamente actualizados en los protocolos más recientes, especialmente en el manejo de dispositivos de alto flujo, lo que puede llevar a errores en la titulación del oxígeno, riesgo de hiperoxia (consecuencias como toxicidad pulmonar por radicales libres o vasoconstricción coronaria) o hipercapnia en pacientes con EPOC. Otros obstáculos incluyen la resistencia al cambio de protocolos, limitaciones en infraestructuras (especialmente en entornos rurales o con recursos limitados) y la percepción de complejidad en algunos sistemas, que pueden generar prácticas inconsistentes.

Un manejo inadecuado de la oxigenoterapia no solo compromete la eficacia del tratamiento, sino que puede derivar en complicaciones graves: la hipoxemia persistente acelera el daño multiorgánico, mientras que la hiperoxia prolongada genera estrés oxidativo, atelectasias por absorción, irritación de mucosas o, en casos extremos, toxicidad sistémica. Durante la pandemia de COVID-19, por ejemplo, el mal ajuste de dispositivos contribuyó a un aumento en las complicaciones res-

piratorias, subrayando la necesidad de una aplicación precisa y monitorizada. Los sistemas de oxigenoterapia se clasifican principalmente en dispositivos de bajo flujo (como cánulas nasales, que proporcionan FiO_2 de 24-44% con flujos de 1-6 L/min; mascarillas simples, hasta 40-60%; o mascarillas con reservorio parcial, hasta 90%) y de alto flujo (como las mascarillas Venturi, que ofrecen FiO_2 precisa de 24-50%, o las CNAF, que alcanzan hasta 100% con mayor comodidad gracias a la humidificación). La elección depende de la gravedad de la hipoxemia, el patrón respiratorio del paciente y la tolerancia individual.

Este artículo analiza las competencias específicas de la enfermería en el manejo de estos sistemas, identifica los principales desafíos en su implementación diaria y propone estrategias basadas en evidencia para optimizar la oxigenoterapia, promoviendo una atención segura, eficaz y centrada en el paciente en diversos contextos hospitalarios.

3 Objetivos

- Analizar las competencias de la enfermería en el manejo de sistemas de oxigenoterapia en pacientes respiratorios.
- Identificar los principales desafíos en la aplicación de protocolos de oxigenoterapia.
- Proponer estrategias para optimizar el uso de dispositivos de oxigenoterapia

en contextos hospitalarios.

4 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de literatura publicada entre 2015 y 2024, consultando bases de datos como PubMed, Scopus y guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS), British Thoracic Society (BTS) y sociedades españolas de neumología. Se incluyeron estudios clínicos, revisiones y guías sobre oxigenoterapia, dispositivos y rol de enfermería en pacientes adultos con insuficiencia respiratoria.

5 Resultados

La revisión sistemática de la literatura científica y las guías clínicas consultadas confirma el rol protagónico de la enfermería en el manejo de los sistemas de oxigenoterapia, destacando su impacto directo en la seguridad del paciente, la eficacia terapéutica y la prevención de complicaciones en individuos con insuficiencia respiratoria. Los resultados se organizan en torno a las competencias específicas de la enfermería, los desafíos identificados en la práctica diaria y las estrategias demostradas como efectivas para optimizar este proceso.

Competencias de la Enfermería en el Manejo de Oxigenoterapia

La enfermería posee un conjunto de competencias técnicas y clínicas esenciales para garantizar una oxigenoter-

apia segura y efectiva. Estas incluyen la evaluación inicial del estado respiratorio del paciente mediante la medición de la saturación de oxígeno (SpO_2) por pulsioximetría, la interpretación de gasometría arterial cuando está disponible, y la identificación de signos clínicos de hipoxemia (cianosis, taquipnea, uso de musculatura accesoria, confusión). Una vez confirmada la necesidad de oxígeno suplementario, la enfermera debe seleccionar el dispositivo más adecuado en función de la FiO_2 requerida, el patrón ventilatorio del paciente, su nivel de conciencia y la tolerancia esperada.

Los sistemas de oxigenoterapia se dividen principalmente en dos categorías: de bajo flujo y de alto flujo. Los dispositivos de bajo flujo (cánulas nasales, mascarillas simples y mascarillas con reservorio parcial) dependen del volumen minuto del paciente para determinar la FiO_2 real entregada, lo que los hace menos precisos en casos de taquipnea o respiración bucal. Por ejemplo, las cánulas nasales administran flujos de 1 a 6 L/min, logrando una FiO_2 aproximada de 24-44%, y son el dispositivo de elección en pacientes estables con hipoxemia leve a moderada debido a su comodidad y bajo riesgo de reinalación de CO_2 . Las mascarillas simples permiten flujos de 5-10 L/min (FiO_2 40-60%), mientras que las mascarillas con reservorio parcial no reinhalante alcanzan FiO_2 de hasta 90% con flujos de 10-15 L/min.

En contraste, los sistemas de alto flujo, como las mascarillas Venturi y las CNAF, ofrecen mayor precisión y beneficios adicionales. Las mascarillas Venturi entregan FiO_2 exactas (24-50%) independientemente del patrón respiratorio, gracias a su sistema de arrastre de aire ambiental, siendo ideales para pacientes con EPOC donde se requiere evitar hiperoxia y retención de CO_2 . Las CNAF, por su parte, proporcionan flujos de hasta 60 L/min con FiO_2 de hasta 100%, incorporando humidificación activa y calentamiento del gas a 37°C , lo que reduce la sequedad mucosal, mejora el aclaramiento mucociliar y genera una presión positiva en vías aéreas (PEEP fisiológica) de 3-5 cmH_2O . Estudios clínicos recientes han demostrado que las CNAF reducen significativamente la necesidad de intubación orotraqueal en pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda, con tasas de éxito superiores al 70% en comparación con oxigenoterapia convencional.

Además de la selección y colocación correcta del dispositivo (ajuste de cánulas, verificación de sellado en mascarillas, conexión segura a la fuente de oxígeno), la enfermería es responsable de la titulación progresiva del flujo según objetivos terapéuticos (generalmente SpO_2 88-92% en pacientes con riesgo de hipercapnia, y 94-98% en el resto), la humidificación adecuada (especialmente en flujos >4 L/min para prevenir epistaxis y discomfort), la pre-

vención de infecciones nosocomiales mediante cambio periódico de circuitos y el registro detallado de parámetros en la historia clínica. Un aspecto clave es la monitorización continua y la reevaluación periódica, ajustando o suspendiendo la oxigenoterapia cuando el paciente alcanza estabilidad clínica.

La educación al paciente y familia constituye otra competencia fundamental: explicar el propósito del tratamiento, enseñar el uso correcto (evitar retirar la cánula, no fumar cerca de la fuente de oxígeno por riesgo de incendio), reconocer signos de alarma y promover el cumplimiento en el alta hospitalaria o domicilio.

Desafíos en el Manejo de Oxigenoterapia

A pesar de estas competencias bien definidas, la implementación diaria enfrenta múltiples barreras. La falta de capacitación continua es uno de los principales obstáculos identificados en la literatura: revisiones sistemáticas indican que entre el 30-50% del personal de enfermería en hospitales públicos no está completamente actualizado en el manejo de dispositivos de alto flujo, especialmente las CNAF, introducidas masivamente durante la pandemia de COVID-19. Esta brecha formativa deriva en errores frecuentes, como la sobreoxigenación en pacientes con EPOC (riesgo de hipercapnia y acidosis respiratoria) o la infraoxigenación por selección inadecuada del dispositivo.

Otro desafío significativo es la re-

sistencia al cumplimiento de protocolos estandarizados. Algunos profesionales perciben la monitorización estricta como una carga adicional de trabajo, lo que lleva a prácticas inconsistentes, como no titular el oxígeno según objetivos específicos o no humidificar flujos altos. En entornos con alta carga asistencial, la priorización de tareas puede relegar la reevaluación periódica de la oxigenoterapia.

Las limitaciones infraestructurales agravan la situación, particularmente en hospitales rurales o de países en desarrollo: escasez de pulsioxímetros funcionales, falta de sistemas centralizados de oxígeno, ausencia de CNAF o humidificadores activos, y circuitos contaminados por mantenimiento deficiente. Durante crisis sanitarias, como la pandemia de COVID-19, estos problemas se magnificaron, con reportes de mal ajuste de dispositivos que contribuyeron a progresión de la enfermedad y mayor mortalidad.

Las complicaciones asociadas al manejo inadecuado representan un riesgo importante: hiperoxia prolongada (toxicidad por radicales libres, atelectasias por absorción, depresión respiratoria), irritación y ulceración de mucosas nasales, infecciones respiratorias nosocomiales por circuitos contaminados, y riesgo de incendio por manipulación incorrecta cerca de fuentes de oxígeno. Estudios observacionales han reportado que hasta el 25% de los eventos adversos relacionados con ox-

igenoterapia son prevenibles mediante una mejor adherencia a protocolos por parte del personal de enfermería.

Estrategias para Optimizar el Manejo

La literatura revisada propone varias estrategias exitosas para superar estos desafíos. Los programas de capacitación continua, basados en simulación clínica y actualización anual de guías (como las de la British Thoracic Society o la Sociedad Española de Neumología), han demostrado reducir errores en un 40-60%. Estos programas deben incluir módulos prácticos sobre selección de dispositivos, titulación segura y reconocimiento temprano de complicaciones.

La implementación de protocolos estandarizados institucionales, con algoritmos claros para iniciación, ajuste y destete de oxigenoterapia, mejora la consistencia y seguridad. El uso de checklists diarios por parte de enfermería (verificación de FiO_2 , humidificación, integridad del circuito) ha probado ser efectivo en auditorías clínicas.

La inversión en tecnología moderna es crucial: dotación de CNAF en unidades de cuidados intermedios, pulsioximetría continua inalámbrica y sistemas de monitoreo remoto permiten una respuesta más rápida. Además, aplicaciones digitales para registro y alertas automáticas facilitan el cumplimiento.

Fomentar una cultura de seguridad compartida, involucrando a enfermería

en comités de calidad, auditorías periódicas y retroalimentación constructiva, incrementa la adherencia. Experiencias exitosas en hospitales que han implementado equipos interdisciplinarios (médico-enfermería-fisioterapia) muestran reducciones significativas en complicaciones respiratorias y estancias hospitalarias.

En resumen, los resultados de esta revisión subrayan que una gestión óptima de la oxigenoterapia depende directamente de las competencias sólidas y actualizadas de la enfermería, superando barreras mediante formación continua, protocolos claros y recursos adecuados.

6 Discusión-Conclusión

El manejo de sistemas de oxigenoterapia representa una competencia clave de la enfermería en el cuidado de pacientes respiratorios, contribuyendo directamente a la seguridad y eficacia terapéutica. Los desafíos identificados, como la falta de formación y riesgos asociados, pueden superarse mediante capacitación continua, protocolos claros e inversión en dispositivos modernos. En conclusión, la participación activa de la enfermería, respaldada por evidencia científica, es esencial para una oxigenoterapia segura y efectiva en entornos hospitalarios. Un manejo inadecuado de la oxigenoterapia no solo compromete la eficacia del tratamiento, sino que puede derivar

en complicaciones graves: la hipoxemia persistente acelera el daño multiorgánico, mientras que la hiperoxia prolongada genera estrés oxidativo, atelectasias por absorción, irritación de mucosas o, en casos extremos, toxicidad sistémica.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Technical specifications for oxygen therapy devices. Ginebra: OMS/UNICEF.
2. O'Driscoll, B.R. et al. (2017). BTS guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. British Thoracic Society.
3. Moreno Obrador, A. (2022). Actualización de la oxigenoterapia en enfermería. Npunto.
4. Fernández, R. & Fernández, D. (2023). Guía didáctica para enfermería: Módulo oxigenoterapia. Editorial UPTC.
5. Jacobs, S.S. et al. (2020). Home oxygen therapy for adults with chronic lung disease. American Thoracic Society.
6. Rojas, J.A. et al. (2021). Recomendaciones para el uso racional de oxígeno en pandemia. Infectio.

Artículo 165

EL ADMINISTRATIVO EN UNIDADES NEONATALES: ORGANIZACIÓN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

GABRIELA BOUR

SUSANA ATRIÁN CASANOVA

SILVIA BLANC OMEDES

ANA BASILISA ROCHE BORGE

ROMAN LOBERA MOLINA

ELENA VAL CALVO

Resumen: la organización eficiente de las unidades neonatales es crucial para proporcionar cuidados especializados a recién nacidos vulnerables. El personal administrativo juega un rol esencial en la gestión logística, documental y de recursos, aunque enfrenta desafíos como alta carga de trabajo y limitaciones en digitalización.

Objetivos:

- Analizar el rol del personal administrativo en la organización de cuidados especializados en unidades neonatales.
- Identificar los principales desafíos en la gestión administrativa de estas unidades.
- Proponer estrategias para optimizar la organización y el soporte administrativo en entornos neonatales.

Metodología: se realizó una revisión sistemática de literatura científica y normativa (2010-2025) en bases como PubMed, Scopus, SciELO y documentos de sociedades

como la Sociedad Española de Neonatología (SENeo), incluyendo guías sobre organización de unidades neonatales y funciones del personal no sanitario.

Resultados: el administrativo es clave en la admisión, documentación y coordinación, pero se identificaron barreras como falta de formación específica y sobrecarga en unidades de alta complejidad.

Conclusiones: una gestión administrativa eficiente requiere integración multidisciplinaria, capacitación continua y herramientas digitales para apoyar los cuidados especializados y mejorar outcomes neonatales.

1 Palabras clave

Unidades neonatales; personal administrativo; organización de cuidados; gestión hospitalaria; auxiliares administrativos; neonatología; seguridad del paciente

2 Introducción

Las unidades neonatales, especialmente las de cuidados intensivos (UCIN), representan entornos altamente especializados dedicados a la atención de recién nacidos prematuros, de bajo peso al nacer o con patologías complejas que requieren monitorización continua y intervenciones avanzadas. Estas unidades se clasifican en diferentes niveles de complejidad (I, II y III), según las recomendaciones de organizaciones como la Sociedad Española de Neonatología (SENeo) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), para garantizar una atención jerarquizada y eficiente en redes perinatales. El objetivo principal es reducir la morbilidad neonatal mediante cuidados integrales que involucran no

solo al equipo clínico (neonatólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería), sino también al personal de soporte, incluyendo el administrativo.

El personal administrativo en estas unidades —generalmente auxiliares administrativos o personal de gestión— desempeña un rol fundamental en la organización diaria, actuando como enlace entre el equipo asistencial, las familias y los servicios hospitalarios. Sus funciones incluyen la gestión de admisiones y altas, el manejo de documentación clínica (historias clínicas, consentimientos informados, registros de ingresos), la coordinación de citas para seguimientos ambulatorios, el control de stocks de material y la atención inicial a familias en momentos de alta emocionalidad. En contextos de alta presión, como ingresos urgentes o traslados neonatales, su labor asegura la fluidez operativa, evitando demoras que podrían impactar en la seguridad del paciente.

Sin embargo, este rol enfrenta desafíos significativos. La falta de formación específica en neonatología puede generar errores en la tramitación de docu-

mentos sensibles, mientras que la sobrecarga administrativa en unidades de nivel III —con alto volumen de pacientes complejos— incrementa el riesgo de burnout y reduce la eficiencia. Además, en entornos con recursos limitados (hospitales rurales o en países en desarrollo), las limitaciones infraestructurales y la ausencia de digitalización completa obstaculizan la gestión efectiva. Un manejo inadecuado puede derivar en retrasos en traslados, errores en registros o insatisfacción familiar, afectando indirectamente los outcomes clínicos.

La integración del personal administrativo en el equipo multidisciplinario es esencial para una organización óptima. Normativas como las recomendaciones de la SENeo destacan la necesidad de contar con auxiliares administrativos en función del tamaño y complejidad de la unidad, para apoyar la logística y permitir que el personal clínico se centre en los cuidados directos. Este artículo analiza el rol específico del administrativo en la organización de cuidados especializados, identifica desafíos clave y propone estrategias basadas en evidencia para mejorar su contribución en unidades neonatales.

3 Objetivos

- Analizar el rol del personal administrativo en la organización de cuidados especializados en unidades neonatales.

- Identificar los principales desafíos en la gestión administrativa de estas unidades.

- Proponer estrategias para optimizar la organización y el soporte administrativo en entornos neonatales.

4 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de literatura publicada entre 2010 y 2025, consultando bases de datos como PubMed, Scopus, SciELO y documentos normativos de la SENeo, OMS y ministerios de salud de países hispanohablantes. Se incluyeron guías sobre organización de unidades neonatales, funciones del personal no sanitario y experiencias en gestión hospitalaria neonatal.

5 Resultados

La revisión de la literatura y las guías normativas consultadas, como las de la Sociedad Española de Neonatología (SENeo) y experiencias en unidades neonatales de diversos centros hospitalarios, resalta el rol esencial del personal administrativo en la organización de UCIN. Aunque este personal no participa directamente en la atención clínica, su contribución es indispensable para el funcionamiento fluido de estas unidades altamente complejas, donde la coordinación logística y documental impacta directamente en la seguridad y eficiencia de los cuidados.

Los resultados se estructuran en torno al rol específico del administrativo, los desafíos identificados y las estrategias propuestas para su optimización.

Rol del Personal Administrativo en la Organización de Cuidados Especializados.

El personal administrativo, compuesto principalmente por auxiliares administrativos o secretarías, forma parte integral de la estructura de las unidades neonatales, según estándares establecidos por la SENeO y normativas hospitalarias. En unidades de nivel III (máxima complejidad), se recomienda la presencia de al menos un administrativo dedicado, aumentando según el volumen de pacientes (por ejemplo, dos en servicios con más de 45 camas). Sus funciones abarcan la gestión de admisiones urgentes y programadas, el registro preciso de datos demográficos y clínicos en historias electrónicas o físicas, la tramitación de altas hospitalarias, traslados interhospitalarios y coordinación con redes de transporte neonatal.

En el día a día, el administrativo actúa como primer punto de contacto con las familias, proporcionando información sobre horarios de visitas, derechos de los padres (como el acceso ilimitado en unidades centradas en la familia) y procedimientos administrativos, lo que contribuye a una atención humanizada y reduce la ansiedad parental en entornos de alta emocionalidad. Además, gestionan documentación le-

gal sensible, como consentimientos informados para procedimientos, partes de nacimiento, registros de cribados neonatales (auditivos, metabólicos) y solicitudes a servicios de apoyo (farmacia, laboratorio, radiología).

Otras competencias clave incluyen el control de inventarios de material no clínico (papelería, formularios), la elaboración de informes estadísticos sobre actividad de la unidad (ingresos, ocupación, mortalidad) y el apoyo en la programación de citas para seguimientos ambulatorios en consultas de neonatología de alto riesgo. En ejemplos concretos, como el Hospital Universitario La Paz, se describen auxiliares dedicados a secretaría, informes, archivo y registro de programas específicos, liberando al equipo clínico (neonatólogos, enfermeras) para enfocarse en cuidados directos.

Esta labor logística asegura la continuidad operativa: por instancia, en ingresos urgentes de prematuros extremos, el administrativo coordina la documentación inmediata para activar protocolos de traslado o intervención, evitando demoras que podrían comprometer la estabilidad del neonato. La integración del administrativo en el equipo multidisciplinario promueve una organización jerarquizada, donde su rol de soporte permite cumplir con estándares de calidad, como los de atención centrada en la familia y desarrollo (NIDCAP).

Desafíos en la Gestión Administrativa.

A pesar de su importancia, la gestión administrativa en unidades neonatales enfrenta barreras significativas. La falta de capacitación específica en neonatología es un problema recurrente: muchos auxiliares administrativos provienen de formación general en gestión administrativa, sin módulos dedicados a terminología neonatal, manejo de datos sensibles (confidencialidad en casos de prematuridad extrema o malformaciones) o protocolos de emergencia, lo que genera errores en registros que pueden tener implicaciones legales o clínicas.

La sobrecarga de trabajo es otro desafío mayor, especialmente en unidades de nivel III con alta rotación de pacientes (ingresos diarios por prematuridad, asfixia perinatal o patologías quirúrgicas). La presión emocional derivada del contacto con familias en situaciones críticas aumenta el riesgo de burnout, mientras que la resistencia a la digitalización en centros con recursos limitados (papel vs. sistemas electrónicos integrados) provoca duplicidades y demoras.

En contextos rurales o con infraestructuras obsoletas, la ausencia de herramientas digitales (historias clínicas electrónicas compartidas) complica la coordinación con otros servicios, generando retrasos en traslados o acceso a resultados de pruebas. Además, la fragmentación institucional —falta de protocolos estandarizados para tareas administrativas— y la escasez de personal (en algunas unidades, un solo

administrativo para turnos extendidos) incrementan errores, como inconsistencias en registros que afectan auditorías o estadísticas nacionales.

La pandemia y crisis sanitarias han agravado estos problemas, con aumento de documentación (consentimientos para visitas restringidas) y mayor carga emocional. Estudios y guías destacan que hasta el 40-50% de incidencias administrativas en UCIN se relacionan con brechas formativas o sobrecarga, impactando indirectamente en outcomes neonatales al distraer recursos clínicos.

Estrategias para Optimizar la Organización y Soporte Administrativo

Para superar estos desafíos, la literatura propone estrategias basadas en evidencia y experiencias exitosas. Los programas de capacitación continua son prioritarios: formación específica en neonatología básica (terminología, protocolos de confidencialidad, manejo de crisis emocionales con familias) y habilidades digitales, reduciendo errores en un 30-40% según casos implementados.

La implementación de sistemas digitales integrados (historias clínicas electrónicas, plataformas de gestión como SELENE o similares) optimiza procesos: automatización de admisiones, alertas para traslados y acceso compartido a datos, minimizando papel y duplicidades. Protocolos estandarizados con checklists diarios (verificación de registros, inventarios) y auditorías periódicas

cas mejoran la precisión.

La inversión en dotación adecuada — aumentar personal según complejidad de la unidad— y promoción de equipos multidisciplinarios (incluyendo administrativos en reuniones de calidad) fomentan una cultura de responsabilidad compartida. Estrategias como rotación de tareas, soporte psicológico para manejo emocional y uso de aplicaciones para coordinación familiar (información vía app) han demostrado eficacia en centros modelo.

Finalmente, la integración en redes perinatales regionales facilita traslados administrativos fluidos, mientras que la medición de indicadores (tiempos de procesamiento, satisfacción familiar) permite mejora continua. Experiencias en Latinoamérica y España muestran que estas iniciativas reducen incidencias y mejoran la eficiencia global de la unidad.

En síntesis, los resultados subrayan que el personal administrativo es un pilar logístico en las UCIN, cuya optimización mediante formación, digitalización y protocolos claros potencia los cuidados especializados y contribuye a mejores outcomes neonatales.

6 Discusión-Conclusión

La organización de cuidados especializados en unidades neonatales representa un desafío multidisciplinario donde cada rol, incluido el administrativo, contribuye de manera significa-

tiva al funcionamiento global y a la calidad asistencial. Este artículo ha evidenciado que el personal administrativo no es un mero soporte logístico, sino un elemento clave para garantizar la fluidez operativa en entornos de alta complejidad y emocionalidad, como las UCIN. Sus funciones en la gestión de admisiones, documentación, coordinación con servicios externos y atención inicial a familias permiten que el equipo clínico —neonatólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería— se centre en los cuidados directos del neonato, optimizando recursos y reduciendo riesgos asociados a demoras administrativas.

Los resultados obtenidos coinciden con las recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología (SENeo) y la OMS, que enfatizan la necesidad de integrar personal administrativo en proporción a la complejidad de la unidad. En unidades de nivel III, donde se concentran prematuros extremos, patologías quirúrgicas o síndromes malformativos, la ausencia o insuficiencia de este soporte genera cuellos de botella que pueden comprometer la seguridad del paciente: retrasos en traslados, errores en registros que afectan la continuidad asistencial o insatisfacción familiar que impacta en la adherencia a protocolos como el método madre canguro o la lactancia materna.

Uno de los aspectos más destacados es la brecha formativa identificada. Aunque el administrativo no requiere

conocimientos clínicos profundos, la falta de capacitación específica en terminología neonatal, manejo de datos sensibles bajo la Ley de Protección de Datos y protocolos de emergencia emocional con familias genera incidencias evitables. En contextos de alta presión, como ingresos masivos por prematuridad o crisis perinatales, esta limitación se agrava, incrementando el estrés laboral y el riesgo de burnout. La sobrecarga administrativa, especialmente en turnos nocturnos o festivos con personal reducido, resalta la necesidad de dimensionar correctamente las plantillas según estándares internacionales.

Otro punto crítico es la digitalización incompleta en muchos centros, particularmente en hospitales públicos o rurales. La persistencia de procesos en papel duplica esfuerzos, favorece errores humanos y complica la interoperabilidad con redes perinatales regionales. Experiencias exitosas en centros como el Hospital 12 de Octubre o el Vall d'Hebron demuestran que la implementación de historias clínicas electrónicas integradas y plataformas de gestión reduce significativamente los tiempos de procesamiento administrativo y mejora la trazabilidad de los casos.

Las estrategias propuestas — capacitación continua, protocolos estandarizados con checklists, aumento de dotación y promoción de equipos multidisciplinarios— han demostrado eficacia en la literatura revisada. Pro-

gramas de formación que incluyen módulos sobre atención centrada en la familia y desarrollo (NIDCAP), manejo de confidencialidad y comunicación empática con padres en duelo o ansiedad contribuyen a una cultura de responsabilidad compartida. Asimismo, la inclusión del administrativo en reuniones clínicas periódicas y comités de calidad fomenta su identificación con los objetivos asistenciales, mejorando la motivación y reduciendo la rotación de personal.

En términos de impacto, una gestión administrativa óptima no solo incrementa la eficiencia operativa, sino que influye indirectamente en outcomes neonatales: menor tiempo de respuesta en traslados, mejor coordinación de pruebas diagnósticas y mayor satisfacción familiar, factores asociados a reducción de morbilidad y estancias hospitalarias prolongadas. En el contexto actual, marcado por la escasez de recursos humanos en sanitarios y el envejecimiento de plantillas, fortalecer este rol representa una inversión rentable y sostenible.

Futuros esfuerzos deberían centrarse en desarrollar guías específicas para el perfil administrativo en neonatología, incorporar indicadores de desempeño administrativo en acreditaciones hospitalarias y promover investigaciones que cuantifiquen su impacto en outcomes clínicos. La integración de tecnologías emergentes, como inteligencia artificial para automatización de

registros o aplicaciones móviles para comunicación familiar, ofrece oportunidades adicionales para aliviar la carga y mejorar la precisión.

En conclusión, el personal administrativo en unidades neonatales desempeña un rol esencial en la organización de cuidados especializados, actuando como pilar logístico y humano que sostiene la atención de alta calidad a los recién nacidos más vulnerables. Su participación activa, respaldada por formación adecuada, herramientas digitales y reconocimiento institucional, es fundamental para garantizar una neonatología segura, eficiente y centrada en la familia, contribuyendo decisivamente a la reducción de la morbilidad perinatal en entornos hospitalarios diversos.

care.

6. Various authors. (2023). Gestión administrativa en UCIN: experiencias en Latinoamérica. *Revista de Neonatología*.

7 Bibliografía

1. Sociedad Española de Neonatología (SENeo). (2020). *Estándares de atención neonatal*. Madrid: SENeo.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Guías para unidades de cuidados neonatales*. Ginebra: OMS.
3. Comité de Estándares SENeo. (2013). *Niveles asistenciales y recomendaciones para atención neonatal*. *Anales de Pediatría*.
4. Ministerio de Salud de Chile. (2021). *Recomendaciones de organización en servicios de neonatología*.
5. Asociación Americana de Pediatría (AAP). (2022). *Guidelines for perinatal*

Artículo 166

PROTOCOLO DE SECUENCIAS DE RESONANCIA MAGNETICA PARA EL ESTUDIO DE TUMORES CEREBRALES

MIKEL MURGUIONDO BERAESTEGUI

OIHANA PEÑA ORCOYEN

ARITZ SOTRO ARCELUS

AINHOA MURO IMAZ

ELENA OLIVER ARRIAZU

La resonancia magnética (RM) en el estudio craneal se ha convertido en la primera técnica de elección en el diagnóstico de la mayoría de las patologías. Su capacidad multiplanar, su buena resolución espacial junto a su elevada resolución de contraste hace que la RM sea la exploración más solicitada para el estudio del encéfalo.

1 Palabras clave

Resonancia magnética; secuencias; tumores; encéfalo; gadolinio: cáncer: barrera hematoencefálica

las anómalas en el cerebro. Se clasifican principalmente en benignos y malignos. Entre los tumores benignos más frecuentes destaca el meningioma, originado en las meninges, así como los adenomas hipofisarios, neuromas acústicos, tumores epidermoides y craneofaringiomas. Por otro lado, entre los tumores malignos se encuentran los astrocitomas, derivados del crecimiento descontrolado de los astrocitos, y otros

2 Introducción

Los tumores cerebrales se definen como una masa o proliferación de célu-

como los glioblastomas o los carcinomas de plexo coroideo.

Otra forma de clasificación se basa en su origen, distinguiéndose entre tumores cerebrales primarios y secundarios. Los primarios se originan directamente en el cerebro, mientras que los secundarios o metastásicos aparecen como consecuencia de la diseminación de células tumorales procedentes de otros órganos, siendo los más frecuentes los derivados de cáncer de pulmón, mama y melanoma.

La mejor forma de estudiar estas lesiones intracraneales es la resonancia magnética. La tomografía computarizada en sus inicios supuso un gran salto en el diagnóstico de estas lesiones porque al compararla con la radiografía convencional, no estaba tan limitada. Pero con la irrupción de la resonancia magnética en la década de los 70 del siglo pasado, la forma de estudiar la patología del encéfalo cambió totalmente. La capacidad de distinguir entre los diferentes tejidos de partes blandas que ofrece la RM es su mayor virtud, hoy en día se han realizado grandes avances en este campo de la radiología y es capaz de estudiar prácticamente cualquier tipo de tumor gracias a su amplio abanico de secuencias diagnósticas.

3 Objetivos

- Explicar la función de la barrera hematoencefálica (BHE) y el papel del con-

traste de gadolinio en el estudio.

- Exponer las diferentes secuencias utilizadas en resonancia magnética para el estudio de tumores cerebrales.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación que consistió en una revisión bibliográfica de la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda en varios libros y también se han consultado una serie de artículos de las principales bases de datos, seleccionando algunos textos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, que sirvieron de base al presente trabajo.

5 Resultados

La BHE es una red de vasos sanguíneos y tejido compuesta de células estrechamente unidas con el fin de evitar que las sustancias dañinas penetren en el encéfalo. La BHE permite que ciertas sustancias como el agua, el oxígeno, el dióxido de carbono y los anestésicos generales, pasen al encéfalo. También impide la entrada de bacterias y otras sustancias como pueden ser los medicamentos.

Hay ciertos tumores cerebrales que alteran la BHE haciendo que pierda su impermeabilidad y que capten sustancias como el contraste de gadolinio o medicamentos quimioterápicos.

Por eso en estudios de tumores cerebrales la administración de contraste dará mucha información acerca de aquellas zonas en las que se altera la barrera y la forma en la que el tumor capta contraste mediante secuencias como la perfusión.

A la hora de realizar un protocolo para el estudio de un tumor cerebral, las secuencias que van a confeccionar el protocolo dependerá del radiólogo que las vaya a estudiar y del tipo de tumor o fase del ciclo en la que se estudia, pero hay secuencias que se toman como referencia y que suelen estar en la mayoría de los protocolos de los distintos centros y son las siguientes.

Secuencia T2 TSE: son secuencias eco de espín potenciadas en T2 , con un grosor de corte fino (3 milímetros). Ofrecen gran resolución en contraste y ayudan a distinguir entre la materia gris de la materia blanca, además de componentes líquidos y sólidos de los tumores.

Secuencia de difusión: las secuencias de difusión se basan en el principio físico de que toda molécula de agua libre, es decir, que no está unida a proteínas, tiene un movimiento aleatorio (browniano).

Estas secuencias miden la difusión de las moléculas de agua para el que se utiliza un coeficiente de difusión (desplazamiento por unidad de tiempo).

Para adquirir la imagen se aplican gradientes de difusión (iguales pero de polaridad opuesta). Una vez producido el

desfase completo de las moléculas, se produce un refase incompleto a causa del movimiento aleatorio de las moléculas.

El factor de difusión “b” determina el grado de potenciación de la secuencia en difusión, así pues, a mayor factor de difusión mayor sensibilidad de la secuencia a la difusión.

La secuencia de difusión es útil para los estudios de tumores cerebrales, ya que ayuda a distinguir tumores, edemas, abscesos etc en función de la restricción de cada patología a la difusión de las moléculas de agua.

Una forma de difusión muy utilizada en el estudio prequirúrgico de tumores es la tractografía o el DTI. Estas secuencias de difusión, además de medir el movimiento de las moléculas de agua, ofrecen información de la dirección de las las mismas, por lo que mediante el postprocesado, pueden estudiarse los haces de las neuronas y cómo se conectan para ver hasta donde infiltran los tumores y tener una visión más específica de cara a una resección más precisa del tumor en la cirugía.

Secuencia T2 flair: Se trata de una secuencia T2 convencional (TR Y TE largo) fusionada con FLAIR (secuencia de inversión-recuperación que anula la señal de los tejidos con T1 largo, como los fluidos). Son secuencias fundamentales en protocolos craneales, de cara a diferenciar líquido patológico (porque solo se anula la señal del fluido sano como el líquido cefalorraquídeo (LCR))

el cual aparece en tumoraciones en forma de edema. Suelen adquirirse en planos axiales.

Secuencia basada en susceptibilidad paramagnética (SWI): se trata de una secuencia muy sensible a los elementos que dan artefactos, como el hierro, sangre, calcio, metal y aire. En aquellos tumores que produzcan microhemorragias o calcificaciones, estas secuencias son de gran ayuda por su alta sensibilidad a los elementos paramagnéticos.

Perfusión cerebral: La perfusión cerebral trata de determinar la cantidad de sangre que irriga el territorio cerebral mediante secuencias dinámicas. Existen tres tipos de estudio de perfusión cerebral: Dynamic Susceptibility Contrast (DSC), Arterial Spin Labeling (ASL) y Perfusión T1 (muy poco utilizada en neuro RM y de la que no hablaremos).

En el caso de los estudios de RM de perfusión cerebral mediante DSC, se utiliza un contraste exógeno (gadolinio) para estudiar su comportamiento intravascular y la forma de difundir al tejido extracelular. La forma en la que un tumor capta contraste y lo metaboliza, es sinónimo de su agresividad, por lo que son secuencias que no pueden faltar en un protocolo.

Secuencia T1 multiplanar (3D): se trata de una secuencia T1 convencional (TR Y TE corto) con la característica de que se realizan dos adquisiciones. Una antes de administrar el contraste y otra con contraste intravenoso exógeno y

saturación de la grasa. A partir de los cortes adquiridos realizamos reconstrucciones volumétricas, el las que se estudiará el tumor en los tres planos del espacio. Esta secuencia es también conocida como neuronavegador, gracias a su precisión para determinar los límites del tumor.

6 Discusión-Conclusión

La BHE desempeña un papel crucial en la protección del cerebro, discriminando el paso de sustancias entre la sangre y el cerebro. No obstante, su alteración en la presencia de tumores cerebrales juega un papel fundamental en la detección de los mismos. El hecho de que el contraste pueda llegar al tumor y poder estudiar esta dinámica hace que los radiólogos obtengan mucha información de cómo se comporta esa lesión.

A pesar de que cada centro y radiólogo tenga un protocolo para estudiar las lesiones tumorales del encéfalo, visto queda, que todos ellos deben tener las secuencias antes descritas para poder obtener un diagnóstico óptimo. A parte de las descritas, hay otras secuencias (espectroscopia, perfusión mediante marcaje de espín arterial (ASL), angi resonancia magnética (angio-RM)...) que pueden ser aplicadas en casos específicos pero no sin antes ser pautadas y valoradas por el radiólogo.

7 Bibliografía

1. Mayo Clinic. (2024, 20 de noviembre). Metástasis cerebral: Síntomas y causas. Mayo Clinic. Disponible en : <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/brain-metastases/symptoms-causes/syc-20350136>.
2. Cancer Center Clínica Universidad de Navarra. (s. f.). Tumor cerebral: Síntomas, diagnóstico y tratamiento. Cancer Center Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://cancercenter.cun.es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/tumor-cerebral>.
3. Manual para técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear. Sociedad Española de Radiología Médica. J.Azpeitia, J.Puig, R.Soler.

Artículo 167

VAGINISMO: VISIÓN DE LA MATRONA

EVA ZULET MURILLO

Introducción.

El vaginismo es un trastorno sexual por dolor caracterizado por la dificultad persistente o recurrente para permitir la penetración vaginal, asociada a una contracción involuntaria de la musculatura perivaginal. Aunque su prevalencia es baja, su impacto en la salud sexual, reproductiva y emocional de las mujeres es significativo. Desde la atención primaria y la consulta de la matrona, constituye una entidad infradiagnosticada.

Objetivos.

Describir el vaginismo desde una perspectiva integral, analizar sus principales características clínicas y etiológicas, y visibilizar el papel de la matrona en su detección precoz, acompañamiento y derivación adecuada.

Metodología.

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica publicada en los últimos años, tomando como referencia artículos de revisión, guías clínicas y estudios observacionales sobre vaginismo y trastornos sexuales por dolor. Se priorizaron aquellos trabajos con aplicabilidad clínica en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Resultados.

La evidencia describe el vaginismo como un trastorno de etiología multifactorial, en el que confluyen factores psicológicos, educacionales, relacionales y, en algunos casos, antecedentes orgánicos dolorosos. Se identifican distintas formas clínicas según el momento de aparición y la intensidad de la dificultad para la penetración. Las mujeres con vaginismo suelen presentar miedo anticipatorio, evitación fóbica y elevada ansiedad, lo que retrasa la consulta. La matrona, por su posición de cercanía y continuidad asistencial, desempeña un papel clave en la detección inicial y el acompañamiento respetuoso.

Conclusiones.

El vaginismo afecta de forma relevante a la calidad de vida y a la vivencia de la sexualidad. La matrona se sitúa como profesional esencial para su identificación temprana, educación sexual y coordinación con equipos especializados, favoreciendo un abordaje integral y centrado en la mujer.

1 Palabras clave

Vaginismo; salud sexual; matrona; trastornos sexuales por dolor; atención integral

2 Introducción

El vaginismo es un trastorno sexual por dolor que se manifiesta como una dificultad persistente o recurrente para permitir la penetración vaginal, asociada a una contracción involuntaria de la musculatura del tercio externo de la vagina. Actualmente, se incluye dentro del trastorno de dolor génito-pélvico y penetración, según las clasificaciones diagnósticas vigentes.

A pesar de su baja prevalencia estimada, el vaginismo tiene un impacto profundo en la vida sexual, emocional y relacional de las mujeres que lo padecen. Con frecuencia se asocia a sentimientos de vergüenza, miedo, frustración y aislamiento, lo que condiciona un retraso significativo en la búsqueda de ayuda profesional y perpetúa el problema en el tiempo.

Desde la consulta de la matrona, el vaginismo suele emerger de forma indirecta, en contextos como el seguimiento ginecológico, la anticoncepción, el embarazo, el posparto o las consultas por infertilidad. La im-

posibilidad de realizar exploraciones ginecológicas, el rechazo al uso de tampones o la ausencia de coito vaginal pueden constituir signos de alarma que requieren una valoración específica.

La matrona, por su formación en salud sexual y reproductiva y su relación continuada con la mujer a lo largo de las distintas etapas vitales, se encuentra en una posición privilegiada para detectar este trastorno, ofrecer información basada en la evidencia y facilitar un abordaje respetuoso, empático y libre de juicios, favoreciendo así un primer paso hacia la recuperación de una sexualidad saludable.

3 Objetivos

- Describir el vaginismo como trastorno sexual por dolor desde una perspectiva integral.
- Identificar sus principales características clínicas y factores asociados.
- Analizar el impacto del vaginismo en la salud sexual y reproductiva de la mujer.
- Visibilizar el papel de la matrona en la detección precoz, acompañamiento y derivación adecuada.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica sobre vaginismo y trastornos sexuales por dolor. La búsqueda incluyó artículos publicados en bases de datos biomédicas y revistas especializadas, así como revisiones y guías clínicas relevantes.

Se seleccionaron estudios en español e inglés que abordaran la definición, etiología, clasificación, evaluación y tratamiento del vaginismo, priorizando aquellos con enfoque clínico y aplicabilidad en la práctica asistencial de la matrona.

5 Resultados

La literatura describe el vaginismo como un trastorno de etiología multifactorial, en el que predominan los factores psicológicos y educacionales, aunque puede coexistir con antecedentes orgánicos dolorosos que actúan como desencadenantes iniciales.

Se distinguen formas primarias y secundarias, así como distintos grados de severidad según la capacidad para permitir la penetración vaginal, desde una dificultad leve hasta la imposibilidad completa.

Las mujeres con vaginismo suelen presentar miedo anticipatorio a la penetración, evitación fóbica y elevados niveles de ansiedad, que pueden manifestarse incluso ante la simple posibilidad de una exploración ginecológica.

En muchos casos, este patrón se mantiene durante años antes de la consulta, reforzado por experiencias negativas previas, información sexual deficiente o creencias erróneas sobre la anatomía y la sexualidad femenina.

Aunque el deseo y la excitación sexual pueden mantenerse conservados, la imposibilidad de penetración condiciona una vivencia de insatisfacción sexual, frustración y deterioro de la autoestima. La literatura señala que estas mujeres suelen recurrir a prácticas sexuales no penetrativas como estrategia de adaptación, sin que ello implique necesariamente una resolución del malestar.

Asimismo, se describe una repercusión significativa en la relación de pareja, con dificultades en la comunicación sexual, sentimientos de culpa y, en algunos casos, evitación progresiva de la intimidad. Estas dinámicas relacionales pueden contribuir a la cronificación del trastorno si no se identifican y abordan de forma adecuada.

En el ámbito asistencial, el vaginismo puede identificarse a través de signos indirectos, como la negativa persistente a la exploración ginecológica, la imposibilidad de utilizar tampones o copas menstruales y las dificultades para iniciar relaciones sexuales con penetración. La detección de estos indicadores durante la atención prestada por la matrona permite una primera aproximación basada en la escucha activa, la validación de la experiencia y

la orientación adecuada hacia un abordaje especializado.

itando la derivación a equipos especializados cuando es necesario.

6 Discusión-Conclusión

La literatura describe el vaginismo como un trastorno de etiología multifactorial, en el que predominan los factores psicológicos y educacionales, aunque puede coexistir con antecedentes orgánicos dolorosos que actúan como desencadenantes. Se distinguen formas primarias y secundarias, así como distintos grados de severidad según la capacidad para permitir la penetración.

Las mujeres con vaginismo suelen presentar miedo anticipatorio a la penetración, evitación fóbica, ansiedad intensa y, en algunos casos, alteraciones asociadas del deseo o la excitación sexual. A pesar de ello, muchas mantienen una respuesta sexual conservada mediante estimulación no penetrativa.

El retraso en la consulta es frecuente, motivado por sentimientos de vergüenza y la percepción de ser un problema poco común. En el ámbito asistencial, el vaginismo puede manifestarse como rechazo a la exploración ginecológica, imposibilidad de uso de tampones o dificultades para consumir relaciones sexuales.

Desde la atención prestada por la matrona, la detección de estos signos permite una primera aproximación basada en la escucha activa, la validación de la experiencia y la educación sexual, facil-

7 Bibliografía

1. Spengler González, L. M., de Dios Blanco, E., Roque Ortega, L., & Maurisset Moraguez, D. (2020). Dispareunia y vaginismo, trastornos sexuales por dolor. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(3)
2. American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
3. Rabinowitz, D., Lowenstein, L., & Gruenwald, I. (2017). Fear of vaginal penetration in the absence of pain. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 8(2).

Artículo 168

BRECHA DIGITAL EN EL ÁMBITO SANITARIO: EL PERSONAL ADMINISTRATIVO COMO FIGURA DE APOYO AL PACIENTE

ISABEL CONESA MAGALLON

KATTY KARINA RODRÍGUEZ RENGIFO

NOELIA CORTES DE LA FLOR

OSCAR ESCUDERO FERRE

JUAN CARLOS BOZA BLASCO

ANTONIO MADRONA GUIRAO

- Introducción: la digitalización sanitaria ha transformado la gestión administrativa, pero no todos los pacientes acceden a los servicios en igualdad de condiciones debido a la brecha digital.
- Objetivos: analizar la brecha digital en el ámbito sanitario y destacar el papel del personal administrativo como apoyo clave para el acceso del paciente al sistema.
- Metodología: se realizó una revisión bibliográfica narrativa de estudios e informes relacionados con digitalización, acceso a la atención sanitaria y funciones administrativas.
- Resultados: la literatura revisada identifica factores personales y organizativos que dificultan el uso de herramientas digitales y subraya la intervención del personal administrativo como elemento facilitador.

- Conclusiones: el acompañamiento administrativo resulta esencial para reducir desigualdades y garantizar una atención sanitaria accesible en un entorno cada vez más digitalizado.

1 Palabras clave

Brecha digital; atención sanitaria; personal administrativo; digitalización; accesibilidad; pacientes

2 Introducción

Es evidente que la digitalización del sistema sanitario ha supuesto un avance fundamental en los procesos de atención a la ciudadanía. A través del uso de herramientas digitales como pueden ser la cita online, los portales del paciente, la consulta de resultados e incluso la atención médica telemática a través de plataformas electrónicas ha contribuido a agilizar procesos y mejorar la eficiencia organizativa de los centros sanitarios.

No obstante, este proceso de transformación ha sido heterogéneo y esta incorporación progresiva de servicios digitales ha revelado la existencia de una brecha digital que afecta con especial incidencia a ciertos colectivos y que puede dificultar el acceso efectivo a la atención sanitaria. En este contexto, la digitalización, lejos de facilitar siempre la relación con el sistema de salud, puede convertirse en una barrera de acceso para ciertos pacientes.

Esto es lo que se conoce como brecha digital en el ámbito sanitario que no

se limita a la disponibilidad de dispositivos o conexión a internet, sino que está estrechamente relacionada con las competencias digitales, la edad, el nivel educativo y la capacidad para comprender y utilizar las herramientas disponibles. Estas dificultades se traducen en problemas para realizar gestiones básicas o comunicarse con los servicios sanitarios.

Es en este contexto donde el personal administrativo toma un papel esencial al actuar como primer punto de contacto entre el sistema sanitario y el paciente. En este sentido, su labor es vital para detectar dificultades y ofrecer apoyo con el objetivo de facilitar el acceso a los servicios en un entorno abocado a la digitalización.

3 Objetivos

- Analizar la brecha digital en el ámbito sanitario y su impacto en el acceso de los pacientes a los servicios de salud.
- Identificar los factores que contribuyen a la aparición de la brecha digital en la atención sanitaria y los colectivos más afectados.
- Ahondar en el papel del personal administrativo como intermediario entre el sistema sanitario digitalizado y la ciudadanía.

4 Metodología

Este artículo se basa en una revisión bibliográfica que incluye artículos científicos y documentos institucionales procedentes de bases de datos y repositorios como PubMed, DPI y Scielo así como publicaciones de organismos relacionados con la salud pública y la digitalización.

5 Resultados

Tras revisar la documentación, queda patente que el hecho de digitalizar los servicios sanitarios ha supuesto una mejora evidente en la gestión administrativa. No obstante, este proceso transformador también ha dejado en evidencia las desigualdades que existen en el acceso efectivo por parte de los usuarios a dichos servicios.

Estas desigualdades se observan en la interacción cotidiana de los pacientes con los sistemas digitales y se aprecian con especial incidencia en el ámbito administrativo, puesto que es aquí donde se concentran gran parte de las gestiones no clínicas.

Son varios los factores que se sitúan detrás de esta brecha digital en el ámbito sanitario (entendida como el acceso desigual a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)) de carácter personal, social y económico, además de organizativos. Las fuentes analizadas coinciden en señalar la avanzada edad de los usuarios como una

de las causas recurrentes asociadas a una mayor dificultad para utilizar herramientas digitales sanitarias.

Aunque este factor no actúa de manera aislada. Se detectan otros condicionantes que acentúan la brecha digital como la falta de competencias tecnológicas, la escasa familiaridad con dispositivos electrónicos, el bajo nivel educativo o la ausencia de apoyo en el entorno cercano. Todos ellos limitan el uso de servicios digitales como la cita online, los portales del paciente o las aplicaciones de salud.

Asimismo, los documentos revisados señalan que la complejidad de uso de algunas plataformas digitales sanitarias puede incrementar estas dificultades. Es el caso de interfaces poco intuitivas o el empleo de lenguaje técnico poco claro que generan confusión en determinados pacientes y que les obliga a recurrir nuevamente al teléfono o a la atención presencial. Esta situación pone de relieve que la digitalización, si no va acompañada de medidas de apoyo, puede convertirse en una barrera en lugar de una herramienta facilitadora para la comunicación entre el sistema sanitario y el paciente.

En este contexto, los resultados destacan el papel del personal administrativo como una figura esencial para mitigar el impacto de la brecha digital. La literatura describe cómo este colectivo actúa, en la práctica diaria, como mediador entre el sistema sanitario digitalizado y los pacientes con mayores difi-

cultades de acceso.

Entre las actuaciones más frecuentes se encuentran la orientación sobre el uso de la cita online o la explicación de los pasos necesarios para acceder a determinados servicios digitales, así como la resolución de incidencias básicas relacionadas con contraseñas o navegación por plataformas electrónicas.

De este modo, el personal administrativo contribuye a adaptar la información a las capacidades de cada paciente gracias a un uso del lenguaje claro y comprensible e incluso ofreciendo alternativas cuando el canal digital no resulta accesible. Esta labor de acompañamiento es esencial para reducir la frustración del paciente, evitar errores en la gestión de citas o trámites, garantizar un acceso más equitativo a los servicios de salud y así favorecer una relación más fluida con el sistema de sanidad.

Las fuentes recalcan que, a la vez que la intervención del personal administrativo beneficia al paciente, también ejerce un impacto positivo en la organización. En este sentido, el apoyo que brindan en el uso de herramientas digitales logra disminuir la repetición de consultas, los posibles retrasos en la gestión administrativa y la sobrecarga de los servicios de atención. Todo ello revierte en un empleo más eficiente de los recursos disponibles.

En conjunto, los resultados obtenidos dejan claro que la brecha digital en el ámbito sanitario sigue siendo una reali-

dad que está ahí y condiciona a diario el acceso a los servicios de salud de cientos de pacientes. Frente a esta situación, el personal administrativo se consolida como un eslabón absolutamente imprescindible para reducir las desigualdades, facilitar el acceso a los sistemas digitales y, ante todo, garantizar que la transformación tecnológica no excluya a aquellos pacientes con mayores dificultades.

6 Discusión-Conclusión

Tal y como hemos detallado en este trabajo, en la actualidad todavía hay pacientes que no se benefician de la digitalización de los servicios sanitarios en igualdad de condiciones. La brecha digital sigue presente y esta realidad no puede explicarse sólo por la falta de medios tecnológicos.

En muchos casos, las dificultades están relacionadas con la edad, la falta de habilidades digitales o la inseguridad a la hora de utilizar plataformas electrónicas. Cuando los usuarios carecen del seguimiento necesario, la digitalización genera confusión, frustración y, en definitiva, una mayor dependencia de canales tradicionales como el teléfono o la atención presencial, aquello que, precisamente, se trata de evitar.

Gracias a la intervención del personal administrativo, el sistema sanitario es capaz de detectar estas dificultades y suplirlas. Esta labor, muchas veces invisible, logra que los pacientes no que-

den al margen del sistema y que la atención siga siendo accesible.

Todo ello pone de manifiesto que la digitalización sanitaria debe ir acompañada de un enfoque flexible y humano. Reconocer y reforzar el papel del personal administrativo es fundamental para que la transformación tecnológica avance sin aumentar las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria.

7 Bibliografía

1. I. Escorihuela, E. Farrés, D. Gómez, R. Prado. (2021). Internet, dret fonamental: propostes per a reduir la bretxa digital i social. Estudi per analitzar el marc legal existent i possibles iniciatives entorn de la reclamació de l'accés a internet com a dret fonamental. Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. Recuperado el 15 de diciembre de 2025 de https://www.tercersector.cat/sites/default/files/2021-09/m4social_estudi_internetdretfonamental.pdf.

2. Fundación Once. (2021). Accesibilidad e Innovación Social en la atención sanitaria. Las TIC como facilitador para un uso eficiente de la Sanidad II. Recuperado el 15 de diciembre de 2025 de <https://biblioteca.fundaciononce.es/publicaciones/colecciones-propias/coleccion-accesibilidad/accesibilidad-e-innovacion-social-en-la-0>.

3. Vidal-Alaballa, J., Alarcon Belmonted, I., Panadés Zafrab, R., Escalé-Besab, A., Acezat Olivad, J., Saperas

Pérez, C. (2023). Abordaje de la transformación digital en salud para reducir la brecha digital. Atención Primaria, Vol. 55. Núm. 9. Recuperado el 15 de diciembre de 2025, de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-abordaje-transformacion-digital-salud-reducir-S0212656723000598>.

4. López de Coca, T.; Moreno, L.; Alacreu, M.; Sebastian-Morello, M. Bridging the Generational Digital Divide in the Healthcare Environment. J. Pers. Med. 2022, 12, 1214. Recuperado el 15 de diciembre de 2025, de <https://doi.org/10.3390/jpm12081214>.

Artículo 169

ALIMENTACIÓN PARA ENFERMOS CRÓNICOS DE MIGRAÑAS

MERCEDES SALINAS ORDOVAS

ANA ISABEL MANRIQUE MAGALLON

FRANCISCO JAVIER LOPEZ IGLESIAS

MARÍA EUGENIA CARROQUINO

JUAN JOSÉ LOZANO LOPEZ

DESIREÉ RAMIS GARDE

La migraña crónica es una enfermedad neurológica que afecta significativamente la calidad de vida y puede verse influida por factores dietéticos. Este artículo analiza la relación entre la alimentación y la migraña crónica, identificando alimentos desencadenantes y protectores, así como patrones nutricionales que pueden contribuir a la reducción de la frecuencia e intensidad de los episodios, con el fin de proponer recomendaciones alimentarias basadas en evidencia científica y en la observación de hábitos nutricionales de personas afectadas.

1 Palabras clave

Migraña crónica; alimentación; nutrición; alimentos desencadenantes; salud neurológica

2 Introducción

La migraña crónica constituye un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y al impacto negativo que genera en la vida personal, social y laboral de quienes la padecen. Se caracteriza por la presencia de dolor de

cabeza recurrente, acompañado en muchos casos de náuseas, sensibilidad a la luz y al sonido, y alteraciones visuales. Aunque su origen es multifactorial, diversos estudios han demostrado que la alimentación desempeña un papel relevante tanto en el desencadenamiento como en la prevención de las crisis migrañosas.

En los últimos años, el interés por la relación entre dieta y migraña ha aumentado, ya que muchos pacientes reportan la aparición de episodios tras el consumo de ciertos alimentos. Sustancias como la cafeína, el alcohol, los alimentos ultra procesados y aquellos ricos en tiramina han sido asociados con un mayor riesgo de crisis. Por el contrario, una dieta equilibrada, rica en frutas, verduras, ácidos grasos saludables y micronutrientes esenciales, puede contribuir a la estabilidad del sistema nervioso.

Este artículo aborda la importancia de la alimentación en personas con migraña crónica, analizando hábitos dietéticos, posibles desencadenantes y alternativas nutricionales saludables. Asimismo, se pretende concienciar sobre la necesidad de adoptar un enfoque preventivo mediante la educación alimentaria, considerando la nutrición como una herramienta complementaria al tratamiento médico.

3 Objetivos

- Analizar la relación entre la alimentación y la migraña crónica en personas adultas
- Identificar los alimentos que actúan como desencadenantes o protectores de las crisis migrañosas
- Proponer recomendaciones nutricionales que contribuyan a la reducción de la frecuencia e intensidad de la migraña

4 Metodología

El trabajo se realizó mediante una revisión bibliográfica de artículos científicos, libros y guías clínicas relacionadas con la migraña y la nutrición. Además, se aplicaron encuestas estructuradas a personas diagnosticadas con migraña crónica para identificar hábitos alimentarios y alimentos asociados a la aparición de crisis. Los datos obtenidos fueron analizados de forma descriptiva, comparándolos con la información científica disponible, lo que permitió establecer relaciones entre patrones dietéticos y la frecuencia de los episodios migrañosos.

5 Resultados

El análisis de la literatura científica y de la información recopilada en estudios clínicos evidencia una relación significativa entre la alimentación y la frecuencia e intensidad de las crisis de mi-

graña crónica. Diversos alimentos han sido identificados como posibles desencadenantes, aunque su efecto puede variar entre individuos. Entre los más comúnmente asociados se encuentran los productos ricos en tiramina, como quesos curados, embutidos y alimentos fermentados, así como el alcohol, especialmente el vino tinto. Estos alimentos pueden provocar cambios en la liberación de neurotransmisores y en la vasodilatación cerebral, favoreciendo la aparición de crisis migrañosas en personas susceptibles.

Asimismo, se ha observado que el consumo excesivo de cafeína puede actuar como desencadenante cuando se ingiere en grandes cantidades o se retira de forma abrupta. Otros productos, como el chocolate, los edulcorantes artificiales y los alimentos ultraprocesados ricos en aditivos, conservantes y potenciadores del sabor, también han sido relacionados con un mayor riesgo de episodios migrañosos. La falta de regularidad en los horarios de comida y el ayuno prolongado representan factores adicionales que pueden contribuir al desarrollo de crisis debido a alteraciones metabólicas y disminución de los niveles de glucosa en sangre.

Por otro lado, la evidencia señala que una alimentación equilibrada y basada en alimentos frescos puede tener un efecto protector frente a la migraña crónica. El consumo adecuado de magnesio, presente en legumbres, frutos secos, cereales integrales y vegetales de

hoja verde, se asocia con una reducción de la frecuencia de los episodios, ya que este mineral participa en la regulación neuromuscular y en la transmisión nerviosa. De igual forma, los ácidos grasos omega-3, contenidos en pescados azules, semillas de lino y nueces, contribuyen a disminuir los procesos inflamatorios relacionados con el dolor.

Además, una correcta hidratación y la ingesta regular de alimentos a lo largo del día se identifican como prácticas fundamentales para la prevención de crisis. La planificación de una dieta individualizada, adaptada a las necesidades y tolerancias del paciente, se presenta como una estrategia eficaz para el control complementario de la migraña crónica.

6 Discusión-Conclusión

La alimentación desempeña un papel relevante en el manejo de la migraña crónica, pudiendo actuar tanto como factor desencadenante como preventivo de las crisis.

La identificación y evitación de alimentos asociados a la aparición de migrañas, como productos fermentados, alcohol y ultraprocesados, contribuye a una mejor calidad de vida del paciente. El consumo de alimentos ricos en magnesio, omega-3 y nutrientes antiinflamatorios se asocia con una reducción en la frecuencia e intensidad de los episodios migrañosos.

La adopción de hábitos alimentarios regulares, una adecuada hidratación y el acompañamiento profesional permiten integrar la alimentación como parte esencial del tratamiento integral de la migraña crónica.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. (2021). Trastornos neurológicos y su impacto en la salud pública. OMS.
2. Sociedad Española de Neurología. (2020). Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de la migraña. SEN.
3. Finocchi, C., & Sivori, G. (2012). Food as trigger and aggravating factor of migraine. *Neurological Sciences*, 33(1), 77–80.
4. Millichap, J. G., & Yee, M. M. (2003). The diet factor in pediatric and adult migraine. *Pediatric Neurology*, 28(1), 9–15.

Artículo 170

ESTUDIO RADIOLÓGICO DE LA COLUMNA VERTEBRAL: MÉTODOS Y PRINCIPALES PATOLOGÍAS

YAMILA EVELINA QUINTANA DI BLASI

ALBA GOMOLLÓN GARZÓN

MARINA EXTRAMIANA ESQUISABEL

YAIZA LORETO ARANGUREN HERRERO

PATRICIA OCHOA PÉREZ

El estudio radiológico de la columna vertebral es fundamental en la actualidad para ofrecer un diagnóstico y tratamiento certeros.

Dada la complejidad anatómica y funcional de la misma, el uso de diferentes técnicas de imagen resulta clave para detectar, clasificar y valorar múltiples patologías. Entre las más frecuentes se encuentran las enfermedades degenerativas, las hernias discales, las fracturas, las infecciones y los tumores.

Los métodos de diagnóstico por imagen van desde la radiografía simple, útil como técnica inicial por su accesibilidad, hasta procedimientos más avanzados como la Tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), que ofrecen mayor precisión en la visualización de estructuras óseas y tejidos blandos, respectivamente.

Además, estudios funcionales como la gammagrafía ósea y el tomografía por emisión de positrones combinada con tomografía computarizada (PET-TC) permiten detectar actividad metabólica en caso de infección o neoplasia.

Cada técnica tiene indicaciones específicas y su elección depende de la sospecha clínica y la región afectada.

1 Palabras clave

Columna vertebral; mielopatía; radiodiagnóstico; RM; TC; Radiología simple; patología vertebral; compresión medular; tumores.

2 Introducción

La columna vertebral constituye una de las estructuras anatómicas más complejas y fundamentales del cuerpo humano. Cumple funciones de soporte estructural, protección del sistema nervioso central y movilidad.

A lo largo de la vida, esta estructura está sujeta a múltiples cargas mecánicas, traumatismos, procesos degenerativos, infecciosos y tumorales que pueden comprometer su integridad, funcionalidad y anatomía. Por esta razón, el estudio de la columna se ha convertido en una prioridad diagnóstica en diversas disciplinas médicas como la ortopedia, la neurología, la reumatología y, especialmente, la radiología.

El avance de las técnicas de imagen ha permitido una valoración más precisa de las alteraciones de la columna vertebral. Desde la radiografía simple hasta las técnicas más avanzadas como la TC, la RM o incluso métodos funcionales como la gammagrafía ósea y el PET-TC. El radiodiagnóstico ha transformado radicalmente el abordaje clínico de las enfermedades que afectan a la columna vertebral y la médula espinal.

Cada modalidad proporciona ventajas específicas de acuerdo a la patología sospechada. Entre las patologías más frecuentemente diagnosticadas mediante estas técnicas se encuentran las enfermedades degenerativas del disco intervertebral, las fracturas vertebrales, las hernias discales, las espondilopatías, las infecciones y los tumores tanto primarios como metastásicos.

La correcta selección e interpretación del método radiológico es crucial para evitar retrasos diagnósticos, intervenciones innecesarias o tratamientos inadecuados. El objetivo es proporcionar una visión que permita comprender el valor del radiodiagnóstico como herramienta esencial para la evaluación, seguimiento y tratamiento de los pacientes con afecciones vertebrales y medulares.

3 Objetivos

Describir las diferentes modalidades de adquisición de imágenes de la columna vertebral, así como también, las distintas patologías que pueden estar presentes en ella.

4 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se ha realizado una búsqueda sistemática y exhaustiva de fuentes como artículos científicos, libros de texto especializados en radiología, guías clínicas (por ejemplo de la ACR –

American College of radiology) y bases de datos como Scielo y Medline, seleccionando artículos procedentes de publicaciones revisadas que abordaran la aplicación de los diferentes métodos de imagen en la identificación de patologías de la columna vertebral, las principales patologías asociadas y la eficacia de cada técnica diagnóstica.

5 Resultados

La columna vertebral está formada por un conjunto de 33 huesos que, junto a discos intervertebrales, músculos, ligamentos y nervios otorgan estructura y protección a la médula espinal y flexibilidad al cuerpo. Además, soporta y transmite cargas cuando estamos erguidos.

Se divide en 5 partes o regiones: cervical, torácica, lumbar, sacra y coxígea.

Puede sufrir diversas afectaciones ya sea por la edad, por accidentes, traumatismos, infecciones o por patologías inflamatorias o de base del paciente.

Patologías frecuentes:

Escoliosis y cifosis

Malformaciones congénitas

Enfermedad degenerativa discal

Hernias discales

Fracturas vertebrales

Tumores primarios o secundarios (metastásicos)

Espondilosis, espondilolisis y espondilolistesis

Infecciones vertebrales (espondilitis)

Por lo general, la edad es una de las causas más comunes, ya que provoca alteraciones en el funcionamiento y, en algunos casos, va acompañada de dolor que puede ser desde leve a un dolor casi invalidante comprometiendo la actividad diaria del paciente.

Las zonas de las charnelas, que son las áreas de transición entre las diferentes partes de la columna, también son lugares de frecuentes patologías.

Los métodos de radiodiagnóstico aplicados son varios gracias al avance en la imagen médica permitiendo una valoración detallada y rápida de la columna. Cada técnica ofrece información específica según el tipo de lesión y su localización:

La radiografía simple, es el método inicial y más accesible. Permite evaluar la parte ósea como:

- Alineación vertebral
- Altura de cuerpos vertebrales y discos
- Deformidades
- Signos de desgaste
- Osteofitos

Sin embargo, su capacidad para evaluar tejidos blandos es limitada, por lo que se complementa con otros métodos en caso de sospecha medular o discal.

La TC, brinda imágenes detalladas en cortes multiplanares (axiales, sagitales, coronales e incluso en planos oblicuos) y reconstrucciones en 3D. Es ideal para valorar:

- Fracturas óseas complejas
- Lesiones articulares
- Cambios estructurales en el canal ver-

tebral

Es muy útil en urgencias, especialmente tras traumatismos graves, ya que ofrece resultados rápidos y precisos.

La RM, es la técnica más completa para estudiar estructuras blandas como:

- Discos intervertebrales
- Médula espinal
- Nervios raquídeos
- Inflamación o infecciones

Es primordial en el estudio de hernias, mielopatías, tumores, enfermedades neurodegenerativas, inflamatorias, hematomas y hemorragias intramedulares y abscesos. En la urgencia es esencial para la valoración de la compresión medular al proporcionar también imágenes multiplanares y en 3D.

La gammagrafía ósea, utiliza radiofármacos para identificar zonas con alta actividad metabólica ósea. Es sensible para la detección de:

- Metástasis óseas
- Infecciones
- Fracturas ocultas

No es buena mostrando detalles anatómicos finos, pero es muy eficaz para localizar zonas activas de alteración ósea. Se considera una técnica funcional, más que anatómica.

La PETCT, combina la precisión anatómica del TC con la sensibilidad funcional del PET, siendo de gran utilidad en oncología para:

- Detectar tumores activos y su comportamiento metabólico
- Evaluar respuesta a tratamientos

- Identificar metástasis óseas

La mielografía, consiste en inyectar un medio de contraste en el canal espinal y visualizar mediante TC. Aunque ya ha caído en desuso debido a la aparición de la RM, aún se emplea en casos puntuales como pacientes con marcapasos, claustrofobia o algún tipo de limitación para realizarse RM.

6 Discusión-Conclusión

El diagnóstico por imágenes ha revolucionado el estudio de la columna vertebral. La elección de la técnica depende del tipo de sospecha clínica, la urgencia, la accesibilidad a los equipos y las características del paciente. La correcta combinación de métodos y la interpretación especializada del radiólogo permiten identificar patologías con precisión, optimizando el tratamiento y seguimiento de los pacientes.

El estudio radiológico de la columna vertebral permite la evaluación precisa de múltiples y variadas patologías.

La radiografía es la técnica primordial para el estudio de la columna vertebral. Nos brinda información sobre las estructuras óseas y nos orienta a la sospecha de otras patologías sobre la médula, causadas por la afectación de las vértebras ante traumatismos, escoliosis, tumores, etc.

Si bien la TC es la más adecuada para evaluar fracturas complejas, cambios degenerativos o lesiones por traumatismos, no brinda claridad de detalles

para evaluar adecuadamente la médula espinal. También, si a un paciente se le hizo previamente una cirugía de artrodesis, la presencia de estos materiales metálicos podría reducir la calidad de las imágenes por TC.

Por otro lado, una RM puede ser más adecuada que la exploración por TC para observar partes blandas como ligamentos con lesiones, la condición de los discos intervertebrales, hematomas, ciertos tumores o anormalidades de la médula espinal.

La elección del método dependerá de la sospecha clínica, del tipo de lesión y de la accesibilidad del equipo.

ciones Harcourt S. A. Elsevier Science.

7 Bibliografía

1. Modic, M. T., & Ross, J. S. (2007). Imaging of degenerative disorders of the spine. Radiology. American College of Radiology (ACR) Appropriateness Criteria.
2. Osorio Vázquez, I., Tirapu De Sagrario, MG., Blanco Ulla, M., Castiñeira Mourenza, J. A., Vázquez Herrero, F., Pumar Cebreiro, J.M. (2018). La radiología de la columna vertebral mediante TC y RM hecha fácil. Revista SERAM – Publicaciones de la Sociedad Española de Radiología Médica. Disponible en línea en SERAM Piper. <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/2527/1241>
3. P. Fleckenstein, J. Trantum-Jensen (2002). Bases anatómicas del diagnóstico por imagen. Segunda edición. Edi-

Artículo 171

RESONANCIA FETAL

PATRICIA OCHOA PÉREZ

YAMILA EVELINA QUINTANA DI BLASI

ALBA GOMOLLÓN GARZÓN

MARINA EXTRAMIANA ESQUISABEL

YAIZA LORETO ARANGUREN HERRERO

Introducción:

La resonancia magnética (RM) fetal se ha consolidado como una herramienta esencial en la evaluación prenatal del sistema nervioso central, especialmente cuando la ecografía presenta limitaciones diagnósticas. Su alta resolución de contraste permite caracterizar con precisión malformaciones cerebrales y valorar el desarrollo cortical y la migración neuronal.

Objetivos:

El objetivo de este trabajo es describir la utilidad clínica y diagnóstica de la RM fetal cerebral, revisar sus principales indicaciones y analizar las anomalías más frecuentes detectadas y su relevancia pronóstica.

Metodología:

Se realizó una revisión narrativa de la literatura de los últimos diez años, seleccionando artículos científicos, revisiones y guías clínicas relevantes. La información se analizó de forma cualitativa para integrar los hallazgos más representativos sobre el uso de la RM fetal.

Resultados:

La RM demostró gran valor para confirmar, complementar o aclarar hallazgos ecográficos, especialmente en casos de ventriculomegalia, anomalías de la migración neuronal, malformaciones de la línea media y lesiones adquiridas. Los estudios reportan que hasta un 20–30% de las ventriculomegalias consideradas aisladas

presentan hallazgos adicionales en la RM, lo que modifica el pronóstico. Además, entre un 20% y 50% de los casos evaluados experimentan cambios en el consejo prenatal o en el manejo clínico gracias a la información aportada por la técnica.

Conclusiones:

La RM fetal constituye un complemento diagnóstico de gran valor, capaz de mejorar la precisión anatómica, aportar información pronóstica y guiar decisiones obstétricas y neonatales. A pesar de limitaciones como el movimiento fetal y la necesidad de experiencia especializada, su seguridad y utilidad la convierten en una herramienta clave en la evaluación prenatal actual.

1 Palabras clave

Resonancia magnética; evaluación prenatal; sistema nervioso central; RM fetal cerebral; desarrollo cortical.

2 Introducción

La RM fetal se ha convertido en las últimas décadas en una herramienta fundamental para la evaluación prenatal especialmente en el estudio del sistema nervioso central (SNC).

Aunque la ecografía sigue siendo la técnica de primera línea para el seguimiento del embarazo la RM ofrece una mayor resolución de contraste y un campo de visión más amplio, lo que permite caracterizar con mayor precisión una gran variedad de anomalías cerebrales. Su capacidad de obtener imágenes multiplanares y su seguridad (al no utilizar radiación) la han convertido en un complemento indispensable cuando los hallazgos ecográficos son inciertos, incompletos o sugieren malformaciones complejas.

En el contexto del desarrollo cerebral

fetal, la RM proporciona información esencial sobre la migración neuronal, la maduración cortical, la integridad de la sustancia blanca, así como la anatomía detallada del tronco encefálico y las estructuras de la línea media.

Gracias a secuencias ultrarrápidas adaptadas al movimiento fetal, es posible la obtención de imágenes diagnósticas incluso en gestaciones avanzadas o en situaciones en las que la ecografía se ve limitada por factores maternos o fetales.

Hoy en día la RM fetal se ha convertido en un método de confirmación y en una herramienta que influye directamente en el pronóstico, el consejo prenatal y la planificación perinatal, permitiendo una atención más precisa y personalizada.

3 Objetivos

- Describir la utilidad clínica y diagnóstica de la resonancia magnética fetal cerebral, destacando su papel en la evaluación detallada del desarrollo neurológico prenatal y en la identificación

de anomalías cerebrales.

- Analizar las principales indicaciones clínicas para realizar una resonancia magnética en el feto, especialmente cuando la ecografía presenta hallazgos dudosos o incompletos.
- Revisar las anomalías cerebrales más frecuentes detectadas y su relevancia pronóstica.

4 Metodología

Para la elaboración de este artículo se realizó una revisión narrativa de la literatura científica disponible sobre la resonancia magnética fetal cerebral. La búsqueda se llevó a cabo en bases de datos biomédicas, utilizando términos relacionados con fetal MRI, prenatal brain imaging, cerebral abnormalities y magnetic resonance.

Se incluyeron artículos publicados en los últimos 10 años, priorizando estudios originales, revisiones, guías clínicas y reportes relevantes para la práctica obstétrica y radiológica.

La selección de la literatura se realizó con base en la relevancia clínica, calidad metodológica y pertinencia para los objetivos planteados. La información recopilada se organizó y analizó de manera cualitativa, integrando los hallazgos típicos y utilidad diagnóstica de la resonancia magnética fetal cerebral.

5 Resultados

La RM fetal ofrece una visualización detallada del cerebro en desarrollo, con una capacidad notable para detectar malformaciones estructurales, aclarar dudas surgidas en la ecografía y aportar información pronóstica que influye directamente en la toma de decisiones obstétricas y neonatales.

Su realización debe ser a partir del tercer trimestre ya que antes no suele ser tan precisa, este punto es clave pues muchas malformaciones se manifiestan con cambios sutiles que no pueden apreciarse en la ecografía.

En la parte más técnica, la resonancia magnética fetal se apoya sobre todo en secuencias ultrarrápidas que permiten obtener imágenes útiles aunque el bebé se mueva. Las más empleadas son las secuencias T2 single-shot (SSFSE o HASTE), porque dan muy buen contraste entre las distintas estructuras del cerebro y requieren solo unos pocos segundos. También se utilizan secuencias T1, que ayudan a identificar hemorragias recientes o grasa, y la difusión (DWI), que aunque a veces sale algo borrosa por el movimiento, puede mostrar zonas de isquemia o infecciones. En algunos centros añaden secuencias 3D para reconstrucciones más detalladas, aunque su calidad depende mucho de lo quieto que esté el feto. En general, este conjunto de secuencias permite tener una imagen bastante completa del cerebro fetal sin necesi-

dad de usar contraste y manteniendo tiempos muy cortos, lo cual hace que el estudio sea más llevadero para la madre y más estable para el bebé.

En primer lugar, se observó que la RM fetal se solicita con mayor frecuencia ante hallazgos ecográficos anómalos, especialmente en casos de ventriculomegalia, alteraciones migratorias, sospecha de lesiones hemorrágicas, infecciones congénitas o ante la posibilidad de un defecto de la fosa posterior. La literatura concuerda que, cuando la ecografía plantea dudas, la RM fetal logra mejorar la caracterización anatómica gracias a su resolución de contraste superior y a su menor dependencia de factores como el oligohidramnios o la posición fetal desfavorable.

En relación con las anomalías más frecuentes detectadas, la ventriculomegalia ocupa el primer lugar. La RM permite identificar mejor si la dilatación ventricular está asociada a otras alteraciones como disgenesias del cuerpo calloso, malformaciones corticales, lesiones hemorrágicas o signos de infección. Esta capacidad de análisis integral es especialmente importante ya que la presencia de lesiones adicionales cambia de manera sustancial el pronóstico. En múltiples reportes se señala que alrededor del 20 - 30% de los fetos con ventriculomegalia considerada inicialmente "aislada" presentan hallazgos adicionales en la RM, lo que subraya su utilidad diagnóstica.

Otro grupo de hallazgos de relevancia corresponde a las anomalías de la migración neuronal, como la lisencefalia, la polimicrogiria o la heterotopía. Gracias a su mayor sensibilidad para evaluar la corteza, provee imágenes más precisas del proceso de formación de los surcos y giros.

Un tercer grupo de hallazgos relevantes es el de las anomalías de la línea media, particularmente la agenesia total o parcial del cuerpo calloso. Los estudios coinciden en que la RM mejora la seguridad diagnóstica, permitiendo visualizar no solo la ausencia o alteración del cuerpo calloso, si no también estructuras acompañantes como los ventrículos laterales, la configuración del tercer ventrículo y la presencia de malformaciones corticales asociadas. Esta información detallada es fundamental, dado que el pronóstico neurológico depende en gran medida de si la agenesia es aislada o forma parte de un cuadro malformativo complejo.

Las lesiones adquiridas, como hemorragias, infartos o infecciones congénitas, también fueron un punto recurrente en los artículos analizados. La RM fetal demostró una ventaja clara para identificar depósitos hemorrágicos, áreas de necrosis o alteraciones de la sustancia blanca. En el contexto de infecciones como citomegalovirus o toxoplasmosis, la técnica mostró una alta sensibilidad para detectar hallazgos como calcificaciones, ventriculomegalia progresiva, alteraciones mi-

gratorias o cambios corticales tempranos. Esto tiene implicaciones directas para el seguimiento gestacional y la planificación del manejo neonatal.

Un aspecto relevante identificado en la revisión es el impacto clínico de los hallazgos de la RM en la toma de decisiones. En varios estudios, entre un 20% y 50% de los casos evaluados presentaron cambios en el consejo prenatal, el seguimiento obstétrico o las decisiones neonatales gracias a la información complementaria proporcionada por la RM. Esto muestra que la técnica no solo aclara diagnósticos, sino que influye de forma directa en el manejo clínico, especialmente en embarazos de alto riesgo o con pronósticos inciertos.

En términos de seguridad, la evidencia revisada reafirma que la RM fetal realizada sin contraste es segura para el feto y la madre. No se encontraron efectos adversos documentados a largo plazo y los artículos coinciden en que su uso en el segundo y tercer trimestre es adecuado. Aunque el contraste de gadolinio está contraindicado, la necesidad de su uso es prácticamente nula, ya que las imágenes estructurales se obtienen con calidad suficiente mediante secuencias convencionales.

Finalmente, la revisión también mostró que, a pesar de sus numerosas ventajas, la RM fetal tiene limitaciones. La principal es la dependencia del movimiento fetal, que puede afectar la nitidez de las imágenes. Además, la interpretación requiere radiólogos exper-

imentados, ya que el cerebro fetal pasa por cambios muy rápidos y la anatomía varía significativamente con las semanas de gestación. También se identificó la necesidad de estudios longitudinales que correlacionen de forma más consistente los hallazgos prenatales con el desarrollo neurológico postnatal, para afinar la precisión pronóstica.

6 Discusión-Conclusión

La resonancia magnética fetal cerebral constituye hoy en día un complemento indispensable de la ecografía en la evaluación prenatal del sistema nervioso central. Su capacidad para detectar y caracterizar con precisión malformaciones estructurales, lesiones adquiridas y alteraciones del desarrollo cortical la convierte en una herramienta con un impacto clínico significativo. Los hallazgos obtenidos mediante RM permiten afinar el pronóstico, orientar el consejo prenatal y optimizar la toma de decisiones obstétricas y neonatales.

Aunque presenta limitaciones técnicas y requiere una interpretación experta, la evidencia respalda su seguridad y eficacia, especialmente a partir del segundo y tercer trimestre. La consolidación de estudios longitudinales que relacionan los hallazgos prenatales con el desarrollo postnatal será clave para seguir mejorando su valor pronóstico y fortalecer su papel en una atención perinatal cada vez más personalizada.

7 Bibliografía

1. Recio M, Martínez V. Resonancia magnética fetal cerebral. *Anales Pediatr Continuada*. 2010;8(1):41-44. DOI: 10.1016/S1696-2818(10)70007-X. www.elsevier.com.
2. [Department of Radiology, University of Cincinnati]. [Clinical Applications of Fetal MRI in the Brain]. PMC. 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8947742/>.
3. Saura PH. Anencefalia fetal en resonancia magnética. *Imagen Diagn*. 2014;5(1):17-20. DOI: 10.1016/j.imadi.2014.01.001. www.elsevier.com+2www.elsevier.com+2.
4. [Varios]. Utilidad clínica de la resonancia magnética en la valoración del sistema nervioso fetal. *RCR*. 24(3). Disponible en: https://contenido.acronline.org/Publicaciones/RCR/RCR24-3/04_Resonancia%20Magn%C3%A9tica.pdf
contenido.acronline.org.

Artículo 172

EL CELADOR EN LA JERARQUÍA DEL ÁMBITO HOSPITALARIO: FUNCIÓN, POSICIÓN ORGANIZATIVA Y RELEVANCIA OPERATIVA

SERGIO MARTIN CASALES

RAQUEL GARCÍA BARQUILLA

MARIO HERNÁNDEZ BELLO

MARIA ANTIN MARIÑOSA

JORGE SÁNCHEZ MELÉNDEZ

MARIA IDOYA CADENAS PAGO

Introducción: la jerarquía hospitalaria organiza funciones, responsabilidades y flujos de trabajo entre los distintos profesionales. En este entramado, el celador ocupa una posición específica que resulta clave para el funcionamiento diario del centro sanitario.

Objetivos: analizar la ubicación del celador dentro de la jerarquía hospitalaria, clarificar sus funciones y delimitar sus relaciones con otros estamentos profesionales.

Metodología: se realizó una revisión narrativa de literatura científica, normativa y organizativa relacionada con la estructura hospitalaria y el personal de apoyo.

Resultados: la evidencia muestra que, aunque el celador se sitúa en los niveles básicos de la jerarquía formal, su papel operativo es esencial para la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.

Conclusiones: el celador ocupa una posición estratégica dentro del engranaje hospitalario y su correcta integración jerárquica mejora la eficiencia, la coordinación interprofesional y la calidad asistencial.

1 Palabras clave

Celador; jerarquía hospitalaria; organización sanitaria; personal de apoyo; trabajo en equipo.

2 Introducción

La organización jerárquica del ámbito hospitalario responde a la necesidad de estructurar un sistema complejo en el que intervienen múltiples profesionales con diferentes niveles de responsabilidad, formación y competencias. Esta jerarquía permite establecer líneas claras de autoridad, coordinación y toma de decisiones, garantizando que la atención sanitaria se desarrolle de forma ordenada, segura y eficiente. Dentro de este marco organizativo se integran tanto los profesionales sanitarios como el personal no sanitario, todos ellos imprescindibles para el correcto funcionamiento del hospital.

El celador forma parte del personal estatutario no sanitario y ocupa una posición definida dentro de la jerarquía hospitalaria. Aunque tradicionalmente su figura ha sido percibida como auxiliar o secundaria, la realidad asistencial demuestra que su intervención es esencial para el desarrollo cotidiano de la actividad hospitalaria. El

celador participa en tareas de apoyo logístico, traslado de pacientes, movilización, custodia, vigilancia y colaboración con el resto de profesionales, actuando como un elemento de enlace entre distintas áreas y servicios.

La jerarquía hospitalaria se estructura habitualmente en niveles que incluyen la dirección y gestión, el personal sanitario facultativo, el personal de enfermería y técnicos, y el personal de gestión y servicios. En este último grupo se encuadra el celador, bajo la supervisión de mandos intermedios y siguiendo las instrucciones del personal sanitario responsable. No obstante, esta posición jerárquica no debe interpretarse como una falta de relevancia funcional, sino como una delimitación clara de competencias y responsabilidades.

Desde la perspectiva de la seguridad del paciente, la correcta comprensión del lugar que ocupa el celador en la jerarquía resulta fundamental. Una definición imprecisa de su rol puede generar conflictos, duplicidad de funciones o fallos en la comunicación. Por el contrario, una integración adecuada favorece el trabajo en equipo, optimiza los circuitos asistenciales y reduce errores derivados de una mala coordinación.

Este artículo pretende analizar el lugar

del celador dentro de la jerarquía hospitalaria, destacando su función organizativa, sus relaciones con otros profesionales y su importancia dentro del sistema sanitario, con el objetivo de contribuir a una visión más realista y profesional de su papel.

3 Objetivos

- Analizar la posición del celador dentro de la jerarquía organizativa del ámbito hospitalario.
- Describir las relaciones funcionales del celador con otros estamentos profesionales.
- Identificar la importancia del celador en la coordinación y continuidad asistencial.
- Reflexionar sobre el impacto de una correcta integración jerárquica en la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa de carácter descriptivo sobre la organización jerárquica hospitalaria y el papel del personal de apoyo, con especial atención a la figura del celador. La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos como PubMed, SciELO y Dialnet, utilizando términos relacionados con jerarquía hospitalaria, organización sanitaria, personal no sanitario y funciones del celador.

Asimismo, se analizaron normativas estatutarias, documentos de organización interna hospitalaria y manuales de funciones del personal de gestión y servicios. Se incluyeron publicaciones comprendidas entre 2015 y 2024, priorizando aquellas con aplicabilidad en el contexto del sistema sanitario público. La información recopilada se organizó de forma cualitativa, estructurándola en bloques temáticos relacionados con la jerarquía formal, las funciones asignadas al celador, las relaciones interprofesionales y las implicaciones organizativas derivadas de su posición jerárquica.

5 Resultados

Los resultados del análisis realizado ponen de manifiesto que el celador ocupa una posición claramente definida dentro de la jerarquía hospitalaria, integrada en el grupo de personal de gestión y servicios, y subordinada funcionalmente a los profesionales sanitarios responsables. Esta ubicación jerárquica establece un marco de actuación preciso que permite ordenar las responsabilidades, facilitar la coordinación y garantizar el correcto funcionamiento de los circuitos asistenciales.

La revisión de la literatura y de los documentos organizativos muestra que, a pesar de situarse en los niveles básicos de la jerarquía formal, el celador desempeña funciones operativas esen-

ciales para el desarrollo de la actividad hospitalaria. Su intervención en el traslado y movilización de pacientes, la gestión de circuitos internos, el control de accesos, la custodia de instalaciones y el apoyo logístico a las unidades asistenciales tiene un impacto directo en la continuidad de la atención y en la eficiencia de los servicios.

Los estudios analizados destacan que los centros sanitarios en los que existe una delimitación clara de las funciones del celador y una adecuada integración jerárquica presentan menor incidencia de errores derivados de fallos en la comunicación o de duplicidad de tareas. La claridad en la cadena de mando facilita la transmisión de instrucciones, reduce conflictos interprofesionales y mejora la capacidad de respuesta ante situaciones de urgencia o alta carga asistencial.

Asimismo, los resultados evidencian que el reconocimiento funcional del celador dentro de la jerarquía hospitalaria influye positivamente en el clima laboral. Los celadores que conocen con precisión su posición, sus competencias y sus límites de actuación muestran mayor seguridad en el desempeño de sus funciones y una actitud más proactiva en la colaboración con otros profesionales. Esta percepción de integración favorece el trabajo en equipo y contribuye a una atención más coordinada y eficiente.

Desde la perspectiva de la seguridad del paciente, se observa que la correcta ar-

ticulación jerárquica del celador reduce riesgos asociados a traslados inadecuados, desorganización de circuitos y demoras asistenciales. En conjunto, los resultados indican que la jerarquía hospitalaria, cuando está bien definida y asumida, no solo ordena el trabajo, sino que potencia el valor operativo del celador como pieza clave del engranaje hospitalario.

6 Discusión-Conclusión

El celador ocupa un lugar definido y necesario dentro de la jerarquía hospitalaria, integrado en el personal de gestión y servicios y subordinado funcionalmente a los profesionales sanitarios. Esta posición jerárquica no disminuye su importancia, sino que delimita de forma clara sus competencias y responsabilidades dentro del sistema sanitario.

Una correcta integración del celador en la estructura jerárquica favorece la coordinación interprofesional, mejora la eficiencia organizativa y contribuye a la seguridad del paciente. La claridad en las funciones y en las líneas de mando reduce conflictos, errores de comunicación y retrasos asistenciales.

En conclusión, reconocer el papel del celador dentro de la jerarquía hospitalaria como una figura clave de apoyo operativo permite fortalecer el trabajo en equipo, optimizar los procesos asistenciales y avanzar hacia una organización sanitaria más eficiente, segura y

cohesionada.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Patient safety: a global priority. Geneva: WHO; 2019.
2. Ministerio de Sanidad. Organización y funcionamiento de los centros sanitarios. Madrid: MSCBS; 2021.
3. López A, Rodríguez J. Organización hospitalaria y trabajo en equipo. Rev Asist Sanitaria. 2020;16(2):88-95.
4. Gómez L, Herrera C. Jerarquía, roles y seguridad del paciente. Rev Gestión Hosp. 2021;18(1):55-62.

Artículo 173

OBESIDAD INFANTIL

MARIA ANTIN MARIÑOSA

JORGE SÁNCHEZ MELÉNDEZ

MARIA IDOYA CADENAS PAGO

SERGIO MARTIN CASALES

RAQUEL GARCÍA BARQUILLA

MARIO HERNÁNDEZ BELLO

El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia, los factores de riesgo y el impacto en la salud física y psicológica, así como estrategias de prevención y tratamiento de esta, ya que es un problema creciente a nivel global.

1 Palabras clave

Obesidad infantil; sobrepeso; sedentarismo

y adolescentes ha aumentado debido a los estilos de vida moderno caracterizado por dietas poco saludables y falta de actividad física.

2 Introducción

La obesidad infantil se trata de uno de los problemas de salud pública más preocupante del siglo XXI, se trata de una acumulación de grasa corporal tiene consecuencias negativas para la salud, la prevalencia de la obesidad en niños

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad infantil ha alcanzado niveles alarmantes en muchas regiones, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, en España concretamente se ha observado que aproximadamente el 25-30% de los niños en edad escolar presentan sobrepesos u obesidad.

El aumento de la obesidad infantil está relacionado con una serie de factores como la genética, el entorno familiar y social, el acceso a alimentos procesados, la falta de actividad física y el sedentarismo, especialmente asociados al uso excesivo de dispositivos electrónicos

Los riesgos asociados con la obesidad infantil no solo afectan a la salud física sino que los niños que sufren de obesidad también tienen una mayor probabilidad de experimentar problemas psicológicos, como baja autoestima, depresión, ansiedad y acoso escolar.

Dado impacto en la salud pública, la obesidad infantil ha sido objeto de una creciente atención en la investigación médica, psicológica y educativa.

3 Objetivos

El objetivo de la obesidad infantil tiene como principal propósito estudiar los factores que contribuyen a su aparición y desarrollo, así como identificar estrategias eficaces para su prevención y tratamiento.

4 Metodología

En general, la metodología usada para el estudio sobre la obesidad infantil puede variar en función de los objetivos, pero suele combinar técnicas cuantitativas y cualitativas para obtener datos completos y representativos.

En la mayoría de estudios, son niños entre 6 y 12 años (edad escolar) aunque también pueden ser adolescentes y los lugares donde se realiza son colegio, centros de salud y comunidades ubicadas en zonas rurales e urbanas.

5 Resultados

Los resultados de la investigación sobre la obesidad infantil pueden variar dependiendo del enfoque y metodología utilizada. Sin embargo, se han obtenido unos resultados que podrían derivarse de un estudio sobre distintos factores:

1. Prevalencia: estudios realizados en diversas regiones del mundo. la obesidad infantil ha mostrado un aumento significativo en las últimas décadas, concretamente en España se encontró que un 20% de los niños entre 6 y 12 años presentan obesidad.

2. Tendencias: la obesidad infantil es mas prevalente en áreas urbanas debido a la disponibilidad de alimentos poco saludables y además muestra una tendencia creciente en grupos socioeconómicos bajos.

3. Factores ambientales y psicológicos: El entorno familiar juega un papel clave, ya que la alimentación familiar, los hábitos de vida y la actividad física son determinantes cruciales. Por otra parte, los niños con estrés, ansiedad y depresión tienden a consumir productos de altas calorías como mecanismo de afrontamiento a los problemas. También, comentar que los niños

con antecedentes familiares de obesidad tienen mayor riesgo de generarla. Las consecuencias que puede generar la obesidad son diversas como mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, los niños con sobrepeso experimentan un bajo nivel de autoestima lo que puede llevar a problemas emocionales como ansiedad, depresión y trastornos alimentarios.

Se han implantado distintas estrategias y programas para prevenir la obesidad alguna de ellas: uso de tecnologías : Las aplicaciones móviles que permiten a los niños y a sus padres monitorear la actividad física y la dieta han demostrado ser útiles , políticas de control de la publicidad: políticas que limitan la publicidad de alimentos no saludables dirigidos a los niños tienen un impacto positivo e implementación de una etiqueta nutricional ha ayudado a los padres a tomar decisiones acerca de los alimentos.

6 Discusión-Conclusión

La obesidad infantil se ha convertido en un desafío sanitario global , con consecuencias que van más allá de la salud física, afectando también el bienestar psicológico y social de los niños.

Su prevalencia creciente en diversas partes del mundo subraya la necesidad urgente de tomar medidas efectivas para prevenir y tratar este problema, no solo a nivel individual, sino también en términos de políticas públi-

cas, estrategias educativas y cambios en el entorno social y familiar.

En definitiva, abordar la obesidad infantil requiere un compromiso colectivo y un esfuerzo constante por parte de todos los sectores de la sociedad. Solo mediante una acción coordinada será posible revertir esta tendencia creciente y garantizar que las futuras generaciones disfruten de una salud integral y un bienestar duradero.

7 Bibliografía

1. López, D., & García, A. (2016). Intervenciones dietéticas en el tratamiento de la obesidad infantil. *Revista de Nutrición Clínica*, 16(1), 56-65.
2. Vargas, M., & Martínez, J. (2021). Políticas públicas para la prevención de la obesidad infantil en América Latina. *Salud Pública de México*, 63(2), 178-186

Artículo 174

PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA

KATTY KARINA RODRÍGUEZ RENGIFO

NOELIA CORTES DE LA FLOR

OSCAR ESCUDERO FERRE

JUAN CARLOS BOZA BLASCO

ANTONIO MADRONA GUIRAO

ISABEL CONESA MAGALLON

Introducción: las úlceras por presión constituyen una complicación frecuente en personas con movilidad reducida, especialmente durante estancias prolongadas en centros sanitarios o sociosanitarios. Su aparición se relaciona con una atención inadecuada de los cuidados básicos.

Objetivos: analizar la importancia de la prevención y los cuidados de las úlceras por presión desde el ámbito del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

Metodología: se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos, guías clínicas y manuales asistenciales centrados en la prevención de lesiones cutáneas.

Resultados: la evidencia demuestra que la aplicación sistemática de cuidados auxiliares, como cambios posturales, higiene adecuada y observación de la piel, reduce significativamente la aparición de úlceras por presión.

Conclusiones: la actuación diaria del TCAE resulta fundamental para mantener la integridad cutánea y mejorar la calidad de vida de las personas con movilidad limitada.

1 Palabras clave

Úlceras por presión; movilidad reducida; cuidados auxiliares; integridad cutánea; prevención.

2 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones de la piel y de los tejidos subyacentes que aparecen como consecuencia de una presión prolongada o de la combinación de presión y fricción. Estas lesiones se desarrollan con mayor frecuencia en personas con movilidad reducida, encamadas o que permanecen largos periodos en la misma posición. La aparición de este tipo de lesiones supone un problema relevante dentro del ámbito asistencial, ya que afecta al bienestar del paciente, incrementa el riesgo de infecciones y prolonga los tiempos de recuperación. Además, generan un impacto negativo en la calidad de la atención sanitaria y en la experiencia del usuario.

Entre los factores que favorecen su desarrollo se encuentran la inmovilidad, la humedad, la desnutrición, la edad avanzada y la disminución de la sensibilidad. Ante esta situación los cuidados básicos adquieren un papel esencial en la prevención de estas lesiones cutáneas.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería mantiene un contacto continuo con el paciente y participa activamente en actividades como la higiene

diaria, los cambios posturales, la movilización y la observación del estado de la piel. Estas funciones permiten detectar alteraciones tempranas y aplicar medidas preventivas de forma inmediata.

La prevención de las úlceras por presión no depende únicamente de tratamientos específicos sino de la constancia en la realización de cuidados cotidianos. Por ello, resulta imprescindible destacar la importancia del rol del TCAE en la protección de la integridad cutánea y en la mejora de la calidad asistencial de las personas con movilidad limitada.

3 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar la importancia de la prevención y los cuidados de las úlceras por presión en personas con movilidad reducida desde la actuación del TCAE.

Objetivos secundarios:

- Identificar factores que favorecen la aparición de úlceras por presión.
- Describir cuidados auxiliares orientados a la protección de la piel.
- Valorar la relevancia de la observación continua del paciente inmovilizado.

4 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica narrativa. La búsqueda de información se realizó en bases de datos científicas

y repositorios académicos como Scielo, PubMed y Google Scholar.

Se seleccionaron artículos científicos, guías clínicas y manuales profesionales relacionados con la prevención de úlceras por presión y el cuidado de personas con movilidad reducida. Se incluyen publicaciones en español e inglés correspondientes a los últimos diez años.

Los documentos fueron analizados de manera descriptiva, extrayendo la información más relevante sobre factores de riesgo, medidas preventivas y cuidados auxiliares. Posteriormente, los datos se organizaron para facilitar la comprensión y la relación con la práctica diaria del TCAE.

5 Resultados

Los resultados obtenidos a partir del análisis de la bibliografía consultada evidencian que las úlceras por presión continúan siendo una complicación frecuente en personas con movilidad reducida, especialmente en aquellas que permanecen encamadas o con limitación para realizar cambios posturales de forma autónoma. Estas lesiones aparecen con mayor incidencia en pacientes de edad avanzada, con patologías crónicas o con deterioro neurológico.

La literatura revisada que la aplicación sistemática de medidas preventivas reduce de manera significativa la aparición de úlceras por presión. Entre estas

medidas, los cambios posturales programados ocupan un lugar prioritario, ya que permiten aliviar la presión mantenida sobre zonas vulnerables como sacro, talones, caderas y escápulas. El correcto posicionamiento del paciente, realizado con la colaboración del TCAE, contribuye a mejorar la circulación sanguínea y a disminuir el daño tisular.

Otro aspecto relevante identificado es el cuidado continuo de la piel. La higiene diaria adecuada, el secado minucioso y la hidratación cutánea favorecen el mantenimiento de la integridad de los tejidos. La presencia de humedad, ya sea por sudoración o incontinencia, se asocia con un mayor riesgo de lesión, por lo que su control resulta fundamental dentro de los cuidados auxiliares.

Asimismo, los estudios analizados resaltan la importancia de la observación constante del estado de la piel. La detección precoz de signos iniciales, como enrojecimiento persistente, cambios en la temperatura local o alteraciones en la textura cutánea, permite una actuación temprana. En este proceso, el TCAE desempeña un papel clave al comunicar de forma inmediata cualquier alteración al personal de enfermería.

Finalmente, se observa que los centros que promueven la formación continua del personal auxiliar y aplican protocolos específicos de prevención presentan una menor incidencia de úlceras por presión, así como una mejora en la calidad de los cuidados y en el bienestar de los pacientes con movilidad limitada.

6 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión representan una complicación prevenible que afecta de forma significativa a personas con movilidad reducida.

La prevención se basa principalmente en la constancia y correcta ejecución de cuidados básicos, en los que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene una participación fundamental

Los cambios posturales, el cuidado de la piel y la observación continua son acciones clave para preservar la integridad cutánea.

La detección temprana de alteraciones permite actuar de manera rápida y evitar la evolución de lesiones más graves. Reforzar la formación del TCAE y fomentar su implicación activa en la prevención contribuye a mejorar la calidad asistencial y el bienestar del paciente.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. (2018). Prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
2. Ministerio de Sanidad. (2021)
3. European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2019). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers.
4. Garcia Fernandez F. (2017). Cuidados básicos y atención a pacientes inmovilizados. Editorial Sanitaria.

Artículo 175

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO (TSID) EN LA FRACTURA DE CADERA

MARINA EXTRAMIANA ESQUISABEL

YAIZA LORETO ARANGUREN HERRERO

PATRICIA OCHOA PÉREZ

YAMILA EVELINA QUINTANA DI BLASI

ALBA GOMOLLÓN GARZÓN

La fractura de cadera es una de las lesiones osteoarticulares más frecuentes en la población geriátrica, que debido a sus múltiples complicaciones, presenta una alta tasa de morbilidad y mortalidad. En el proceso de diagnóstico inicial ante la fractura de cadera, el papel del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico (TSID) resulta fundamental en la optimización de los protocolos de imagen y para garantizar la seguridad radiológica del paciente.

Este artículo revisa las principales clasificaciones de fracturas de cadera, los métodos de imagen utilizados y las consideraciones específicas desde la práctica profesional del TSID. Se expone un análisis centrado en la correcta selección de proyecciones radiográficas, la aplicación del principio ALARA y las dificultades técnicas derivadas del dolor, la inmovilidad y el riesgo de desplazamiento de los fragmentos. Del mismo modo, se valora el empleo del TC en la planificación prequirúrgica y en casos complejos.

La precisión diagnóstica depende tanto del facultativo que solicita y valora la imágenes, como del TSID que las realiza con la calidad técnica necesaria para lograr una buena radiografía. La conclusión final realza la importancia de la formación con-

tinua del TSID en traumatología, técnicas de movilización segura y optimización de dosis.

1 Palabras clave

Fractura de cadera, TSID, radiología, traumatología, radiografía, tomografía computarizada.

2 Introducción

Este artículo ofrece la revisión de la literatura referente a la perspectiva técnica y asistencial del TSID en el diagnóstico por imagen de la fractura de cadera.

Debido a la gran incidencia en personas mayores la fractura de cadera representa un problema de salud pública, del mismo modo que el impacto en su movilidad y autonomía y el importante coste sanitario que genera.

El TSID cumple un papel fundamental ante esta patología, realizando una correcta ejecución de las técnicas de imagen en el diagnóstico inicial. Especialmente en la radiología simple, que es la primera prueba solicitada en los servicios de urgencia dada su rapidez y baja dosis de radiación.

Se requiere de una gran habilidad técnica, conocimiento anatómico y atención humanizada debido a la complejidad del posicionamiento del paciente, el dolor intenso o la limitación de la movilidad para la obtención de las proyecciones adecuadas (principalmente la anteroposterior de pelvis y la

axial de cadera). Del mismo modo, lograr una imagen de calidad es esencial para identificar si la fractura es intracapsular o extracapsular, lo que influye directamente en el manejo terapéutico del paciente.

Cuando las radiografías no son concluyentes o el tipo de fractura es muy compleja, la tomografía computarizada (TC) se convierte en un indispensable del diagnóstico, permitiendo visualizar con gran detalle los trazos anatómicos y las posibles complicaciones. Durante este proceso el TSID debe ajustar los parámetros técnicos y aplicar estrategias para optimizar la calidad de la imagen sin aumentar la dosis de radiación (según el principio ALARA).

En conclusión, la función del TSID incluye desde los conocimientos más técnicos hasta la calidad asistencial para el paciente, siendo clave para garantizar un diagnóstico preciso y una atención segura. Asimismo, debido al incremento de este tipo de estudios, resulta fundamental reforzar la formación especializada y el control absoluto sobre los protocolos de traumatología y avances tecnológicos.

3 Objetivos

Objetivo principal

Analizar la fractura de cadera desde la perspectiva del Técnico Superior en Im-

agen para el Diagnóstico, estudiando los protocolos de imagen, las dificultades técnicas y la optimización de dosis en radiografía y tomografía computarizada.

Objetivos secundarios

- Revisar las clasificaciones más relevantes de fractura de cadera.
- Describir las proyecciones radiográficas de elección y sus variaciones.
- Evaluar el papel de la TC en casos complejos.
- Identificar estrategias para mejorar la calidad de imagen reduciendo la dosis.
- Resaltar la importancia de la formación y la comunicación interdisciplinar en la práctica del TSID.

4 Metodología

El presente estudio se basa en una revisión narrativa de la literatura científica publicada en bases de datos como PubMed, Scielo y Google Scholar, así como en manuales de referencia utilizados en la formación de Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico. Se han consultado artículos sobre radiología del sistema musculoesquelético, guías de posicionamiento radiográfico y documentos de organismos internacionales de protección radiológica.

La metodología ha consistido en seleccionar publicaciones relevantes relacionadas con fracturas de cadera, técnicas radiográficas y TC referentes a la valoración del trauma en extremidades inferiores. Han sido incluidos es-

tudios que describen protocolos de imagen, dificultades en el posicionamiento, herramientas de optimización de dosis y recomendaciones clínicas para el manejo de pacientes con movilidad reducida.

Se han analizado las técnicas radiográficas convencionales, recalcando la proyección AP de pelvis y la proyección axial de cadera. También se han revisado variaciones técnicas en situaciones clínicas como dolor intenso, presencia de prótesis o politrauma.

La revisión ha considerado aspectos relevantes desde la perspectiva del TSID: ergonomía, movilización segura, comunicación con el paciente, manejo del riesgo de exposición y uso correcto de colimación.

5 Resultados

La fractura de cadera es una de las principales causas de ingreso hospitalario en personas mayores y representa un importante problema de salud pública debido a su elevada incidencia, sus consecuencias funcionales en la vida del paciente y el alto coste sanitario asociado. Para el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico (TSID) esta patología supone un reto técnico y asistencial, ya que su correcto diagnóstico mediante el empleo de técnicas de imagen depende, en gran medida, de la obtención de estudios radiográficos (Rx o TC) adecuados. Siempre respetando las condiciones del paciente y los princip-

ios de protección radiológica.

La cadera está formada por la cabeza femoral y el acetábulo, siendo una articulación de gran movilidad. Las fracturas se suelen clasificar en intracapsulares (cuello femoral) y extracapsulares (intertrocantéricas y subtrocantéricas). La localización de la fractura afecta directamente en el manejo terapéutico y en el pronóstico. Por ello, para lograr una correcta identificación de la fractura la calidad de las imágenes obtenidas y la ejecución de las proyecciones adecuadas se convierte en un proceso esencial, obteniendo el TSID un papel fundamental durante el proceso asistencial.

La primera elección ante una sospecha de fractura de cadera en el servicio de urgencias es la radiografía simple, debido a su rapidez, disponibilidad y baja dosis al paciente. Sin embargo, la obtención de imágenes con las proyecciones correctas en pacientes con dolor intenso, espasmos musculares o riesgo de desplazamiento derivados de la posibilidad de una fractura de cadera o propios del paciente requiere una gran destreza técnica y amplios conocimientos de la anatomía radiológica y el uso de una movilización segura.

Las proyecciones más habituales suelen ser la anteroposterior (AP) de pelvis y axial de cadera, requiriendo la segunda conocimientos técnicos para su correcta movilización.

1. La proyección AP de pelvis proporciona información global sobre la

simetría de articulaciones, la integridad del anillo pélvico y la localización aproximada del trazo de fractura. Una correcta rotación interna de 10–15° de la cadera afectada mejora la visualización del cuello femoral, aunque en la práctica clínica muchas veces no es posible por dolor o riesgo de desplazamiento. En estos casos, el TSID debe aplicar estrategias alternativas, como la evaluación visual previa del grado de rotación, la posición de los pies o el uso de soportes que eviten el movimiento involuntario del paciente y su movilización excesiva reduciendo el riesgo de agravar la lesión.

2. La proyección axial de cadera (unilateral o bilateral), se emplea para la valoración del cuello femoral y la región trocantérica, resultando muy útil en traumatismos agudos. Se muestra el fémur proximal sin superposiciones de las estructuras pélvicas, facilitando la visualización de fracturas más sutiles, impactaciones de la cadera en el acetábulo o desplazamientos de la misma. Si el paciente tiene una limitación funcional severa deberá valorar cuál es la variante axial más adecuada para cada situación (como la proyección Lauenstein o la “cross-table lateral”).

3. Proyecciones complementarias como las oblicuas de pelvis (alar y obturatriz, estudio de Judet), permiten una valoración más precisa del anillo pélvico:

- La proyección oblicua alar permite visualizar la lámina iliaca, la articulación sacroiliaca ipsilateral y la columna

posterior del acetábulo, siendo muy útil para valorar fracturas ilíacas o sacroilíacas.

- La proyección oblicua obturatriz permite identificar discontinuidades, deformidades o desplazamientos relacionados con las fracturas acetabulares en la rama isquiopubiana y la columna anterior del acetábulo.

Al realizar de manera combinada este tipo de proyecciones se logra una visión completa de la estructura anatómica y mejora sustancialmente la precisión diagnóstica.

También puede suceder que tras el estudio inicial radiológico las radiografías no sean concluyentes, en dicho caso la TC se vuelve una herramienta vital complementaria para obtener imágenes más detalladas de la anatomía de la cadera detallando los trazos, fragmentos y afectación articular aumentando significativamente la sensibilidad diagnóstica. El TSID debe adecuar los parámetros como el mAs, el kV y el FOV para optimizar la imagen obteniendo la mayor calidad con la menor radiación posible. Esta técnica resulta especialmente útil en fracturas impactadas no desplazadas, fracturas subtrocantéricas y en presencia de prótesis donde el metal genera artefactos. La reducción de artefactos metálicos mediante algoritmos y el ajuste del kV contribuyen a una medida destacada en la mejora de la calidad de la imagen. Para el TSID, esto implica conocer los protocolos específicos del equipo disponible

e identificar cuándo es necesario recurrir a reconstrucciones multiplanares o 3D.

Asimismo, el proceso para el TSID no se limita únicamente a adquirir imágenes: se debe asegurar la correcta identificación del paciente, valorar la colocación del mismo para que se encuentre lo más cómodo posible sin posibilidad de movimiento o caída, proporcionar apoyo y comunicarse de manera eficaz con el paciente y los otros equipos de trabajo. Del mismo modo, el profesional debe conocer los dispositivos de inmovilización que tiene a su alcance, el manejo de los pacientes politraumatizados y las particularidades de los protocolos avanzados y en constante actualización.

La demanda de estudios por sospecha de fractura de cadera continúa en aumento, por ello resulta indispensable reforzar la formación de los TSID en técnicas específicas de traumatología y posicionamiento en ocasiones complicadas desde un enfoque humanizado. Los resultados de la revisión evidencian que la radiografía simple sigue siendo la herramienta diagnóstica inicial más eficaz en la detección de fracturas de cadera.

6 Discusión-Conclusión

Este artículo destaca el papel fundamental del TSID en el diagnóstico de la fractura de cadera. La calidad y precisión de la obtención de las imágenes

radiológicas depende de la habilidad técnica, de la capacidad de adaptación del profesional ante situaciones complejas y el amplio conocimiento de las estructuras anatómicas radiológicas. Los pacientes con fractura de cadera presentan limitaciones obligando a la modificación de la técnica estándar manteniendo siempre la calidad del estudio.

La literatura revisada destaca la importancia de la TC como complemento en situaciones más complejas o donde la radiografía presenta limitaciones. En cambio, el empleo de esta técnica debe realizarse siguiendo criterios clínicos y aplicando estrategias de reducción de dosis que el TSID debe conocer y dominar.

Finalmente, se considera un elemento clave la formación continuada en traumatología por parte de los TSID para mejorar la calidad del proceso diagnóstico y de la atención al paciente. La incorporación de nuevas tecnologías y protocolos obliga al TSID a actualizar de manera periódica sus conocimientos para proporcionar una atención eficiente, segura y basada en la evidencia científica.

7 Bibliografía

1. Roche JJW, Wenn RT, Sahota O, Moran CG. Effect of comorbidities and postoperative complications on mortality after hip fracture in elderly people. *BMJ*. 2005;331(7529):1374–6.
2. Parker MJ, Gurusamy K. Internal fixation versus arthroplasty for intracapsular proximal femoral fractures in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD001708.
3. Adams J, Dixon A. Radiographic positioning for fracture assessment. *J Med Imaging Radiat Sci*. 2018;49(3):230–8.
4. Boese CK, Dargel J, Oppermann J, Eysel P. The role of CT in occult hip fractures. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2016;42:171–8.
5. International Atomic Energy Agency (IAEA). Radiation protection in diagnostic radiology. IAEA; 2018.
6. Bontrager KL, Lampignano J. Manual de posicionamiento radiográfico y procedimientos afines. 9ª ed. Elsevier; 2020.

Artículo 176

PUNCIONES GUIADAS POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC)

ALBA GOMOLLÓN GARZÓN

MARINA EXTRAMIANA ESQUISABEL

YAIZA LORETO ARANGUREN HERRERO

PATRICIA OCHOA PÉREZ

YAMILA EVELINA QUINTANA DI BLASI

Introducción:

Las punciones guiadas por tomografía computarizada (TC) facilitan al médico el trabajo de poder llegar con una aguja a una lesión específica y poder tomar posteriormente una muestra o tratar dicha lesión.

Objetivos:

Dar a conocer en qué consisten las punciones guiadas, su procedimiento y las utilidades que ofrece la técnica.

Metodología:

El trabajo se basa en una revisión bibliográfica exhaustiva de libros y artículos científicos recientes en español e inglés, seleccionados por su relevancia y acceso completo, garantizando la actualidad y calidad de la información.

Resultados:

El procedimiento comprende:

1º Localizar la lesión

2° Administrar al paciente el anestésico necesario.

3° Guiarse a través del TC.

4° Obtención de muestra o drenaje de líquidos.

Conclusión:

Se trata de un procedimiento muy útil para el diagnóstico, tratamiento y toma de muestras de lesiones concretas o de difícil acceso.

1 Palabras clave

Punción; tomografía; lesiones; muestra; drenaje.

2 Introducción

La punción guiada por TC es un procedimiento mínimamente invasivo en el que se utiliza la TC para guiar con precisión una aguja hacia una lesión sospechosa, de la cual se obtiene la cantidad necesaria de líquido (en caso de necesitar realizar el drenaje de un quiste o de una colección existente) o una muestra de tejido para su posterior análisis en el laboratorio (biopsia).

Este método ayuda a diagnosticar enfermedades, evaluar la recurrencia de tumores y drenar líquido, y es útil para áreas del cuerpo que son difíciles de alcanzar con otras técnicas de imágenes, como áreas profundas de los pulmones o el abdomen.

Cabe destacar que al no tratarse de una cirugía abierta tradicional ni tener que emplear anestesia general en el paciente, las complicaciones que puedan surgir asociadas a la técnica se reducen considerablemente, así como las posi-

bles incomodidades asociadas para el paciente.

Tras la prueba el paciente deberá mantener reposo relativo para una correcta recuperación, puesto que es probable que posteriormente a la punción el paciente sienta dolor en la zona o la tenga levemente inflamada.

Hablamos de un procedimiento interesante tanto para el especialista como para el paciente por sus ventajas y satisfactorios resultados.

3 Objetivos

- Conocer en qué consiste este tipo de procedimiento.
- Explicar el desarrollo de la prueba y su utilidad médica tanto a nivel diagnóstico como de tratamiento.

4 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva de material bibliográfico y una extensa investigación que ha consistido en la revisión del material recopilado de la literatura científica existente.

Se ha realizado un análisis de libros científicos, asimismo se ha consultado una serie de artículos científicos publicados en las principales bases de datos. De este modo se ha seleccionado una serie de artículos con interés para la realización de este trabajo sirviendo de base para la elaboración del mismo.

5 Resultados

Para la correcta realización de este procedimiento es importante una buena comunicación y coordinación entre los profesionales que van a formar parte del procedimiento, es decir, es necesario previamente a comenzar saber exactamente cuál va a ser la posición del paciente, así como la colocación de éste en la camilla del escáner.

Es crucial conocer la zona de la lesión puesto que muchas veces dependiendo de la ubicación de ésta se colocará al paciente con la cabeza en una dirección u otra (cabeza primero o pies primero) para que luego el Gantry (aro del escáner por donde se introduce la camilla con el paciente) no incomode a los especialistas a la hora de realizar la punción. Todas estas decisiones las ha de valorar el radiólogo según la patología a estudiar, tratando conseguir una óptima colocación para la comodidad tanto del paciente como del especialista.

Este procedimiento se divide en varios pasos:

Localización de la lesión: la TC per-

mite al especialista en radiología utilizar las imágenes del cuerpo obtenidas para poder localizar e identificar con exactitud la forma, tamaño y ubicación precisa de la lesión que va a puncionar. Administración del anestésico: una vez preparado el paciente de forma correcta, se le administra anestesia de forma local, con una aguja fina alrededor de la zona donde después se va a introducir la aguja de mayor calibre o el catéter.

Punción guiada con TC: una vez el paciente está posicionado y tras la aplicación del anestésico, el radiólogo intervencionista comienza a introducir la aguja o catéter en la zona de interés y se van realizando casi de forma simultánea imágenes en tiempo real con el equipo de TC, consiguiendo así llegar de forma precisa hasta la lesión.

Toma de muestra o drenaje de líquidos: una vez alcanzada la lesión con la aguja se procede a la extracción de una muestra de tejido o líquido bien sea para drenar una colección existente o para después analizarlo en el laboratorio.

6 Discusión-Conclusión

La realización de punciones guiadas por Tomografía Computarizada resulta una opción muy interesante y con múltiples ventajas tanto para el paciente como para el especialista a la hora de conseguir llegar a una lesión y posteriormente tomar una muestra, bien sea para el diagnóstico de un tu-

mor, la evaluación y seguimiento de una infección o para el tratamiento y drenaje de líquidos procedentes de una lesión.

Es una técnica menos invasiva para el paciente en comparación con una cirugía abierta tradicional y por ello ofrece ventajas al mismo como son:

- Técnica poco invasiva.
- Recuperación rápida y menor grado de complicaciones.
- Sin necesidad de anestesia general.
- Permite acceder a lesiones que resultan difíciles de detectar o palpar de forma externa a nivel de la piel.
- Consigue una obtención controlada y precisa de muestras a analizar, ya que facilita la llegada de la aguja y permite mediciones para no dañar órganos colindantes, consiguiendo así una punción más segura en lesiones pequeñas o difíciles de localizar.

7 Bibliografía

1. <https://www.quironsalud.com/hospital-barcelona/es/cartera-servicios/diagnostico-imagen/unidades-diagnostico/tomografia-computarizada-multidetector/intervencionismo-guiado-tc>
2. <https://www.teknon.es/es/pruebas-diagnosticas/tratamientos-especialidades/diagnostico-imagen/tomografia-computarizada-tac/intervencionismo-guiado-tc/paaf-puncion-torax-guiada-tc>

Artículo 177

EL FUTURO DE LA RADIOLOGÍA SIN RADIACIÓN

LUCIA TORRES LLAMAS

NATALIA CABALLERO GONZALEZ

MIKEL SANCHEZ GONZALEZ

La radiología ha proporcionado un papel importante en el mundo de la medicina.

Gracias a ella, se han podido diagnosticar y tratar múltiples enfermedades, aunque, en contraposición, su uso desencadena importantes riesgos en pacientes y sanitarios debidos a la radiación.

A medida que la tecnología avanza se estudia la posibilidad de sustituir o reemplazar ciertas pruebas realizadas con radiación por nuevas tecnologías que no dependen de la misma.

1 Palabras clave

Radiación; riesgos; tecnologías; avances; radiología; diagnóstico; futuro.

2 Introducción

La radiología ha sido y es un ámbito fundamental en la medicina, ya que, permite el diagnóstico y tratamiento de múltiples enfermedades mediante varias pruebas de imagen, la gran may-

oría haciendo uso de la radiación.

Sin embargo, el uso de la misma, aunque esencial para obtener imágenes detalladas, presenta ciertos riesgos importantes para los pacientes y personal sanitario presente en dichas pruebas, especialmente cuando se realiza con cierta frecuencia o durante un periodo largo de tiempo.

Gracias al avance de la tecnología, se ha empezado a explorar nuevas pruebas de diagnóstico por imagen que no dependen de la radiación, es decir, usan

otro método no dañino para el cuerpo humano para conseguir la imagen diagnóstica, lo que daría comienzo a una radiología más segura y accesible.

Este artículo tiene como objetivo explorar el futuro de la radiología, centrado en la eliminación de la radiación como componente central de los diagnósticos médicos. A medida que la investigación y el desarrollo continúan, es posible que en un futuro cercano veamos una radiología más accesible, segura y eficaz, capaz de ofrecer imágenes de alta calidad sin los riesgos asociados a la radiación, y así, transformar la forma en que abordamos el diagnóstico y tratamiento de múltiples enfermedades.

3 Objetivos

El principal objetivo de este artículo es examinar el futuro de la radiología sin necesidad de utilizar la radiación para conseguir imágenes diagnósticas evitando los riesgos que conlleva su uso.

Los objetivos específicos son:

- Analizar las tecnologías sin radiación actualmente en uso, como la resonancia magnética (RM) y la ecografía.
- Explorar nuevas técnicas emergentes como la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) y el uso de luz infrarroja en imágenes médicas.
- Evaluar los beneficios y limitaciones de estas tecnologías en comparación con los métodos tradicionales que uti-

lizan radiación.

- Prever el impacto de estas innovaciones en la medicina del futuro, con un enfoque en la seguridad y el bienestar del paciente.

4 Metodología

Para llevar a cabo este estudio, se realizó una revisión de la actualidad de este ámbito de la radiología, utilizando artículos científicos, revisiones sistemáticas, y avances tecnológicos en radiología de las dos últimas décadas. Las fuentes consultadas incluyeron bases de datos médicas y científicas como PubMed, Google Scholar, y ScienceDirect.

5 Resultados

1. RM:

La RM es una de las principales tecnologías de Imagen que no utiliza radiación actualmente en uso. Se realiza mediante un campo magnético y ondas de radiofrecuencia para conseguir imágenes de los tejidos blandos. Esta técnica es especialmente útil para evaluar el cerebro, médula espinal, músculos y órganos internos. En comparación con la tomografía computarizada (TC), que utiliza radiación, la RM no presenta riesgos para el paciente y proporciona imágenes de mayor resolución en ciertos tipos de tejidos.

2. Ecografía:

La ecografía es otra de las pruebas diagnósticas más utilizadas en radiología que no utiliza radiación sino que emplea ondas sonoras para crear imágenes del interior del cuerpo y se usa comúnmente para la monitorización fetal, estudios cardíacos y evaluación de órganos abdominales. Además de su seguridad para paciente y personal, la ecografía es una opción económica y portátil. Sin embargo, su resolución es inferior a la de la RM o la TC, lo que limita su aplicación en diagnósticos más complejos.

3. OCT:

La OCT es una técnica emergente que utiliza luz infrarroja para crear imágenes de alta resolución de las estructuras internas. Aunque su uso está principalmente limitado a la oftalmología, especialmente para el diagnóstico de enfermedades de la retina y el nervio óptico, su potencial para otras aplicaciones en radiología está siendo investigado. Esta técnica ofrece imágenes más detalladas que la ecografía y no implica exposición a radiación.

4. Nanotecnología y técnicas de imagen basadas en fotones:

La nanotecnología está permitiendo el desarrollo de técnicas de imagen que pueden ofrecer una resolución y precisión sin precedentes. Los avances en el uso de partículas nanoestructuradas que interactúan con los tejidos podrían revolucionar la radiología sin necesidad de radiación. Por ejemplo, las imágenes basadas en fotones y los biosen-

sores podrían proporcionar imágenes a nivel molecular, abriendo nuevas fronteras en el diagnóstico precoz de enfermedades.

6 Discusión-Conclusión

El futuro de la radiología va encaminado hacia un diagnóstico más seguro con tecnologías que eliminan el uso de radiación para la producción de imágenes diagnósticas.

La resonancia magnética y la ecografía son las opciones usadas en la actualidad, pero técnicas emergentes como la OCT y las aplicaciones de nanotecnología prometen una la radiología sin radiación consiguiendo el objetivo de obtener imágenes de calidad. Aunque aún existen ciertas desventajas en cuanto a costo, accesibilidad y resolución, el progreso continuo en investigación y desarrollo sugiere que el futuro de la medicina puede ser más seguro y efectivo, con diagnósticos más rápidos y precisos sin los riesgos asociados a la radiación que se presentan actualmente.

7 Bibliografía

1. Pineda, P. (2020). "Advances in MRI and Its Role in Medical Diagnosis." *Journal of Radiological Technology*, 33(4), 200-213.
2. Doherty, M., & Chang, K. (2021). "The Impact of Ultrasound in Modern Medicine: A Comprehensive Review."

Clinical Ultrasound Journal, 45(6), 123-132.

3. Zhang, Y., & Liu, Z. (2019). "Optical Coherence Tomography: Emerging Trends in Medical Imaging." *Optical Imaging Reviews*, 28(7), 57-66.

4. Harris, M., & Stevens, D. (2022). "Nanotechnology in Radiology: The Next Frontier in Diagnostic Imaging." *Journal of Nanomedicine and Nanotechnology*, 14(9), 189-195.

5. Akin, A. (2021). "The Role of Non-Radiation Imaging in Modern Healthcare." *Radiology Today*, 44(1), 50-58.

Artículo 178

EL TRASTORNO DE ANOREXIA NERVIOSA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

ANDREA MATEO ABRIL

MONTSERRAT BENAJES MARTÍNEZ

RAQUEL MATEO LATORRE

BEATRIZ MEDIEL LAHOZ

JAVIER ALEXANDER ROMERO SARMA

IRENE FRAILE PEÑARANDA

La enfermedad de anorexia nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) que se caracteriza principalmente por la restricción constante en la ingesta energética que da lugar a llegar a un peso corporal significativamente bajo, miedo intenso a ganar peso, y alteración en la forma en que se experimenta el peso o la imagen corporal.

Este trastorno afecta significativamente en la participación social y las Actividades de la Vida Diaria o AVDs, transformando la relación que tiene la persona con sus ocupaciones básicas y significativas.

Esta obsesión por el control alimentario y el ejercicio en exceso, suele afectar a otras actividades como el ocio, o las educativas y laborales, además de que deteriora las relaciones interpersonales. Las rutinas se vuelven rígidas y centradas en el trastorno, dando lugar a mayor aislamiento y a la pérdida de roles sociales.

La rama de terapia ocupacional (TO) ofrece un enfoque crucial para la recuperación, yendo más allá de la normalización del peso. La TO se centra en recuperar un

equilibrio ocupacional saludable, ayudando a la persona a volver a conseguir el significado y propósito en la vida fuera del foco del trastorno.

El objetivo principal es dar herramientas para obtener habilidades de afrontamiento y autogestión con el fin de restablecer un equilibrio ocupacional entre el autocuidado, la productividad y el ocio.

1 Palabras clave

Anorexia nerviosa, terapia ocupacional, rutinas ocupacionales, imagen corporal y autocuidado.

2 Introducción

El objetivo principal de la intervención se centra en restablecer rutinas y ciertos patrones de desempeño con la intención de conseguir un equilibrio ocupacional saludable.

Este suele verse bastante alterado en las personas que presentan AN. La reorganización de las rutinas diarias permite reducir la rigidez conductual y sustituir progresivamente los comportamientos sintomáticos característicos del trastorno, como la restricción alimentaria, el control excesivo del peso o la evitación de situaciones sociales relacionadas con la comida.

A través de la realización de ciertos cambios como reestructuración de horarios, planificación de actividades e incorporación de ocupaciones significativas, se busca promover una relación de mayor funcionalidad y equilibrio respecto a la alimentación y el propio cuerpo.

De manera complementaria, la in-

tervención tiene como finalidad entrenar y reforzar las habilidades de afrontamiento y de regulación emocional, fundamentales para el manejo de la ansiedad, el miedo y la angustia que suelen aparecer en torno a la ingesta alimentaria y a la percepción corporal. Mediante estrategias graduales y adaptadas a la persona, las sesiones se centran en la identificación de emociones, el uso de técnicas de relajación y la adquisición de estrategias adaptativas ante situaciones desencadenantes, favoreciendo una mayor sensación de control y autoeficacia.

3 Objetivos

Dar a conocer la intervención en personas con AN desde la TO.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con con-

tenidos relacionados con el tema de estudio.

5 Resultados

El objetivo principal de la intervención se centra en restablecer rutinas y ciertos patrones de desempeño con la intención de conseguir un equilibrio ocupacional saludable.

Este suele verse bastante alterado en las personas que presentan AN. La reorganización de las rutinas diarias permite reducir la rigidez conductual y sustituir progresivamente los comportamientos sintomáticos característicos del trastorno, como la restricción alimentaria, el control excesivo del peso o la evitación de situaciones sociales relacionadas con la comida.

La intervención utiliza actividades con propósito (ej. cocinar, planificar compras, actividades de ocio grupal) como medio terapéutico. Se implementa el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y regulación emocional utilizando técnicas como la terapia dialéctica conductual. El tratamiento se realiza a menudo en contextos grupales e individuales, dando gran importancia a la exposición gradual de situaciones temidas como, por ejemplo, comer en público.

A través de la realización de ciertos cambios como reestructuración de horarios, planificación de actividades e incorporación de ocupaciones significativas, se busca promover una relación

de mayor funcionalidad y equilibrio respecto a la alimentación y el propio cuerpo.

De manera complementaria, la intervención tiene como finalidad entrenar y reforzar las habilidades de afrontamiento y de regulación emocional, fundamentales para el manejo de la ansiedad, el miedo y la angustia que suelen aparecer en torno a la ingesta alimentaria y a la percepción corporal. Mediante estrategias graduales y adaptadas a la persona, las sesiones se centran en la identificación de emociones, el uso de técnicas de relajación y la adquisición de estrategias adaptativas ante situaciones desencadenantes, favoreciendo una mayor sensación de control y autoeficacia.

Las intervenciones de terapia ocupacional producen resultados significativos en la reestructuración de la vida de las personas con el trastorno de anorexia nerviosa.

Uno de los resultados más notables es la modificación y la flexibilización de las rutinas diarias. Al trabajar en el establecimiento de horarios en comidas regulares y en actividades de ocio estructuradas, los pacientes reducen significativamente el tiempo dedicado a las rumiaciones y los rituales relacionados con la comida y el peso.

Esto da grandes resultados respecto a la disminución de la ansiedad general y un aumento en la capacidad para tolerar las situaciones que generan incertidumbre.

En el ámbito del autocuidado, las intervenciones de TO mejoran la relación con el propio cuerpo más allá del peso. Se trabaja en la integración sensorial y la exploración de actividades placenteras que no estén ligadas al ejercicio compulsivo.

Un ejemplo es la participación en actividades artísticas o manuales, ya que ayuda a redireccionar la atención y a promover una autoexpresión no centrada en la apariencia física.

A su vez, la reintegración social es otro resultado clave. Las intervenciones grupales centradas en la realización de tareas o salidas como, por ejemplo, ir de compras, facilitan la práctica de habilidades sociales en un entorno de apoyo y la disminución del aislamiento social. Esto es de gran importancia para que la persona pueda retomar sus roles académicos o laborales.

Finalmente, los terapeutas ocupacionales también se encargan de trabajar en las funciones ejecutivas, ayudando a los usuarios a planificar comidas, gestionar el presupuesto y organizar su tiempo de manera efectiva. La participación en actividades significativas no relacionadas con el trastorno, por ejemplo, el voluntariado, contribuye a la construcción de una identidad más sólida.

6 Discusión-Conclusión

El enfoque de la rama de terapia ocupacional en la anorexia nerviosa es

muy importante debido a que aborda aspectos como el impacto funcional y la pérdida de identidad, elementos que pueden no llegar a ser tan trabajados por un nutricionista o psicólogo.

La restricción de la ingesta y el control obsesivo de las rutinas son, en esencia, disfunciones ocupacionales que la TO está específicamente equipada para tratar.

Al utilizar las actividades con propósito (las ocupaciones) como el medio para el cambio, la TO ofrece una manera práctica y experiencial de desafiar los miedos y los rituales.

La mayor dificultad que suelen presentar los terapeutas en estos casos es el alto nivel de resistencia y rigidez que caracteriza a las personas con este trastorno. Los pacientes a menudo se aferran a sus rutinas sintomáticas (ejercicio, restricción) porque les dan una falsa sensación de control.

La TO debe trabajar con esta resistencia mediante el establecimiento de una alianza terapéutica fuerte y la introducción gradual de la flexibilidad en las rutinas, siempre respetando el ritmo del paciente.

La intervención en la imagen corporal no se aborda directamente a través de la confrontación, sino mediante la exploración de la propia capacidad y el logro de metas funcionales.

Cuando el paciente se centra en lo que su cuerpo puede hacer (ej. participar en una actividad de ocio), en lugar de como se ve, se produce un cambio más

profundo y duradero en la percepción de sí mismo.

La terapia ocupacional es un componente esencial de un equipo multidisciplinario, asegurando que la recuperación del peso se acompañe de una recuperación de la vida.

7 Bibliografía

1. American Occupational Therapy Association (AOTA). (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (4th ed.). American Journal of Occupational Therapy, 74(Suppl. 2), 7412410010.
2. Baudry, M. A., & Lalanne, L. (2021). Occupational therapy and eating disorders: A systematic review. *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique*, 179(3), 296-302.
3. Beukers, L., Veenstra, H. E., Drost, M., & Thiemann, P. (2018). The role of occupational therapy in eating disorders: A scoping review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(6), 405-416.
4. Lock, J., & La Via, M. C. (2022). *Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy for Children and Adolescents: Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders*. Springer.
5. Peloquin, S. M. (2009). The concept of narrative in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(6), 693-700.
6. (2024). *Terapia Ocupacional y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Intervenciones*

Artículo 179

EFFECTIVIDAD DE LOS SIMULADORES DE PACIENTE ENFERMO EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

NOELIA GAJATE GARMENDIA

CRISTINA RECALDE VALLEJO

CARMEN SANCHO MUR

GEMA SANTED MORATA

ANDREA GIRON HERNANDEZ

PABLO GARCÍA ECED

La formación práctica constituye un pilar fundamental en la enseñanza de enfermería, especialmente en lo relativo a la adquisición de competencias clínicas, la toma de decisiones y la seguridad del paciente. Sin embargo, el acceso del alumnado a determinados escenarios asistenciales reales puede verse limitado por razones éticas, organizativas o de seguridad, lo que ha impulsado la incorporación de metodologías docentes innovadoras. En este contexto, la simulación clínica mediante simuladores de paciente enfermo se ha consolidado como una herramienta formativa complementaria de creciente relevancia.

Los simuladores permiten recrear situaciones clínicas realistas en entornos controlados, facilitando el aprendizaje experiencial sin riesgo para el paciente. A través de estos escenarios, el alumnado puede entrenar habilidades técnicas, desarrollar competencias no técnicas como la comunicación o el trabajo en equipo y enfrentarse a situaciones de estrés similares a las de la práctica asistencial real. La repetición

de escenarios y el análisis posterior de la actuación favorecen la consolidación del aprendizaje.

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa con el objetivo de analizar la evidencia disponible sobre el uso de simuladores de paciente enfermo en la formación de enfermería y su impacto en la adquisición de competencias clínicas. Los resultados muestran que la simulación clínica se asocia a mejoras en la confianza del alumnado, la integración de conocimientos teóricos y prácticos y el desarrollo de habilidades técnicas y no técnicas. El papel de enfermería como docente y facilitador del aprendizaje resulta clave en el diseño de los escenarios, el acompañamiento del alumnado y el proceso de debriefing. En conjunto, la simulación clínica contribuye a una formación más segura, reflexiva y centrada en el paciente cuando se integra de forma estructurada en los planes de estudio.

1 Palabras clave

Simulación clínica; estudiantes de enfermería; aprendizaje.

2 Introducción

La formación de los profesionales de enfermería exige el desarrollo progresivo de competencias clínicas que permitan proporcionar cuidados seguros, eficaces y basados en la evidencia científica. Tradicionalmente, este proceso formativo se ha apoyado en la combinación de docencia teórica y prácticas clínicas en entornos asistenciales reales. No obstante, la creciente complejidad del sistema sanitario, junto con las exigencias en materia de seguridad del paciente, ha limitado el acceso del alumnado a determinadas situaciones clínicas.

En este contexto, la simulación clínica ha emergido como una metodología docente que permite reproducir escenarios asistenciales de distinta compleji-

dad en entornos controlados. Los simuladores de paciente enfermo, tanto de baja como de alta fidelidad, facilitan el entrenamiento de procedimientos técnicos y el desarrollo de habilidades no técnicas, consideradas esenciales en la práctica enfermera actual. Estas incluyen la comunicación efectiva, el trabajo en equipo, el liderazgo y la toma de decisiones en situaciones de presión.

La simulación clínica favorece un aprendizaje activo, permitiendo al alumnado enfrentarse a situaciones clínicas realistas sin riesgo para el paciente. Además, el análisis posterior de la actuación mediante el debriefing constituye un elemento clave para consolidar conocimientos, identificar áreas de mejora y fomentar una actitud crítica y reflexiva ante la práctica profesional.

Diversos estudios han señalado que la simulación clínica contribuye a aumentar la confianza y la autoeficacia del alumnado, así como a reducir la ansiedad previa a las prácticas clíni-

cas reales. Sin embargo, su efectividad depende en gran medida de la planificación de los escenarios, del nivel de realismo y de la formación del profesorado. En este sentido, el papel de enfermería como docente y facilitador del aprendizaje resulta esencial para maximizar los beneficios de esta metodología formativa.

3 Objetivos

- Analizar el uso de la simulación clínica en la formación de estudiantes de enfermería, enfocándose en la adquisición de competencias clínicas.
- Evaluar las mejoras en las habilidades técnicas y no técnicas tras la simulación clínica.
- Destacar el papel fundamental de enfermería como docente y facilitador del aprendizaje en el proceso de simulación clínica mediante un correcto acompañamiento.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de la literatura científica publicada entre los años 2015 y 2025. La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, CINAHL y Scopus, utilizando términos relacionados con simulación clínica, educación en enfermería, simuladores de paciente enfermo y competencias clínicas. Se incluyeron estudios originales, revisiones sistemáticas y guías educati-

vas realizadas en estudiantes de enfermería que evaluaran el uso de simuladores de paciente enfermo como herramienta formativa. Se excluyeron estudios centrados en otras disciplinas sanitarias, trabajos que utilizaran exclusivamente simulación virtual sin interacción clínica y artículos sin respaldo científico suficiente.

Los artículos seleccionados se analizaron de forma descriptiva, atendiendo a los resultados relacionados con la adquisición de competencias clínicas, habilidades técnicas y no técnicas, así como a las implicaciones para la práctica docente en enfermería.

5 Resultados

Los estudios incluidos coinciden en señalar que la simulación clínica mediante simuladores de paciente enfermo se asocia a una mejora significativa en la adquisición de competencias clínicas en estudiantes de enfermería^{1,2}. Estas mejoras se observan de forma consistente tras la participación en programas de simulación estructurados, independientemente del nivel académico del alumnado, aunque con mayor impacto en cursos iniciales¹.

En relación con las competencias técnicas, los estudios describen una mejora en la destreza para la realización de procedimientos básicos y avanzados, como la administración segura de medicación, la valoración de constantes vitales, la canalización de acce-

sos venosos y la actuación ante situaciones de urgencia^{1,4}. La posibilidad de repetir los procedimientos en un entorno seguro permite corregir errores, reforzar habilidades y adquirir mayor fluidez técnica².

Otro resultado relevante es la mejora en la integración de conocimientos teóricos y prácticos. Los escenarios simulados obligan al alumnado a aplicar conceptos aprendidos en el aula en situaciones clínicas realistas, favoreciendo un aprendizaje significativo^{1,2}. Los estudios señalan que esta integración mejora la comprensión de los procesos fisiopatológicos y la toma de decisiones clínicas fundamentadas.

Las habilidades no técnicas muestran también una mejora significativa tras la participación en actividades de simulación. La comunicación efectiva con el paciente y el equipo sanitario, el trabajo en equipo, la gestión del tiempo y la toma de decisiones bajo presión son competencias que se desarrollan de forma sistemática mediante la simulación clínica^{2,5}. Estos aspectos son especialmente valorados por el alumnado, al no trabajarse siempre de forma explícita durante las prácticas clínicas tradicionales.

El impacto de la simulación en la confianza y la autoeficacia del alumnado es otro de los resultados más consistentes. Los estudios describen un aumento de la seguridad del estudiante a la hora de enfrentarse a situaciones clínicas reales, así como una reducción

de la ansiedad previa a las prácticas asistenciales^{1,3}. Este efecto es especialmente relevante en estudiantes con escasa experiencia clínica.

El proceso de debriefing posterior a la simulación se identifica de forma recurrente como un elemento clave del aprendizaje. Los estudios señalan que el análisis reflexivo de la actuación permite identificar errores, reforzar aciertos y consolidar competencias^{3,5}. La calidad del debriefing depende en gran medida de la formación y experiencia del docente, así como del clima de confianza generado durante la sesión.

No obstante, los resultados también muestran cierta variabilidad en la percepción de la utilidad de la simulación. Algunos estudios describen limitaciones relacionadas con la falta de realismo de determinados simuladores o con la repetitividad de los escenarios⁴. Asimismo, se observan diferencias en los resultados en función del nivel académico, la experiencia previa del alumnado y el tipo de simulador utilizado.

En conjunto, los resultados indican que la simulación clínica mediante simuladores de paciente enfermo constituye una herramienta formativa eficaz para la adquisición progresiva de competencias en enfermería, siempre que se integre de forma estructurada y con acompañamiento docente adecuado^{1,2,5}.

6 Discusión-Conclusión

Los resultados de esta revisión confirman que la simulación clínica mediante simuladores de paciente enfermo tiene un impacto positivo en la formación de estudiantes de enfermería, en consonancia con la evidencia previa. La mejora observada tanto en competencias técnicas como no técnicas respalda su integración como complemento a la formación clínica tradicional.

La simulación permite al alumnado enfrentarse a situaciones clínicas complejas en un entorno seguro, favoreciendo el aprendizaje a partir del error y la reflexión. Este aspecto resulta especialmente relevante en un contexto sanitario donde la seguridad del paciente constituye una prioridad. Sin embargo, la simulación no debe considerarse un sustituto de la práctica clínica real, sino una herramienta preparatoria que mejora la competencia del estudiante antes del contacto con el paciente.

El papel de enfermería como docente y facilitador del aprendizaje resulta determinante para el éxito de esta metodología. La planificación de los escenarios, la adaptación al nivel del alumnado y la realización de un debriefing estructurado influyen directamente en los resultados formativos. La formación específica del profesorado en simulación clínica emerge como una necesidad identificada en varios estudios.

Entre las limitaciones descritas se encuentran los costes asociados a los sim-

uladores de alta fidelidad, la necesidad de recursos materiales y humanos y la variabilidad en el realismo de los escenarios. Futuros estudios deberían analizar el impacto a largo plazo de la simulación en la práctica profesional y su relación con la mejora de la seguridad del paciente.

7 Bibliografía

1. Cant RP, Cooper SJ. Simulation-based learning in nurse education: systematic review. *J Adv Nurs*. 2017;73(9):2084–2099.
2. Kim J, Park JH, Shin S. Effectiveness of simulation-based nursing education. *Nurse Educ Today*. 2016;36:15–24.
3. Lateef F. Simulation-based learning: just like the real thing. *J Emerg Trauma Shock*. 2010;3(4):348–352.
4. Shin S, Park JH, Kim JH. Effectiveness of patient simulation in nursing education. *Nurse Educ Today*. 2015;35(1):176–182.
5. Jeffries PR. Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation. *NLN*; 2016.

Artículo 180

RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA. PROTOCOLO PERFUSIÓN VIABILIDAD

ARITZ SOTRO ARCELUS

OIHANA PEÑA ORCOYEN

AINHOA MURO IMAZ

ELENA OLIVER ARRIAZU

MIKEL MURGUIONDO BERAESTEGUI

El objetivo principal del estudio es detallar la preparación del paciente, las secuencias empleadas y la metodología de adquisición del protocolo de perfusión viabilidad. Para ello, se realizó una revisión narrativa de la literatura científica complementada con la experiencia clínica en un hospital universitario. Se describen los requisitos técnicos del equipamiento, destacando el uso de sistemas de 1,5 o 3 Tesla, sincronización electrocardiográfica y bobinas específicas, así como la importancia de una correcta planificación del estudio.

El trabajo clasifica las principales secuencias utilizadas en la resonancia magnética cardiaca (RMC), incluyendo secuencias estáticas, dinámicas de cine, perfusión y realce tardío, fundamentales para detectar isquemia, infarto y fibrosis miocárdica. El protocolo analizado corresponde a un estudio de nivel II, al incluir la administración de contraste paramagnético (Dotarem®).

Finalmente, se concluye que la combinación de perfusión y viabilidad permite una evaluación integral del miocardio, facilitando el diagnóstico de isquemia reversible, daño irreversible y la toma de decisiones terapéuticas, consolidando la RMC como una herramienta clave en la práctica clínica actual.

1 Palabras clave

Resonancia Magnética cardiaca, perfusión viabilidad, contraste de gadolinio

2 Introducción

La RMC es una de la técnicas de imagen utilizadas en la práctica clínica para el estudio de la patología cardiaca congénita y adquirida. En los últimos años, esta técnica se ha convertido en una exploración de rutina y en uno de los pilares en los que se basa el diagnóstico por imagen cardiaca. [1]

En este artículo se explican los aspectos más importantes de la preparación del paciente. Se exponen los planos de obtención de las imágenes cardiacas. Se plantea la obtención de imágenes dinámicas en diferentes fases del ciclo cardiaco y se explicara un protocolo básico de perfusión viabilidad.

La RMC proporciona información morfológica y funcional reproducible sin radiación ionizante. Actualmente es de elección en la cuantificación de masa y volúmenes ventriculares, caracterización tisular, viabilidad miocárdica, enfermedad pericárdica, masas cardíacas, estudio del ventrículo derecho y en cardiopatías congénitas. En la planificación del estudio hay que considerar situaciones especiales (niños, embarazadas, lactantes, insuficiencia renal) contraindicaciones al gadolinio y seguridad con respecto a los disposi-

tivos cardíacos. Previo al inicio de la RMC hay que establecer una adecuada sincronización cardíaca con el electrocardiograma. Se debe realizar una planificación del estudio, donde, a partir de cortes ortogonales en los localizadores se desarrollarán las vistas principales en eje corto, dos, tres y cuatro cámaras. Las secuencias se pueden separar en dos grupos importantes: básicas y opcionales. En base a estas secuencias se establecen distintos protocolos de estudio, a destacar el módulos de VI, de VD, de perfusión, realce tardío, de flujo, caracterización tisular, T2*, de cardiopatía isquémica aguda/crónica, miocarditis, miocardiopatía no isquémica, miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía dilatada, miocardiopatía arritmogénica del VD, amiloidosis, hemocromatosis y tumores cardíacos. 3. Conclusiones La RMC es una técnica útil, reproducible, cada vez más solicitada y más disponible, siendo necesario conocer las indicaciones, la planificación, bases físicas de las secuencias y protocolos adaptados al paciente. [2]

Dentro de los protocolos de RMC existen diferentes tipos de protocolos: resonancia magnética cardiaca con estrés, protocolo congénito, protocolo perfusión viabilidad.... En este último, el protocolo estándar de la RMC es el que se va a explicar en el siguiente artículo.

3 Objetivos

Describir el protocolo de resonancia magnética cardiaca de perfusión viabilidad y las diferentes secuencias que se realizan así como la preparación del paciente.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura en la base de datos PubMed utilizando como términos MeSH "Cardiac magnetic resonance imaging", "perfusión and viability", "contrast agents" y "dotarem". Esta revisión se integró con la experiencia local adquirida en un hospital universitario, describiendo de forma protocolizada la técnica de adquisición empleada.

5 Resultados

La RMC es la prueba de elección para:

- Cuantificación de volúmenes y masa ventricular
- Caracterización tisular
- Viabilidad miocárdica
- Cardiopatía isquémica
- Evaluación del ventrículo derecho
- Enfermedad pericárdica
- Masas cardíacas
- Cardiopatías congénitas

Equipamiento necesario para la realización de estudios de RMC.

Los estudios de RMC se pueden llevar a cabo en equipos de RM convencional de 1,5 ó de 3 Tesla. Es im-

prescindible la disponibilidad de un sistema de monitorización electrocardiográfica para la sincronización de las adquisiciones, y es recomendable la utilización de una bobina receptora específica para estudios cardiacos. Aunque muchos equipos disponen de paquetes básicos para realizar estudios de RMC, es recomendable disponer en el sistema de un software informático específico, constituido por secuencias especialmente diseñadas para aplicaciones cardiacas más avanzadas. Las secuencias en RM son, de hecho, programas de ordenador que determinan las características de la imagen final por medio del control de aspectos del hardware del sistema, como la emisión de los pulsos de radiofrecuencia que van a interactuar con los núcleos atómicos, produciendo el fenómeno de resonancia magnética, o la generación de gradientes selectivos dentro del campo magnético, que permitirán delimitar en el espacio la lectura de la señal. Las aplicadas en estudios cardiacos son en realidad adaptaciones de secuencias de uso general, modificadas para obtener imágenes adecuadas de un órgano de características especiales, como es el corazón. Existe un buen número de secuencias diferentes para aplicaciones cardiovasculares, que reciben, además, distintos nombres dependiendo del fabricante del equipo, pero a efectos prácticos, es posible considerarlas en grupos genéricos, dependiendo del tipo de información que se obtiene con ellas.

Podemos distinguir los siguientes tipos: [3] a) Secuencias estáticas nativas

Aunque se trata de las secuencias básicas en RM, han conocido un extenso desarrollo a lo largo del tiempo, con numerosas variantes, conociéndose como secuencias de “sangre negra” o secuencias de spin eco, ya que su estrategia implica la supresión de la señal de la sangre en movimiento antes de adquirir la información anatómica. Permiten obtener una imagen por ciclo cardíaco, en una determinada fase del mismo, con una excelente resolución y contraste, por lo que se utilizan para estudios morfológicos y de caracterización tisular. Estas secuencias se pueden modificar potenciando determinados aspectos del proceso de resonancia, como es el tiempo de recuperación de la magnetización (T1) o el de degradación de la señal tras 4 una excitación (T2, T2*), característicos de cada tejido, lo cual confiere a la Cardio-RM su gran capacidad de análisis tisular. Modalidades recientes dentro de este grupo son las secuencias denominadas de mapeo T1, T2 ó T2*, por las que es posible determinar el valor numérico de estos parámetros, permitiendo así añadir una dimensión cuantitativa a la caracterización tisular. b) Secuencias estáticas de realce tardío

Denominadas de Inversión/Recuperación, dada su estrategia de adquisición, cuyo objetivo es anular la señal tisular miocárdica sin contraste y realzar las áreas donde existe contraste retenido,

motivo por el que se adquieren tardíamente (10-15 minutos) tras la administración del agente, permitiendo así visualizar áreas de cicatriz miocárdica, isquémica o de otro origen. La disponibilidad de estas secuencias es esencial, ya que constituyen uno de los puntos fuertes de la RMC, al ser referenciales en la detección y cuantificación del infarto de miocardio. c) Secuencias estáticas de alta resolución 3D

Aplican diferentes estrategias con un denominador común: obtener cortes múltiples (100-150), contiguos, con la máxima resolución (isotrópica, de hasta 1 mm por vóxel), a efectos de permitir una reconstrucción en 3D. Utilizadas para análisis de la anatomía coronaria, y también para contraste tardío, estas secuencias requieren un tiempo de examen prolongado (10-12 minutos), y no se puede llevar a cabo, por tanto, en apnea, por lo que la adquisiciones se practican con sincronización cardíaca y también respiratoria, por medio de la técnica de “navegación” diafragmática. d) Secuencias dinámicas de cine

Se conocen como secuencias de “sangre blanca” o secuencias de gradiente de eco, dada la alta intensidad de señal del flujo en movimiento que produce la estrategia de adquisición aplicada, sin precisar de la administración agentes de contraste. Su objetivo es obtener el máximo contraste natural entre tejido sólido (el miocardio ventricular, en este caso) y la sangre en movimiento. Ello

conduce a una potenciación de la interfase entre ambas estructuras, lo que resulta adecuado para la determinación de volúmenes de las cavidades. Dado que se obtienen múltiples imágenes por ciclo cardíaco, es posible la reconstrucción del mismo en diferentes fases, con una resolución temporal de hasta 20 ms, lo que permite un cálculo muy exacto de los parámetros de función ventricular. Una modalidad de las secuencias de cine es la denominada de marcaje (tagging) miocárdico, por la que se aplica una matriz de bandas de presaturación de baja intensidad de señal que persisten durante la adquisición dinámica, y que actúan de marcadores que permiten visualizar la deformación miocárdica a lo largo del ciclo cardíaco.

e) Secuencias dinámicas de perfusión

Permiten adquirir varios cortes (3-6) completos por cada ciclo cardíaco, cada uno en una fase diferente del ciclo, con una estrategia de adquisición que potencia los cambios en la intensidad de señal debidos a la llegada de contraste, por lo que la secuencia se adquiere de forma continua durante 1 minuto durante el primer paso de un bolo de un compuesto de gadolinio. Su objetivo es detectar defectos regionales de perfusión, sea basales o bien durante la administración de un agente de estrés farmacológico, como la adenosina o el dipiridamol, lo que permite obtener información sobre la presencia de isquemia inducible. En el caso en el que se trata este artículo, la

descripción del protocolo de perfusión viabilidad no empleara agentes de estrés farmacológicos como la adenosina o regadenoson [4].

El contraste utilizado en este caso para la RM-Cardiaca es el Dotarem®. Es un medio de contraste utilizado en adultos y niños. Pertenece al grupo de los medios de contraste utilizados para imagen por resonancia magnética (IRM). Dotarem® se utiliza en exploraciones de imagen por RM para realzar el contraste de la imagen. El realce mejora el examen de algunas zonas del cuerpo. [5]

6 Discusión-Conclusión

Las múltiples modalidades disponibles de RMC hacen necesaria una sistematización de los estudios en función de su previsible complejidad, dependiente, a su vez, de la indicación clínica. Esta categorización permite definir a priori niveles de complejidad de cada estudio, con las consiguientes previsiones en cuanto a tiempo requerido para la realización del examen, tiempo de interpretación y costes en agentes fungibles, lo que condicionará, a su vez, una diferente consideración administrativa.

Cabe distinguir, en este sentido, 3 niveles (6):

Nivel I. Es el que incluye secuencias morfológicas o funcionales (sea función ventricular o análisis de flujos), sin requerir administración de contraste. Ejemplo de ello sería el estudio diagnós-

tico o de seguimiento de un paciente con enfermedad valvular.

Nivel II. Es el que añade al anterior una o más secuencias que requieran administración de contraste paramagnético. Sería el caso del estudio de pacientes con miocardiopatía, infarto de miocardio, o de aquellos que requieren un estudio de angiorrresonancia magnética (angio-RM).

Nivel III. Es el que requiere de un estudio de estrés farmacológico que incluye, a su vez, administración de contraste y de fármacos de estrés. Es el caso de los estudios de inducción de isquemia en pacientes con enfermedad arterial coronaria.

Con lo descrito anteriormente el protocolo que se ha descrito en este artículo corresponde al Nivel II de complejidad en las RMC ya que se administra un contraste paramagnético, Dotarem®, anteriormente descrito. Estos estudios de perfusión viabilidad se utilizan para:

- Evaluar la enfermedad coronaria y determinar el estado del musculo cardiaco o miocardio
- La perfusión se utiliza para valorar el flujo sanguíneo al miocardio, generalmente durante estrés farmacológico y en reposo, aunque en estos casos no se ha utilizado ningún fármaco para estresar el corazón. La parte de perfusión del protocolo sirve para:
- Detectar isquemia miocárdica
- Identificar estenosis significativas de las arterias coronarias

- Evaluar la gravedad y extensión de la enfermedad coronaria

- Guiar en las decisiones terapéuticas

La viabilidad se enfoca en determinar si el tejido miocárdico está vivo, dañado o cicatrizado, usando contraste y secuencias de realce tardío. Esta parte sirve para:

- Diferenciar miocardio viable de fibrosis o necrosis

- Evaluar secuelas de infarto de miocardio

- Predecir la recuperación de la función cardiaca tras revascularización

Con el uso combinado de la perfusión y la viabilidad se permite detectar isquemia reversible, identificar daño irreversible del miocardio u ofrecer una evaluación integral del corazón en un solo estudio, sin radiación ionizante.

7 Bibliografía

1. Salazar González DGM, Delgado Sanchez-Gracian DC, Trinidad López DC, Jurado Basildo DC. Resonancia magnética cardíaca. Principios básicos para el residente de radiología. . seram [Internet]. 26 de mayo de 2022 [citado 18 de diciembre de 2025];1(1). Disponible en: <https://piper.espacioseram.com/index.php/seram/article/view/9113>
2. Kramer CM, Barkhausen J, Flamm SD, Kim RJ, Nagel E. Standardized cardiovascular magnetic resonance (CMR) protocols 2013 update. J Cardiovasc Magn Reson 2013;15:91.

3. Pons Lladó G. Protocolos de Cardio-RM y Cardio-TC de la Unidad de Imagen Cardíaca Sant Pau. Marge Medica Books 2012.

4. :: CIMA :: PROSPECTO DOTAREM 0,5 mmol/ml SOLUCION INYECTABLE EN JERINGA PRECARGADA

5. Pons Lladó G, Carreras Costa F. Modalidades, indicaciones y nivel de complejidad de los estudios de resonancia magnética cardíaca: informe especial. Rev Esp Cardiol Supl 2006;6:6.

Artículo 181

EL ROL ESENCIAL DEL CELADOR EN EL ÁREA DE URGENCIAS: PERSPECTIVAS DE MEJORA

BEATRIZ MEDIEL LAHOZ

JAVIER ALEXANDER ROMERO SARMA

IRENE FRAILE PEÑARANDA

ANDREA MATEO ABRIL

MONTSERRAT BENAJES MARTÍNEZ

RAQUEL MATEO LATORRE

- Introducción: la gran importancia de la figura del celador en el área de urgencias hospitalarias.
- Objetivos: se quiere conseguir examinar el grado de influencia como profesional tiene un celador en urgencias.
- Metodología: se realiza un análisis exhaustivo a través de una observación directa de la implicación de un celador.
- Resultados: se detallan múltiples resultados como las responsabilidades y roles del celador, el entrenamiento y preparación, colaboración en equipo, comparación con estándares de cuidado, evaluación de desempeño, impacto en desenlaces clínicos y formulación de recomendaciones.
- Conclusiones: por ello, se ha revelado que, más allá del traslado de pacientes y la gestión logística, los celadores pueden tener un impacto directo y significativo en los desenlaces clínicos y en la eficiencia del servicio de urgencias.

1 Palabras clave

Roles; celador; equipo; multifacéticos; adaptabilidad.

2 Introducción

La figura del celador en el entorno de las urgencias hospitalarias es muchas veces subestimada; sin embargo, juega un papel crucial en la adecuada función del servicio de emergencias. Los celadores son profesionales fundamentalmente encargados del traslado de pacientes y equipamiento. En el escenario acelerado y a menudo caótico de las urgencias, la labor de estos trabajadores se convierte en una actividad compleja y de alto riesgo que demanda una constante evaluación para garantizar la seguridad y eficiencia del servicio prestado.

Este texto se adentra en el análisis de un caso clínico específico que permite ilustrar la importancia de la investigación sanitaria enfocada en la mejora continua de las prácticas y protocolos asociados a la figura del celador. Al examinar un caso particular, obtenemos una lente a través de la cual se pueden identificar no sólo áreas con potencial de mejora, sino también ejemplos de buenas prácticas que podrían adoptarse en otros centros hospitalarios.

Existen investigaciones que resaltan la naturaleza multifacética de sus tareas, que van desde la movilidad de pa-

cientes y suministros hasta el soporte en tareas administrativas y auxiliares, incluso llegando a desempeñar un rol clave en el soporte emocional de pacientes y familias [1].

La capacitación y formación continua del celador se ha identificado como un aspecto fundamental para el desempeño efectivo de sus funciones. Estudios han mostrado que la adquisición de conocimientos y habilidades adicionales, como las técnicas de reanimación cardiopulmonar o la identificación temprana de situaciones críticas, complementan de manera significativa la capacidad de respuesta del celador ante emergencias [2].

Adicionalmente, se ha visto que la presencia y colaboración adecuada del celador puede minimizar los tiempos de respuesta y optimizar los flujos de trabajo dentro del área de urgencias, lo cual es imprescindible para la atención de pacientes en estado crítico [3]. Es por ello que la implementación de programas de entrenamiento específicos para celadores en servicios de urgencia se ha convertido en un tema pertinente y de actualidad en la investigación sanitaria.

Por lo tanto, la relevancia de estudios detallados sobre el rol del celador en estos entornos es indiscutible. No sólo proveen una base para la adecuada formación de estos profesionales, sino que también destacan su contribución al rendimiento general de los servicios de salud.

3 Objetivos

Examinar la influencia y el impacto de las acciones de un celador en la atención y resultados de salud en el servicio de urgencias.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

5 Resultados

Responsabilidades y roles del celador: De acuerdo con la recopilación de datos y las entrevistas realizadas, se determinó que el celador desempeñó múltiples y críticas funciones durante el escenario de urgencia. Entre sus responsabilidades destacaron el traslado inmediato del paciente desde el punto de triaje hasta la sala de emergencias, la colaboración en la preparación rápida de la sala de reanimación, y el soporte en el manejo de equipamiento vital para la atención del paciente. Se evidenció que estos roles no solo fueron

ejecutados con eficiencia, sino que también el celador demostró una notable capacidad de adaptación ante cambios imprevistos en la condición clínica del paciente.

Entrenamiento y preparación: El celador involucrado en el caso poseía formación específica en protocolos de urgencia y había participado en cursos de actualización dentro del último año. Aunque su capacitación no incluía procedimientos médicos avanzados, sí comprendía instrucciones claras sobre cómo asistir en situaciones de emergencia y sobre la cadena de supervivencia. Este entrenamiento se reflejó en su actuación efectiva y en la confianza mostrada por el resto del personal de salud respecto a su competencia.

Colaboración en equipo: Los testimonios recopilados destacaron que la comunicación entre el celador y el resto del equipo de salud fue eficaz. Se evidenció que entendía el lenguaje médico básico y respondía de manera adecuada a las indicaciones dadas por el equipo de enfermería y médicos. Esta comunicación fluida y la habilidad para trabajar bajo presión fueron factores clave para el éxito en la gestión de la emergencia.

Comparación con estándares de cuidado: Al comparar los tiempos de respuesta y las acciones del celador con los estándares de cuidado recomendados en la literatura, se encontró que su actuación estuvo alineada con las mejores prácticas. Esto incluyó la efi-

ciencia en el traslado del paciente, que fue realizado en un tiempo considerablemente más breve que el tiempo promedio estándar, y su disposición para realizar tareas adicionales que no eran estrictamente de su competencia, pero que fueron cruciales en el momento crítico.

Evaluación de desempeño: Utilizando la escala de evaluación diseñada para medir el desempeño del celador en urgencias, el profesional alcanzó una puntuación alta, reflejando su destacada actuación durante el suceso. Aspectos como la rapidez de respuesta, la colaboración eficaz con el equipo de salud y la correcta implementación de los protocolos fueron altamente valorados.

Impacto en desenlaces clínicos: A partir de la revisión de los registros clínicos y las entrevistas, se obtuvo evidencia de que la actuación del celador tuvo un impacto positivo en los desenlaces clínicos del paciente. El tiempo de atención ininterrumpida desde el ingreso del paciente hasta la estabilización fue menor que el promedio reportado para casos similares de urgencia, lo cual es un indicador de calidad de atención.

Formulación de recomendaciones: Basándose en los hallazgos, el estudio sugiere varias recomendaciones, como la implementación de un programa de formación continua para celadores enfocado en situaciones de emergencia, el desarrollo de simulacros de casos de urgencia para mejorar el rendimiento bajo estrés, y la creación de un sistema

de revisión de los protocolos de actuación para mantener su relevancia y efectividad.

En conclusión, la intervención del celador en el caso clínico estudiado evidencia el valor que este rol puede aportar al equipo de emergencias, la relación entre su formación y desempeño, y la importancia de sistemas de trabajo y de comunicación bien estructurados en el ámbito de las urgencias hospitalarias. La participación proactiva y capacitada del celador fue un elemento esencial para el manejo rápido y eficaz de un episodio crítico, contribuyendo significativamente a los desenlaces positivos del paciente.

El estudio concreta una panorámica integral en torno a la figura del celador en un contexto de urgencia, servirá como punto de partida para iniciativas que busquen revalorizar y optimizar el rol de estos profesionales dentro de los equipos de salud, reforzando su importancia en la cadena de atención crítica y en la mejora de la calidad del servicio de emergencias.

6 Discusión-Conclusión

La presente investigación en torno al papel del celador en situaciones de urgencia demuestra la importancia de este profesional dentro del equipo de cuidado de emergencia.

Los resultados confirman y amplían la comprensión de la multifuncionalidad del rol del celador, como se ha docu-

mentado previamente [1,2].

7 Bibliografía

1. Jiménez E, Sánchez ML, Fernández DS, Ramos VL. El celador en el área de urgencias: desarrollo de competencias y responsabilidades. *Emergencias*. 2019;31(2):137-42.
2. Martínez GM, García AM, Llopis JS. Formación del celador en reanimación cardiopulmonar básica: una necesidad vigente. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71(11):925-30.
3. Pérez MF, Alonso JR, López GP. Impacto de la figura del celador en los tiempos de respuesta en urgencias hospitalarias. *Enferm Clin*. 2020;30(3):184-8.
4. Jiménez E, Sánchez ML, Fernández DS, Ramos VL. El celador en el área de urgencias: desarrollo de competencias y responsabilidades. *Emergencias*. 2019;31(2):137-42.
5. Gómez V, López G, Echevarría M, et al. El celador en servicio de urgencias: Un pilar en la atención sanitaria. *Salud y Cuidados*. 2016;2(4):233-238.
6. Pérez MF, Alonso JR, López GP. Impacto de la figura del celador en los tiempos de respuesta en urgencias hospitalarias. *Enferm Clin*. 2020;30(3):184-8.
7. Martínez GM, García AM, Llopis JS. Formación del celador en reanimación cardiopulmonar básica: una necesidad vigente. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71(11):925-30.
8. Guerrero P, Gutierrez D. Revisión y actualización de protocolos en urgencias: Una mejora continua necesaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2022;35(1):56-63.

Artículo 182

PRIORIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN URGENCIAS: EL PAPEL CLAVE DEL TRIAJE ENFERMERO

ÁNGELA PRIETO ALONSO

JESSICA VANESSA MOROCHO ARROBO

MIREN ESLAVA PÉREZ DE ARRILUCEA

El triaje en los servicios de urgencias es el proceso mediante el cual se clasifica a los pacientes según la urgencia y gravedad de su condición clínica para priorizar la atención sanitaria. Este procedimiento, realizado principalmente por Enfermería, permite identificar de forma rápida los casos con mayor necesidad de intervención, optimizar los recursos y mejorar la seguridad del paciente en entornos de alta demanda. La precisión del triaje influye en la calidad asistencial y en los resultados clínicos, siendo factores determinantes la formación y experiencia de la enfermera, las características del paciente y el entorno de trabajo.

Conclusión: El rol de la enfermería en el triaje es esencial para garantizar la priorización adecuada de pacientes y mejorar la seguridad y eficiencia del servicio de urgencias.

1 Palabras clave

Urgencias; triaje; enfermería; prioridad clínica; seguridad del paciente.

2 Introducción

El triaje es un proceso fundamental en los servicios de urgencias hospitalarios que consiste en la valoración inicial y sistemática de los pacientes con el objetivo de determinar la gravedad de su situación clínica y establecer priori-

dades en la atención sanitaria. Este procedimiento permite identificar de manera rápida a quienes requieren atención inmediata, asegurando que los recursos disponibles se utilicen de forma eficiente en un entorno caracterizado por alta variabilidad, demanda constante y frecuencia de situaciones críticas. El aumento sostenido en la afluencia de pacientes, derivado de factores como el envejecimiento de la población, enfermedades crónicas y episodios de alta concurrencia estacional, ejerce una presión adicional sobre los servicios de urgencias, haciendo indispensable un triaje eficaz, seguro y estandarizado. La correcta aplicación del triaje no solo mejora los tiempos de atención y optimiza la gestión de recursos, sino que también tiene un impacto directo en la experiencia del paciente, la satisfacción percibida y los resultados clínicos, especialmente en situaciones de alta complejidad, congestión o riesgo vital.

La enfermería desempeña un papel central y estratégico en este proceso, ya que son los profesionales responsables de aplicar los sistemas de triaje estructurados (como el Manchester Triage System, el Sistema Español de Triage o el Emergency Severity Index) y de establecer prioridades en función de la urgencia clínica, combinando criterios objetivos y subjetivos. La precisión en la toma de decisiones durante el triaje es fundamental para evitar tanto el subtraje (riesgo de demora en la atención de pacientes graves) como el sobretri-

aje (uso innecesario de recursos en casos no prioritarios), contribuyendo de forma directa a la seguridad del paciente y al funcionamiento eficiente del servicio. Además, Enfermería tiene un rol clave en la identificación de signos de alarma, comunicación con el equipo multidisciplinar, educación al paciente y manejo del estrés asociado a la espera, aspectos que refuerzan la calidad y humanización de la atención en urgencias.

3 Objetivos

General:

Analizar el papel del triaje enfermero dentro del servicio de urgencias hospitalarias y su influencia en la priorización clínica, la seguridad del paciente y la eficiencia en la atención.

Específicos:

- Describir los factores que influyen en la precisión del triaje.
- Evaluar estrategias que contribuyen a mejorar la calidad del proceso de triaje.
- Ilustrar mediante un caso clínico la aplicación práctica del triaje en urgencias.

4 Caso clínico

Paciente: Hombre de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y dislipemia, que acude al servicio de urgencias hospitalarias por dolor torácico súbito, irradiado a brazo izquierdo y acompañado de sudoración

profusa, malestar general y sensación de mareo. El paciente llega por su propio medio, visiblemente angustiado y con dificultad para describir con claridad sus síntomas debido a ansiedad.

Valoración inicial y triaje:

La enfermera realiza la valoración de triaje, registrando constantes vitales: TA 140/90 mmHg, FC 110 lpm, SatO₂ 96%, T^a 36,8°C.

Aplicando el Manchester Triage System, se clasifica al paciente como nivel de urgencia alta (rojo/naranja según el sistema) debido a la sospecha de SCA (síndrome coronario agudo).

Se solicita monitorización continua, acceso intravenoso y se prepara el equipo de urgencias para intervención rápida. La enfermera explica al paciente y familiares la necesidad de atención inmediata, reduciendo ansiedad y generando colaboración.

Intervención enfermera durante triaje:

- Se administra oxígeno de manera profiláctica y se asegura que el paciente permanezca en posición semiincorporada para aliviar disnea y malestar torácico.

- Se colocan electrodos para monitorización cardíaca y se realiza electrocardiograma (ECG) de manera urgente.

- La enfermera verifica alergias y antecedentes farmacológicos, asegurando seguridad en futuros tratamientos.

Proceso diagnóstico y manejo inicial:

- El ECG realizado inmediatamente evidencia alteraciones compatibles con infarto agudo de miocardio.

- La enfermera comunica de inmediato al equipo médico y se prepara la administración de tratamiento inicial siguiendo protocolos de urgencias.

- Se inicia laboratorio urgente para marcadores cardíacos, mientras la enfermera mantiene monitorización continua y evaluación de constantes vitales cada 5-10 minutos.

Evolución y resultado:

Gracias a la precisión del triaje y la rápida actuación de enfermería, el paciente es trasladado de manera prioritaria a la unidad de cardiología intervencionista.

Se confirma infarto agudo de miocardio con elevación del ST y el paciente recibe angioplastia coronaria de forma inmediata.

La intervención temprana evita complicaciones graves, como insuficiencia cardíaca o arritmias potencialmente letales.

Reflexión sobre el triaje:

La adecuada valoración inicial, la priorización correcta y la comunicación efectiva con el equipo médico fueron determinantes para identificar un caso crítico en un paciente que inicialmente parecía estable.

Enfermería no solo aplicó criterios técnicos, sino que también gestionó factores emocionales del paciente, asegurando su colaboración y reduciendo ansiedad, lo que contribuyó a la eficiencia del proceso y a la seguridad clínica.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de la literatura revisada confirman que el triaje enfermero es un componente esencial en los servicios de urgencias, ya que influye directamente en la priorización de pacientes y la seguridad clínica. La tasa de precisión en la clasificación de pacientes por parte de enfermería depende de la experiencia, formación y condiciones del entorno laboral, con una influencia notable del nivel de conocimiento y entrenamiento específico en triaje.

Factores personales, como la experiencia del profesional y las características de los pacientes, así como factores del entorno, incluyendo carga de trabajo y disponibilidad de recursos, afectan la toma de decisiones durante el triaje. Asimismo, estrategias como programas educativos específicos, uso de tecnologías apoyadas y retroalimentación continua se han identificado como facilitadores de una mejora en la calidad del triaje.

El caso clínico presentado evidencia cómo una valoración de triaje eficaz puede cambiar el rumbo del manejo de un paciente crítico, reduciendo la probabilidad de demora en la atención y mejorando los resultados clínicos. En este sentido, el triaje no es solo un proceso técnico de clasificación, sino una herramienta clave para potenciar la seguridad del paciente y la eficiencia asistencial. Por ello, es imprescindible que los servicios de urgencias apoyen la for-

mación continua del personal de Enfermería en este ámbito, así como la implementación de mejoras estructurales y tecnológicas que fortalezcan el proceso de triaje y reduzcan errores de clasificación.

6 Bibliografía

1. Chávez, E., y Quilumba, C., (2025). Eficacia del triaje manchester en la atención de pacientes en los servicios de urgencias hospitalarias. *Reincisol*, 4(7), pp. 3905-3923. [https://doi.org/10.59282/reincisol.V4\(7\)3905-3923](https://doi.org/10.59282/reincisol.V4(7)3905-3923)
2. Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De las Heras Castro EM. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias*. 2013;25:66-70
3. Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A.. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(Supl. 1), 55-68. Recuperado en 21 de diciembre de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es&tlng=es.

Artículo 183

ABORDAJE ENFERMERO EN PACIENTES CON OSTOMÍA. PREVENCIÓN, MANEJO DE COMPLICACIONES Y PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO

CRISTINA NOGALES ESCUSA

JULIA NAVARRO SUSINOS

TOMAS PUNTER SERRANO

LAURA VICENTE ALONSO

IZARBE DOÑATE BAREA

ELENA GALINDO MIGUEL

Introducción: la ostomía implica una conexión quirúrgica de un órgano interno al exterior, generando cambios en la imagen corporal, hábitos cotidianos y vida social del paciente. Estos cambios requieren adaptación física y emocional, siendo la educación sanitaria y el acompañamiento enfermero esenciales para reducir la ansiedad y fomentar el autocuidado.

Objetivos: analizar el abordaje integral de enfermería en pacientes con ostomía, centrado en la prevención de complicaciones y promoción del autocuidado, evaluando la eficacia de intervenciones pre y posoperatorias y explorando factores que influyen en la autonomía del paciente.

Metodología: se realizó una revisión bibliográfica en PubMed (2019–2024), seleccionando estudios que abordaran intervenciones de enfermería centradas en edu-

cación, manejo de complicaciones y estrategias de apoyo para pacientes con estoma. Se excluyeron estudios farmacológicos y casos individuales. La información se organizó descriptivamente para identificar estrategias reproducibles en la práctica clínica.

Resultados: las intervenciones enfermeras que combinan educación pre y posoperatoria, entrenamiento práctico, cuidado de la piel periestomal y apoyo psicosocial mejoran la adaptación al estoma, el bienestar emocional y la adherencia al autocuidado. La participación familiar y el seguimiento tras el alta reducen complicaciones y fortalecen la autonomía. Las complicaciones más frecuentes incluyen irritación de la piel, daño por humedad, maceración, trauma mecánico y problemas tardíos como hernia o prolapso. La educación multidimensional y el acompañamiento enfermero son determinantes para la autogestión, prevención de complicaciones y mejora de la calidad de vida.

Conclusiones: un modelo de atención enfermera integral, continuo y centrado en el paciente, que combine educación estructurada, apoyo psicológico y seguimiento regular, promueve la autonomía, reduce complicaciones y mejora significativamente la calidad de vida de las personas con ostomía.

1 Palabras clave

Ostomía; enfermería; autocuidado; educación sanitaria; complicaciones periestomales; calidad de vida

tivo en su imagen corporal, hábitos cotidianos y dinámica social, lo que convierte su abordaje en un aspecto prioritario dentro de los cuidados enfermeros.

2 Introducción

Una ostomía es una abertura creada quirúrgicamente que conecta un órgano interno con el exterior, permitiendo la eliminación de heces, orina o secreciones cuando el tránsito natural está alterado. Puede ser temporal o definitiva, y se realiza por diversas causas, entre las que destacan el cáncer colorrectal, la enfermedad inflamatoria intestinal, las complicaciones quirúrgicas y determinadas patologías urológicas. La presencia de un estoma implica para el paciente un cambio significa-

La creación de una ostomía no solo supone una modificación anatómica, sino también un proceso de adaptación física y emocional. En las primeras etapas, los pacientes suelen experimentar dudas, inseguridad o miedo relacionados con el manejo del dispositivo, la posibilidad de fugas, el olor, las complicaciones cutáneas o el impacto sobre su autonomía. Por ello, la educación sanitaria y el acompañamiento enfermero son elementos esenciales para favorecer una transición adecuada y reducir la ansiedad asociada al proceso.

Desde la práctica enfermera, el cuidado del paciente ostomizado se basa en

tres pilares fundamentales: la prevención, el manejo de complicaciones y la promoción del autocuidado. La valoración inicial del estoma y de la piel periestomal, la correcta elección y adaptación del dispositivo, y la vigilancia de posibles complicaciones (como irritación cutánea, retracción, estenosis o prolapsos) permiten detectar problemas de forma precoz y actuar de manera eficaz. Asimismo, el entrenamiento en autocuidados, la educación sobre higiene, la identificación de signos de alarma y el apoyo emocional contribuyen a mejorar la seguridad, la autonomía y la calidad de vida del paciente.

En este contexto, el rol de enfermería es determinante para garantizar una atención integral y centrada en la persona, favoreciendo la adaptación al cambio, la prevención de complicaciones y el empoderamiento del paciente ostomizado a lo largo de todo el proceso asistencial.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el abordaje enfermero integral en pacientes con ostomía, centrado en la prevención de complicaciones y la promoción del autocuidado para mejorar la calidad de vida.

Objetivos secundarios:

- Evaluar la eficacia de intervenciones de enfermería pre y posoperatorias, incluyendo educación sanitaria, entre-

namiento en manejo del estoma y apoyo psicosocial.

- Identificar estrategias de manejo de complicaciones frecuentes, como problemas de piel periestomal, estomas de alto gasto y complicaciones metabólicas, destacando la intervención temprana y seguimiento continuo.

- Explorar factores que influyen en el autocuidado del paciente, incluyendo apoyo familiar, participación de cuidadores y uso de tecnologías como telemedicina, para fomentar autonomía y adaptación social.

4 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed, aplicando filtros de publicación de los últimos cinco años (2019–2024) y seleccionando principalmente revisiones sistemáticas.

Los términos de búsqueda utilizados incluyeron palabras clave relacionadas con ostomía, prevención, enfermería y autocuidado, con el fin de abarcar intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida, prevenir complicaciones y promover la autonomía del paciente. Se incluyeron estudios publicados en inglés y español que proporcionaran información sobre educación pre y posoperatoria, manejo de complicaciones y estrategias de apoyo para pacientes con estoma.

Se excluyeron artículos centrados ex-

clusivamente en intervenciones farmacológicas y estudios de casos individuales. La información extraída se organizó de manera descriptiva, comparando hallazgos relevantes sobre la eficacia de las intervenciones enfermeras y la promoción del autocuidado autónomo.

El análisis se centró en identificar estrategias prácticas y reproducibles en la práctica clínica, con especial atención a la prevención de complicaciones, el mantenimiento de la salud de la piel periostomal y la mejora de la calidad de vida de los pacientes ostomizados, considerando tanto aspectos físicos como emocionales y sociales.

5 Resultados

El análisis incluyó diversas revisiones y estudios centrados en intervenciones de enfermería en pacientes con ostomía, enfocadas en la prevención, manejo de complicaciones y promoción del autocuidado. La evidencia recogida abarcó pacientes con ileostomía, colostomía y urostomía, tanto temporales como permanentes, y consideró distintas estrategias de intervención, educación y seguimiento clínico.

En el ámbito de las intervenciones de enfermería orientadas a la calidad de vida, se evaluó la eficacia de programas que incluyeron educación pre y posoperatoria, entrenamiento en el manejo del estoma, cuidado de la piel

periostomal y selección del dispositivo de ostomía. Las intervenciones combinadas con apoyo psicológico, sesiones grupales y asesoramiento individual mostraron mejores resultados en la adaptación al estoma y el bienestar emocional, mientras que la participación familiar favoreció la adherencia al cuidado y redujo complicaciones postoperatorias. Asimismo, el contacto con otros pacientes ostomizados y el seguimiento enfermero tras el alta, mediante consultas presenciales o a distancia, facilitaron la resolución de dudas y el afrontamiento de problemas en el domicilio. El uso de materiales educativos de apoyo, como folletos o recursos audiovisuales, se describió como una estrategia útil para reforzar el aprendizaje y la continuidad del autocuidado tras el alta hospitalaria.

En relación con las complicaciones y emergencias relacionadas con estomas, se identificaron tasas de complicaciones tempranas entre 10% y 70%, dependiendo del tipo de estoma y cirugía. Las más frecuentes incluyeron irritación de la piel periostomal, estomas de alto gasto, necrosis y, en urostomías, infecciones y problemas gastrointestinales asociados. Entre las complicaciones tardías, destacaron hernia paraestomal, prolapso estomal y estenosis, con impacto sobre la adaptación al estoma y la calidad de vida. La atención temprana en urgencias, junto con la coordinación con enfermería especializada, permitió una

intervención rápida y redujo riesgos graves.

En cuanto a la piel periestomal, la revisión de 23 estudios mostró que las complicaciones cutáneas fueron la complicación más frecuente tras la cirugía de ostomía, con incidencias entre 36,3% y 73,4% y prevalencias de 11% a 88%. Las lesiones más frecuentes fueron dermatitis de contacto, daño por humedad, maceración y trauma mecánico, predominando en pacientes con ileostomía. Estas complicaciones aumentaron la estancia hospitalaria, los reingresos y los costes asociados. El rol de la enfermería stomaterapeuta resultó crucial en prevención, educación, ajuste de dispositivos y seguimiento estructurado, subrayando la necesidad de protocolos estandarizados y enfoques multidisciplinarios.

Finalmente, la revisión exploratoria sobre autocuidado identificó que el concepto se centra principalmente en el manejo procedimental del estoma y el dispositivo, dejando fuera la toma de decisiones, adaptación emocional, sexualidad e interacción social. Se reconocieron factores que favorecen el autocuidado, como ser mujer, joven, casada, con un nivel educativo alto, apoyo social y demarcación preoperatoria del estoma, y factores que lo dificultan, como estrés, complicaciones del estoma y atención insuficiente. La educación sanitaria personalizada y multidimensional promovida por enfermería

fue determinante para mejorar la autonomía, la autoeficacia y la calidad de vida del paciente ostomizado.

6 Discusión-Conclusión

Los resultados de los estudios revisados permiten afirmar que la intervención enfermera constituye uno de los elementos más determinantes para garantizar una adaptación adecuada al proceso de ostomización. La evidencia disponible muestra que la combinación de educación preoperatoria, acompañamiento emocional y entrenamiento práctico en autocuidado favorece una transición más segura desde el entorno hospitalario hacia el domicilio. Esta conclusión es especialmente relevante, dado que una parte importante de las dificultades reportadas por los pacientes surge una vez que regresan a su vida cotidiana y se encuentran ante la necesidad de manejar el estoma de forma autónoma.

La literatura coincide en que ofrecer educación exclusivamente durante la hospitalización resulta insuficiente. Por ello, los programas que extienden el acompañamiento más allá del alta, mediante seguimiento telefónico o consultas de enfermería especializadas, reducen complicaciones y disminuyen la utilización de servicios de urgencias. Este hallazgo subraya la relevancia del papel enfermero no solo en la fase quirúrgica inmediata, sino también en el continuum asistencial. En este sen-

tido, la creación de itinerarios asistenciales estructurados y sostenibles constituye una estrategia clave para mejorar los resultados en salud.

El abordaje psicológico emerge como un componente fundamental, aunque frecuentemente infravalorado. La ostomía implica una transformación profunda de la identidad corporal y del estilo de vida, por lo que intervenciones como la terapia cognitivo-conductual, los grupos de apoyo y el acompañamiento emocional mostraron un impacto significativo en la calidad de vida. Integrar estos componentes en la práctica habitual no solo mejora el bienestar emocional, sino que facilita el aprendizaje de habilidades de autocuidado, dado que la ansiedad y la baja autoestima suelen ser barreras para el manejo independiente del estoma.

La implicación de los cuidadores familiares también presenta beneficios y desafíos. Si bien su participación mejora el apoyo domiciliario y reduce la carga emocional del paciente, existe el riesgo de generar dependencia si no se equilibra adecuadamente la responsabilidad. Esto destaca la necesidad de que las intervenciones enfermeras fomenten la autonomía progresiva del paciente, ajustándose a su capacidad, edad, tipo de ostomía y contexto personal.

Las intervenciones de autogestión muestran una asociación consistente con mejores resultados clínicos y una

menor incidencia de complicaciones cutáneas. Considerando que las complicaciones periestomales son una de las principales causas de reingreso, la formación práctica sobre el cuidado de la piel, el uso adecuado de dispositivos y la detección temprana de problemas debería considerarse una prioridad en la atención enfermera.

A modo de conclusión, la evidencia indica que un modelo de atención enfermera integral, continuo y centrado en el paciente es esencial para promover la salud, la adaptación emocional y el autocuidado en personas con ostomía. Implementar estrategias que combinen educación estructurada, apoyo psicológico y seguimiento regular permite mejorar de forma significativa la calidad de vida, reducir complicaciones y fortalecer la autonomía. La consolidación de consultas especializadas en ostomías y la capacitación continua de profesionales de enfermería representan líneas de mejora necesarias para avanzar hacia una atención más segura y efectiva para esta población.

7 Bibliografía

1. Monteiro AKC, Pereira MC, Santos JD, Machado RS, Nogueira LT, Rangel-Andrade E. Efecto de la intervención educativa en el postoperatorio de personas con ostomías intestinales de eliminación: revisión sistemática. *Enferm Glob.* 2020;19(57). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/>

scielo.php?script=sci_arttext&pid= PMC11702974/
S1695-61412020000100020

2. Coloplast Professional. Guía de recomendaciones de buenas prácticas en el paciente oncológico ostomizado. España: Coloplast; 2020. Disponible en: <https://www.coloplastprofessional.es/globalassets/hcp/pdf-file/v2/spain/guia-de-recomendaciones-de-buenas-practicas-en-el-paciente-oncologico-ostomizado.pdf>

3. Kanwal F, Lo W, Bhuket T, et al. Current trends in ostomy care and management: A comprehensive review. PMC. 2023; Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10484385/>

4. Babakhanlou R, Larkin K, Hita AG, Stroh J, Yeung SC. Stoma related complications and emergencies. International Journal of Emergency Medicine. 2022;15(1):17. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9082897/>

5. D'Ambrosio F, Pappalardo C, Scardigno A, Maida A, Ricciardi R, Calabrò GE. Peristomal skin complications in ileostomy and colostomy patients: What we need to know from a public health perspective. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;20(1):79. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9819694/>

6. Johnson M, Roberts K, Williams P, et al. Self-care and educational needs of ostomy patients: Review of literature. PMC. 2023; Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/>

Artículo 184

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO

ELENA GALINDO MIGUEL

CRISTINA NOGALES ESCUSA

JULIA NAVARRO SUSINOS

TOMAS PUNTER SERRANO

LAURA VICENTE ALONSO

IZARBE DOÑATE BAREA

El pie diabético es una de las complicaciones más frecuentes y graves de la diabetes mellitus, especialmente en pacientes con neuropatía periférica o fragilidad cutánea. La evidencia muestra la importancia de la prevención de estas complicaciones mediante un abordaje integral por parte de enfermería, incluyendo una valoración clínica autocuidado educación y estrategias terapéuticas novedosas. El uso de tecnologías de protección cutánea ha demostrado su eficacia en la prevención de lesiones, además, complementa los cuidados tradicionales adoptando las medidas preventivas al riesgo individual. Asimismo, la aplicación de gel elaborado con fluido amniótico ha mostrado resultados positivos en la cicatrización de úlceras del pie diabético, mejorando el estado del tejido, la evolución de la herida y acortando el tiempo de recuperación, lo que lo convierte en una opción útil dentro de los cuidados enfermeros especializados. Por otro lado, programas de ejercicio sensoriomotor han evidenciado beneficios mejorando la propiocepción, el equilibrio dinámico y el control postural, reduciendo el miedo a caer y contribuyendo a prevenir traumatismos que podrían desencadenar nuevas lesiones en el pie. Los modelos integrales de cuidados de enfermería que combinan educación, revisión periódica,

tratamiento local de heridas, control glucémico, nutricional y seguimiento continuo han demostrado disminuir la tasa de amputaciones y optimizar la adherencia al autocuidado. En conjunto, la literatura confirma que el papel de enfermería es esencial para prevenir complicaciones, mejorar la cicatrización y promover la seguridad, autonomía y calidad de vida en pacientes con pie diabético.

1 Palabras clave

Pie diabético, cuidados de enfermería, educación para la salud, prevención de complicaciones, protección de la piel.

2 Introducción

El pie diabético constituye una de las complicaciones más graves y prevalentes de la diabetes mellitus, afectando especialmente a personas con neuropatía periférica y riesgo elevado de lesiones cutáneas, ulceración, infección y amputación. Supone un impacto clínico y social considerable debido a la pérdida de la integridad de la piel o de tejidos profundos ya que puede conducir a hospitalizaciones prolongadas y la discapacidad si no se aborda de forma preventiva y sistemática.

La evidencia sugiere que la prevención de complicaciones en el pie diabético no sólo depende del tratamiento de heridas existentes, sino también de intervenciones que reduzcan la incidencia de lesiones y mejoren las condiciones cutáneas y funcionales de los pacientes. Un estudio ha demostrado que tecnologías específicas de protección de la piel en pacientes mayores con neuropatía diabética reducen de forma significativa la incidencia y severidad

de problemas cutáneos, subrayando el valor añadido de herramientas preventivas más allá de los cuidados tradicionales. Por otro lado, intervenciones fisioterapéuticas como ejercicios sensoriomotores han evidenciado mejoras significativas en la función somatosensorial, el equilibrio dinámico y la calidad de vida en adultos con neuropatía periférica, lo que contribuye a disminuir traumatismos y riesgos de lesiones en el pie. Además, las investigaciones destacan el papel crucial de la autoeficacia en los comportamientos de autocuidado, incluyendo el cuidado del pie, donde la confianza del paciente para gestionar su propia prevención se ha asociado con una mayor adherencia a prácticas saludables y de protección. En conjunto, estas evidencias respaldan la necesidad de que los profesionales de enfermería adopten un enfoque integral y multidimensional en el manejo del pie diabético, que combine educación continua, evaluación del riesgo, intervenciones preventivas, tecnologías de protección cutánea y promoción del autocuidado. Este enfoque no solo mejora los resultados clínicos y funcionales, sino que también fortalece la autonomía del paciente, reduce la variabilidad en la atención y disminuye la carga de compli-

caciones graves vinculadas al pie diabético.

3 Objetivos

Analizar el papel de la enfermería en la prevención de complicaciones en pacientes diabéticos con pie de riesgo, identificando intervenciones educativas, preventivas, clínicas y de autocuidado que contribuyan a reducir lesiones, mejorar la cicatrización y favorecer la calidad de vida.

4 Metodología

Se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica avanzada metódica y en profundidad en diferentes fuentes y bases de datos de información científica, e ensayos clínicos, ensayos controlados aleatorios, y revistas científicas de interés científico-sanitario. Las bases de datos utilizadas fueron PubMed, Scielo y Medline.

5 Resultados

Un estudio evalúa la eficacia de una tecnología de protección de la piel del pie en pacientes mayores con neuropatía periférica diabética, con el objetivo de prevenir complicaciones cutáneas que puedan derivar en úlceras o infecciones. Los resultados muestran que la intervención preventiva es efectiva y puede complementar los cuidados

tradicionales de enfermería. El estudio resalta la importancia de un enfoque integral en la prevención de complicaciones del pie diabético, combinando educación, autocuidado, y en este caso, la tecnología protectora adaptada a pacientes de alto riesgo puede reducir el riesgo de complicaciones cutáneas en pacientes con neuropatía diabética, reforzando la necesidad de estrategias preventivas personalizadas.

Diferentes autores demuestran que la aplicación de un gel formulado con fluido amniótico es una estrategia eficaz y segura para el tratamiento de úlceras del pie diabético en pacientes con diabetes tipo 2. Los resultados mostraron que las heridas tratadas con este gel presentaron mejoría más rápida en el grado de la herida, color del tejido, estado del tejido perilesional y tiempo hasta la cicatrización. Estas evidencias sugieren que el gel con fluido amniótico puede constituir una opción complementaria dentro de los cuidados enfermeros especializados en pie diabético, contribuyendo a mejorar la cicatrización de heridas crónicas y optimizando los resultados del paciente. En los planes de cuidados de enfermería puede favorecer una atención más integral y basada en evidencia.

Asimismo, un programa de ejercicio sensoriomotor basado en el método Feldenkrais en adultos mayores con neuropatía periférica diabética mostró beneficios tras 16 sesiones de movimientos guiados y fun-

cionales para mejorar la propiocepción, coordinación y control postural, complementando las medidas habituales de cuidado del pie diabético. Se observaron mejoras en la sensibilidad en pies y miembros inferiores, lo que produjo el incremento del equilibrio dinámico, reducción del miedo a caer y mejora de la calidad de vida. Al mejorar la percepción corporal y la estabilidad al moverse, la intervención contribuye indirectamente a prevenir traumatismos y lesiones en pies con neuropatía, fortaleciendo así la prevención de complicaciones en pacientes con pie diabético. Este programa es seguro, factible y efectivo, proporcionando mejoras a corto y medio plazo en la función sensorial, el equilibrio y la calidad de vida, ayudando a reducir riesgos de lesiones y potenciando la autonomía de los pacientes con neuropatía periférica diabética.

Finalmente, algunos autores respaldan la importancia de un modelo integral de cuidados de enfermería para pacientes con pie diabético, enfocado en un abordaje multidimensional y sistemático. Este modelo combina la valoración clínica, intervenciones en la herida, educación al paciente y autocuidado del pie, así como higiene, elección de calzado adecuado, movilidad, ejercicio, control glucémico y nutricional, seguimiento de factores de riesgo (neuropatía, vasculopatía) y derivación cuando es necesario. También incluye revisiones per-

iódicas, tratamiento local de heridas y adaptaciones individualizadas, promoviendo un seguimiento continuo a medio y largo plazo. Se basa en la prevención de complicaciones, optimización de la cicatrización y mejora de la calidad de vida de los pacientes. La implementación del modelo ha demostrado reducir la tasa de amputaciones, mejorar el pronóstico de las úlceras y favorecer la adherencia al cuidado del pie diabético, al tiempo que estandariza la atención y disminuye la variabilidad clínica. En conclusión, este enfoque integral es eficaz y recomendable, consolidando el papel estratégico de la enfermería en la prevención y manejo del pie de riesgo mediante un cuidado holístico, preventivo y sostenido que abarca los aspectos físicos, metabólicos, educativos y de seguimiento necesarios para la atención óptima de estos pacientes.

6 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermería en la prevención de complicaciones del paciente diabético con pie de riesgo requiere un enfoque integral, multifactorial y adaptado a las necesidades individuales, que combine tanto los cuidados tradicionales como estrategias innovadoras basadas en evidencia. No solo la educación y el cuidado básico del pie, lo que incluye inspección, higiene, elección de calzado y curas locales, son fundamentales para reducir riesgos, sino

que también la incorporación de tecnologías de protección de la piel ha demostrado ser una intervención preventiva eficaz, especialmente en pacientes mayores o con neuropatía, donde la fragilidad cutánea aumenta la probabilidad de lesiones.

Algunas de las intervenciones educativas y de autocuidado combinadas con la aplicación de gel con fluido mejora la cicatrización de úlceras crónicas. Por otro lado, programas como ejercicios sensoriomotor basados en el método Feldenkrais, fortalecen la propiocepción, el equilibrio y la coordinación postural, evidenciando que un abordaje multidimensional no solo mejora la funcionalidad y la autonomía, sino que contribuye indirectamente a prevenir traumatismos y lesiones en pies con neuropatía. La implementación de un modelo integral de cuidados de enfermería, que combina valoración clínica, intervenciones sobre la herida, educación para autocuidado, entre otras, han demostrado beneficios significativos disminuyendo de la tasa de amputaciones, lo que supone una mejora del pronóstico de las úlceras, aceleración de la cicatrización, la prevención de complicaciones graves y el aumento de la calidad de vida mediante empoderamiento, adherencia a cuidados y reducción del impacto físico, emocional y social del pie diabético. Este enfoque promueve una atención estándar, disminuye la variabilidad en los cuidados, asegura un seguimiento sis-

temático y promueve un modelo profesional, preventivo y proactivo, consolidando el rol estratégico de la enfermería como eje central en la prevención y manejo del pie de riesgo. En consecuencia, la integración de cuidados tradicionales, intervenciones terapéuticas basadas en evidencia y estrategias innovadoras en un modelo de atención integral permite optimizar resultados clínicos, prevenir complicaciones, mejorar la autonomía y la seguridad del paciente y, en última instancia, ofrecer un cuidado holístico y sostenible adaptado a las características individuales de cada persona con pie diabético.

No solo la educación y el cuidado tradicional del pie (inspección, higiene, calzado, curas) son útiles para prevenir complicaciones en pacientes diabéticos con neuropatía, también las tecnologías de protección de la piel del pie pueden tener un papel preventivo importante. Refuerza la idea de que la prevención del pie diabético debe ser multifactorial: no basta con educación/autocuidado, sino que las intervenciones deben ser adaptadas a las circunstancias del paciente (edad, neuropatía, fragilidad de la piel, etc.). Mejora el pronóstico de las úlceras facilitando su cicatrización y limitando complicaciones como infecciones, progresión a lesiones graves, gangrena o necesidad de intervención quirúrgica. Mejora la calidad de vida del paciente mediante educación, autocuidado, empoderamiento, prevención, disminu-

ción de complicaciones, lo que reduce el impacto físico, emocional, social y económico del pie diabético. Finalmente permite un atención sistemática y estandarizada, reduciendo variabilidad en cuidados, mejorando adherencia, asegurando seguimiento, y propiciando un enfoque profesional, preventivo y proactivo.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2024.10.041>

4. Sadeghi MA, Raiesifar A, Aazami S. Beyond compliance: The role of self-efficacy in foot care and self-management among patients with Type 1 diabetes. *ScientificWorld-Journal* [Internet]. 2025;2025:8848211. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/tswj/8848211>

7 Bibliografía

1. Zhou L, Song P-F, Qin W, Jia Q, Miao F, Bai J-J. Effectiveness of foot skin protection technology in elderly patients with diabetic peripheral neuropathy. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 2024;15:1411657. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fendo.2024.1411657>
2. Niami F, Molavynejad S, Hemmati AA, Bijan Nejad D, Yazdanpanah L, Maram NS, et al. Evaluation of the effect of a gel made with amniotic fluid formulation on the healing of diabetic foot ulcers: A triple-blind clinical trial. *Front Public Health* [Internet]. 2022;10:1025391. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2022.1025391>
3. Jimenez-Mazuelas MJ, Gonzalez-Perez de Villar N, De Casas-Albendea S, Martinez-Gimeno L, Jimenez-Gonzalez S, Angulo-Carrere MT. Somatosensory and dynamic balance improvement in older adults with diabetic peripheral neuropathy through sensorimotor exercise: A multisite randomized controlled trial. *J Bodyw Mov Ther* [Internet]. 2024;40:2062–73. Disponible en:

Artículo 185

LA IMPORTANCIA DE LA EXTENSIÓN DE SANGRE PERIFÉRICA EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS

MARIA ANGELES FAJARDO GÓMARA

IDOIA DIAZ TIRAPU

DANIELA CAROLINA DIAZ GIRALDO

Introducción: la extensión de sangre periférica complementa el hemograma automatizado en el laboratorio de urgencias.

Objetivo: revisar la utilidad diagnóstica de la extensión de sangre periférica y el papel del técnico de laboratorio.

Metodología: revisión bibliográfica y descriptiva basada en guías y protocolos de hematología diagnóstica.

Resultados: la extensión permite identificar alteraciones morfológicas críticas no detectadas por autoanalizadores.

Conclusión: la extensión de sangre periférica es una técnica clave para el diagnóstico urgente y seguro.

1 Palabras clave

Extensión de sangre periférica; frotis sanguíneo; hematología; laboratorio de urgencias; morfología celular; análisis manual.

2 Introducción

El hemograma completo es una de las pruebas más solicitadas en el laboratorio de urgencias debido a la rapidez con la que se proporciona información sobre el estado hematológico, inflamatorio e infeccioso del paciente. La base

de esta información reside en los autoanalizadores hematológicos, equipos altamente sofisticados que ofrecen resultados en minutos.

Sin embargo, a pesar de los avances tecnológicos, los autoanalizadores tienen limitaciones en la identificación de alteraciones morfológicas. La presencia de artefactos, fragmentos celulares, agregados plaquetarios o poblaciones celulares inmaduras puede generar alarmas que, aunque indican una posible patología, no ofrecen el diagnóstico morfológico definitivo.

En este contexto, la revisión morfológica de la sangre constituye un pilar fundamental en la hematología diagnóstica. A través de la observación directa de los eritrocitos, leucocitos y plaquetas, es posible identificar hallazgos que exigen una intervención clínica inmediata.

Este artículo pretende revisar la importancia de esta técnica desde una perspectiva teórico-práctica, destacando su valor en el contexto asistencial y el rol del técnico de laboratorio en su correcta interpretación.

La extensión de sangre periférica no solo actúa como herramienta diagnóstica, sino también como método de control de calidad de los resultados automatizados. Su correcta aplicación permite detectar errores analíticos, evitar interpretaciones incorrectas y mejorar la comunicación entre el laboratorio y el clínico, especialmente en situaciones de urgencia vital.

3 Objetivos

Objetivo Principal:

Demostrar el valor diagnóstico y pronóstico de la extensión de sangre periférica como herramienta en la evaluación hematológica del laboratorio de urgencias.

Objetivos Específicos:

- Identificar los criterios de alarma del autoanalizador que obligan a una revisión manual urgente en el entorno de urgencias.
- Destacar las patologías cuyo diagnóstico diferencial se sustenta exclusivamente en la morfología celular de la ESP (ej., Leucemia Aguda, Malaria).
- Enfatizar el rol crucial del técnico de laboratorio en la identificación e informe rápido de hallazgos morfológicos de alto riesgo.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

5 Resultados

La metodología se centra en la aplicación de protocolos de trabajo estandarizados para la revisión manual en un entorno de urgencias, basándose en la experiencia práctica y la revisión de guías de consenso internacionales.

1. Preparación y Tinción de la ESP

La calidad de la ESP es fundamental. Las extensiones deben prepararse inmediatamente tras la toma de la muestra (con EDTA) y teñirse utilizando tinciones policromáticas (ej., May-Grünwald Giemsa o Wright) para garantizar la correcta diferenciación de las estructuras celulares. La preparación debe asegurar una zona de lectura adecuada, donde los hematíes no se superpongan.

2. Criterios de Revisión Obligatoria en Urgencias

La revisión manual de la extensión de sangre periférica es obligatoria en situaciones como trombocitopenias significativas, con el fin de descartar pseudotrombocitopenia por agregados plaquetarios y valorar el riesgo hemorrágico.

Asimismo, la detección de blastos o células inmaduras obliga a una evaluación urgente ante la sospecha de leucemia aguda.

La presencia de esquistocitos o fragmentos eritrocitarios orienta a microangiopatías trombóticas, patologías que requieren intervención inmediata. La observación de aglutinación eritroc-

itaria permite corregir recuentos alterados por crioaglutininas y valorar procesos de anemia hemolítica.

Alteraciones extremas del recuento leucocitario, tanto leucocitosis como leucopenia, exigen un estudio diferencial urgente ante sepsis, procesos hematológicos malignos o aplasia medular.

Finalmente, la identificación de parásitos o inclusiones atípicas, así como la discrepancia grave entre los resultados analíticos y la situación clínica del paciente, hacen imprescindible la revisión manual inmediata.

3. Técnica de Lectura

La lectura se realiza en la zona de monocapa. El técnico evalúa la morfología eritrocitaria (forma, tamaño, color), la morfología leucocitaria (núcleo, citoplasma, granulaciones), y estima el recuento y la distribución plaquetaria. La comunicación de hallazgos críticos (esquistocitos, blastos, parásitos) se realiza de forma inmediata al clínico responsable.

La extensión de sangre periférica es una herramienta esencial en el diagnóstico hematológico, especialmente cuando los analizadores automatizados generan alertas o resultados discordantes.

Los principales hallazgos identificados en la revisión fueron los siguientes:

1. Valor complementario a los analizadores automáticos

Aunque los dispositivos actuales incorporan sistemas de alarma y análisis avanzados, existen situaciones en

las que los recuentos automatizados pueden verse afectados por interferencias, agregados plaquetarios, crioglobulinas, fragmentación eritrocitaria o presencia de células anómalas. La ESP permite confirmar o descartar estas anomalías.

2. Detección de alteraciones morfológicas críticas

La revisión manual permite observar:

- Esquistocitos, útiles en la sospecha de microangiopatías.
- Blastos, indicativos de posibles leucemias agudas.
- Linfocitos reactivos, frecuentes en infecciones virales.
- Plasmodium spp., en sospecha clínica de paludismo.
- Anisocitosis, poiquilocitosis y policromatofilia, relevantes en el estudio de anemias.
- Plaquetas gigantes o hipogranulares, asociadas a trastornos congénitos o adquiridos.

3. Apoyo en el diagnóstico urgente

Numerosos autores destacan que la ESP permite una orientación diagnóstica inmediata que facilita el manejo del paciente grave, optimizando la toma de decisiones clínicas en un contexto donde el tiempo es determinante.

Asimismo, la revisión de la literatura pone de manifiesto que la extensión de sangre periférica resulta especialmente útil en situaciones de urgencia clínica, ya que permite una valoración inmediata de la morfología celular. La identificación precoz de célu-

las inmaduras, fragmentación eritrocitaria o anomalías plaquetarias facilita la orientación diagnóstica inicial y contribuye a priorizar actuaciones clínicas urgentes, optimizando el manejo del paciente en el contexto asistencial.

4. Importancia del personal técnico

La calidad del frotis y su correcta interpretación dependen en gran medida del conocimiento y formación del técnico de laboratorio. La identificación temprana de anomalías requiere entrenamiento continuo, habilidad para reconocer patrones morfológicos y un criterio sólido para comunicar hallazgos relevantes.

6 Discusión-Conclusión

La extensión de sangre periférica continúa siendo una técnica imprescindible dentro del laboratorio de urgencias. Su valor no reside únicamente en la observación morfológica, sino también en la capacidad de proporcionar una visión global del estado hematológico del paciente.

El hemograma automatizado constituye la base del estudio inicial, pero la revisión manual aporta una profundidad diagnóstica irremplazable. La literatura destaca que su uso combinado permite mejorar la precisión diagnóstica, reducir errores y detectar alteraciones que de otro modo podrían pasar inadvertidas.

Además, la formación del personal técnico es un elemento clave, un

conocimiento sólido en morfología hematológica asegura que la técnica se realice con calidad y que los hallazgos se comuniquen adecuadamente al equipo clínico.

En conclusión, la extensión de sangre periférica se mantiene como una herramienta complementaria de gran utilidad en el laboratorio de urgencia, imprescindible para garantizar un diagnóstico rápido, seguro y de calidad.

Trombótica (SECIP/SEHH). Protocolo de Microangiopatía Trombótica: Síndrome Hemolítico Urémico (SHU) y Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT). 10.Revista de Anales de Pediatría Continuada. Síndrome hemolítico urémico. Anales de Pediatría Continuada. 11.Ruiz-Argüelles GJ. Morfología de la sangre periférica en las anemias hemolíticas. Gaceta Médica de México.

7 Bibliografía

1. Bain BJ. Blood cells: A practical guide. Wiley-Blackwell.
2. Gulati GL. Blood Cell Morphology Grading Guide. CAP Press
3. Hoffbrand AV, Moss PA. Essential Haematology. Wiley-Blackwell.
4. International council for standardization in Haematology (ICSH).
5. Briggs C, Harrison P, Machin SJ. Utilidad clínica del frotis de sangre periférica. 6.Grupo de Trabajo de Morfología Sanguínea de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH). Consenso Nacional para la Estandarización del Reporte de Extendido de Sangre Periférica. 7.International Council for Standardization in Haematology (ICSH). Recomendaciones sobre el examen manual del frotis de sangre periférica. 8.Gómez-Huertas E, et al. El hemograma y el frotis en la detección de urgencias hematológicas. Medicina Clínica (Barc). 2018;150(7):281-285. 9.Grupo de Trabajo de Microangiopatía

Artículo 186

EL FRONTOFOCÓMETRO: UNA HERRAMIENTA CLAVE EN LA CONSULTA OFTALMOLÓGICA

CAROLINA CUELLO FONTANA

MARIA TERESA GONZÁLEZ FUMAT

PILAR GRANDE MELCHOR

SANDRA SUBIAS ROMERO

ANA CRISTINA JULVE ZALDIVAR

GYONGYI SABOU TOTH

Introducción: el frontofocómetro es un dispositivo ampliamente utilizado en las consultas de oftalmología y optometría para la medición de la potencia de las lentes oftálmicas. Su correcto uso y mantenimiento influyen directamente en la calidad de la atención al paciente. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) desempeña un papel relevante en el apoyo al personal sanitario y en la preparación del equipamiento.

Objetivo: describir las características básicas del frontofocómetro y analizar las funciones del TCAE en su manejo, mantenimiento e higiene dentro del entorno sanitario.

Metodología: se ha realizado una revisión descriptiva de manuales de instrumentación oftalmológica, guías de buenas prácticas sanitarias y bibliografía dirigida a TCAE, con el fin de sintetizar la información esencial sobre el frontofocómetro y su aplicación en la práctica clínica.

Resultados: el conocimiento básico del funcionamiento del frontofocómetro por parte del Técnico Auxiliar de Enfermería (TCAE) permite una mejor organización

de la consulta, una adecuada preparación del material y el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad. Estas actuaciones contribuyen a la fiabilidad de las mediciones y la eficiencia del trabajo en equipo.

Conclusiones: la participación activa del TCAE en las tareas relacionadas con el frontofocómetro es fundamental para garantizar una atención oftalmológica de calidad. La formación continua en manejo básico en este tipo de tecnología sanitaria resulta imprescindible en el contexto asistencial actual.

1 Palabras clave

Frontofocómetro; oftalmología; TCAE; instrumentación sanitaria; atención al paciente

2 Introducción

El frontofocómetro es un instrumento fundamental en los servicios de oftalmología y óptica, utilizado para medir la potencia de las lentes oftálmicas.

Su manejo principal suele corresponder al personal de Enfermería, tanto al Enfermero o Enfermera o al TCAE pudiéndolo utilizar también el Oftalmólogo.

En una consulta de revisión Oftalmológica suele ser el TCAE el que realiza la medición de las gafas en este aparato.

En las consultas de oftalmología y en los gabinetes de optometría, el uso de tecnología específica permite garantizar una atención precisa y de calidad al paciente.

Este aparato es uno de los dispositivos más utilizados, que sirve para la verificación de gafas graduadas y lentes oftálmicas. El conocimiento básico de este equipo por parte del TCAE con-

tribuye a mejorar la organización del trabajo, la seguridad del paciente y la eficiencia del equipo sanitario.

El frontofocómetro, también conocido como lensómetro, es un aparato que permite medir la potencia dióptrica de las lentes de unas gafas. Gracias a este instrumento se puede conocer parámetros como:

- La graduación de la lente.
- El eje del astigmatismo.
- El centrado correcto de las lentes.

Existen modelos manuales y digitales, siendo estos últimos los más habituales en los centros sanitarios actuales, por su facilidad de uso y rapidez en la obtención de resultados.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Describir el uso del frontofocómetro en el ámbito sanitario y destacar el papel del TCAE en la preparación, apoyo al personal sanitario y mantenimiento básico de este equipo en la consulta de oftalmología.

Objetivos secundarios:

- Identificar las características y funciones básicas del frontofocómetro.

- Analizar las tareas del TCAE relacionadas con la higiene, limpieza y conservación del equipo.
- Valorar la importancia del trabajo del TCAE en la mejora de la organización y eficiencia de la consulta oftalmológica.
- Promover la formación del TCAE en el manejo básico de la tecnología sanitaria utilizada en oftalmología.

4 Metodología

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo mediante una revisión bibliográfica narrativa. Para la elaboración del artículo se consultaron manuales de oftalmología y optometría, guías de buenas prácticas sanitarias y literatura científica dirigida a TCAE.

La búsqueda de información se realizó en libros especializados, publicaciones científicas del ámbito sanitario y documentos institucionales relacionados con la higiene, el mantenimiento del equipamiento sanitario y la organización de la consulta oftalmológica. Seleccionando las fuentes que aportaban información relevante y actualizada sobre el frontofocómetro y las funciones del TCAE en el entorno asistencial.

5 Resultados

El frontofocómetro es un instrumento fundamental para realizar un diagnóstico preciso que realiza la medición de las lentes. Se utiliza para averiguar la graduación que utiliza el paciente de

manera habitual y así disponer de un dato orientativo sobre su defecto de refracción.

En modelos digitales modernos, puede medir la adición en lentes progresivas y la protección UV.

En la consulta, los TCAE realizan mediciones de lentes con el frontofocómetro mostrando alta fiabilidad. Aunque el TCAE no realiza el diagnóstico, su colaboración es esencial en el uso correcto del equipo. Entre sus funciones destacan:

- Preparación del material antes de empezar la consulta de Oftalmología, así como el encendido y puesta a punto de todos los aparatos incluido el frontofocómetro.
- Limpieza y desinfección del frontofocómetro según protocolos del Hospital.
- Colocación y retirada de las gafas del paciente bajo indicación del profesional responsable.
- Comprobación del correcto funcionamiento del aparato.
- Comunicación de incidencias o fallos técnicos al personal correspondiente.

Estas tareas aseguran un entorno de trabajo seguro y ordenado, facilitando la labor del equipo sanitario.

El frontofocómetro permite verificar lentes de forma rápida y precisa, contribuyendo a la seguridad y calidad en la atención visual.

La implicación de los TCAE en este proceso, facilita la eficiencia en el flujo de trabajo y refuerza el cuidado del pa-

ciente en unidades de oftalmología y optometría.

El frontofocómetro, al estar en contacto frecuente con gafas y superficies manipuladas por diferentes personas, requiere una limpieza adecuada.

El TCAE debe seguir las normas de higiene establecidas, utilizando productos autorizados y evitando manipulaciones que puedan dañar el equipo.

Un mantenimiento correcto prolonga la vida útil del aparato y garantiza mediciones fiables.

6 Discusión-Conclusión

El frontofocómetro es una herramienta indispensable en la atención oftalmológica, ayudando al facultativo a obtener un diagnóstico preciso. Siendo un instrumento fiable en la práctica clínica y un recurso valioso en la atención oftalmológica y optométrica.

Para los TCAE, su conocimiento permite colaborar activamente en la verificación de lentes, agilizando el flujo de trabajo y mejorando la seguridad del paciente.

La implicación del TCAE en su preparación, cuidado y mantenimiento refuerza la calidad asistencial y contribuye al buen funcionamiento de la consulta.

La formación continua en el manejo básico de este tipo de tecnología resulta clave para el desarrollo profesional del TCAE dentro del ámbito sanitario.

7 Bibliografía

1. García- Ayuso D, Pinazo- Durán MD. Introducción a la oftalmología clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
2. Ministerio de Sanidad. Guía de buenas prácticas de limpieza y desinfección en centro sanitarios. Madrid: Gobierno de España; 2020.
3. Montalt J, Ferrer M. Instrumentación básica en optometría y oftalmología. Rev Esp Optom. 2019; 12 (2): 85-92.
4. Vázquez R. Manual práctico para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Madrid: McGraw- Hill Interamericana; 2017

Artículo 187

ENFERMERÍA CARDIOVASCULAR: GESTIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON PATOLOGÍAS CARDÍACAS

MARTA OLIVAN VAL

MARÍA GARCÍA LORENTE

BEATRIZ BURGOS GARCIA

ALEJANDRO DOMINGO ALEGRE

ANGEL M^a MARTÍNEZ GONZÁLEZ

NATALIA BRAVO FRAGUAS

Introducción: las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de mortalidad mundial, requiriendo una gestión integral que involucre prevención, tratamiento agudo y rehabilitación. La enfermería cardiovascular desempeña un rol pivotal en el cuidado holístico del paciente, aunque enfrenta desafíos como la sobrecarga asistencial y la necesidad de actualización continua.

Objetivos:

- Analizar las competencias de la enfermería en la gestión integral de pacientes con patologías cardíacas.
- Identificar los principales desafíos en la atención cardiovascular.
- Proponer estrategias para optimizar los cuidados enfermeros en este ámbito.

Metodología: revisión sistemática de literatura (2015-2025) en bases como PubMed, Scopus, SciELO y guías de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AECC), Sociedad Española de Cardiología (SEC) y American Heart Association (AHA).

Resultados: la enfermería es esencial en monitorización, educación y rehabilitación, pero barreras como falta de formación específica y recursos limitados persisten.

Conclusiones: la gestión integral requiere competencias avanzadas en enfermería, respaldadas por formación continua y protocolos multidisciplinarios para mejorar outcomes.

1 Palabras clave

Enfermería cardiovascular; patologías cardíacas; gestión integral; insuficiencia cardíaca; rehabilitación cardíaca; educación al paciente; monitorización hemodinámica

2 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) siguen siendo la principal causa de mortalidad y morbilidad en el mundo desarrollado y en vías de desarrollo, según datos actualizados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Española de Cardiología (SEC). Estas patologías engloban un amplio espectro de afecciones, como la enfermedad isquémica coronaria, la insuficiencia cardíaca crónica, las arritmias cardíacas (fibrilación auricular, taquiarritmias ventriculares), las valvulopatías, la hipertensión arterial no controlada, las cardiopatías congénitas en adultos y las complicaciones trombóticas como el infarto agudo de miocardio o el accidente cerebrovascular de origen cardioembólico. En los últimos años, el envejecimiento poblacional, el aumento de factores de riesgo modificables (obesidad, diabetes mellitus tipo

2, tabaquismo, sedentarismo) y la supervivencia mejorada tras eventos agudos han incrementado la prevalencia de pacientes con patologías cardíacas crónicas, generando una demanda asistencial creciente en todos los niveles de atención sanitaria.

La gestión integral del paciente con ECV requiere un enfoque multidisciplinario y continuo que abarque desde la prevención primaria (promoción de estilos de vida saludables) hasta la prevención secundaria (control de factores de riesgo tras un evento), el manejo agudo en fases críticas, la rehabilitación cardíaca estructurada y los cuidados paliativos en etapas terminales de insuficiencia cardíaca avanzada. Este continuum asistencial demanda una coordinación efectiva entre atención primaria, hospitalaria, consultas especializadas y seguimiento comunitario, con el objetivo de reducir ingresos hospitalarios, mejorar la calidad de vida y disminuir la mortalidad prematura.

En este contexto, la enfermería cardiovascular se posiciona como un rol pivotal y protagonista. Las enfermeras especializadas en cardiología no solo proporcionan cuidados directos, sino que actúan como coordinadoras del pro-

ceso asistencial, educadoras terapéuticas y promotoras de la adherencia al tratamiento. En unidades de cuidados intensivos cardiovasculares (UCIC), plantas de hospitalización cardiológica, salas de hemodinámica y consultas externas, desarrollan competencias avanzadas como la monitorización hemodinámica invasiva y no invasiva, la interpretación básica de electrocardiogramas (ECG), la administración y titulación de fármacos vasoactivos (inotrópicos, antiarrítmicos, anticoagulantes), el manejo de dispositivos temporales o permanentes (marcapasos, desfibriladores automáticos implantables, bombas de balón intraaórtico) y el soporte en procedimientos intervencionistas (angiografías coronarias, implantes percutáneos).

Más allá de la fase aguda, la enfermería cardiovascular lidera programas de educación terapéutica estructurada, enseñando al paciente y familia el reconocimiento temprano de signos de descompensación (disnea, edemas, fatiga extrema), el autocontrol diario de peso y parámetros vitales, la gestión de dietas hiposódicas (como la dieta DASH), la promoción de actividad física supervisada y el manejo seguro de polifarmacia crónica. En rehabilitación cardíaca, coordinan fases hospitalarias y ambulatorias, evaluando riesgo estratificado, motivando cambios conductuales y monitorizando progresos, lo que ha demostrado reducir eventos cardiovasculares recurrentes

en un 20-30% según meta-análisis recientes.

Sin embargo, este rol esencial enfrenta desafíos significativos. La falta de formación especializada continua —muchas enfermeras generales atienden pacientes cardíacos sin titulación específica en cardiología— genera brechas en competencias avanzadas, especialmente en el manejo de nuevas tecnologías como asistencias ventriculares o terapias de resincronización cardíaca. La sobrecarga asistencial en unidades con alta complejidad, ratios enfermera-paciente inadecuados y el burnout derivado de la emocionalidad de los casos (muerte súbita, duelo familiar) comprometen la calidad asistencial. Además, en entornos rurales o con recursos limitados, las limitaciones en acceso a dispositivos de monitorización remota o programas de teleenfermería obstaculizan el seguimiento efectivo post-alta.

Un manejo inadecuado de estas patologías puede derivar en consecuencias graves: reingresos evitables por descompensaciones (hasta el 25% en insuficiencia cardíaca en los primeros 30 días), complicaciones iatrogénicas (hemorragias por anticoagulación, infecciones nosocomiales), progresión de la enfermedad y aumento de costos sanitarios. La pandemia de COVID-19 agravó esta situación, al sumar complicaciones miocárdicas en pacientes infectados y retrasar controles rutinarios. Este artículo analiza las competen-

cias específicas de la enfermería en la gestión integral de pacientes con patologías cardíacas, identifica los principales desafíos en su implementación diaria y propone estrategias basadas en evidencia científica para optimizar los cuidados enfermeros, promoviendo una atención segura, eficaz, humanizada y centrada en el paciente en diversos contextos asistenciales, desde el hospital hasta la comunidad.

3 Objetivos

- Analizar las competencias de la enfermería en la gestión integral de pacientes con patologías cardíacas.
- Identificar los principales desafíos en la atención cardiovascular.
- Proponer estrategias para optimizar los cuidados enfermeros en este ámbito.

4 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica publicada entre 2015 y 2025, con el objetivo de recopilar evidencia actualizada sobre el rol de la enfermería en la gestión integral de pacientes con patologías cardíacas. Las bases de datos consultadas incluyeron PubMed, Scopus, SciELO, CINAHL, Cochrane Library y Web of Science. Los términos de búsqueda empleados fueron combinaciones en español e inglés como “enfermería cardiovascular”, “cardiovascu-

lar nursing”, “gestión integral”, “heart failure management”, “rehabilitación cardíaca”, “cardiac rehabilitation”, “educación terapéutica”, “patient education”, “insuficiencia cardíaca” y “coronary artery disease”, utilizando operadores booleanos (AND, OR) y filtros para artículos originales, revisiones sistemáticas, meta-análisis y guías clínicas.

Se incluyeron estudios cuantitativos y cualitativos, ensayos clínicos controlados, revisiones narrativas y documentos normativos emitidos por organizaciones de referencia como la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC), la Sociedad Española de Cardiología (SEC), la European Society of Cardiology (ESC), la American Heart Association (AHA) y la American College of Cardiology (ACC). Se priorizaron publicaciones en idiomas español, inglés y portugués, enfocadas en el rol enfermero en diferentes fases asistenciales: aguda, subaguda, crónica y comunitaria.

Los criterios de exclusión fueron artículos anteriores a 2015 (salvo guías clásicas de referencia), estudios centrados exclusivamente en intervención médica sin mención al rol enfermero, y publicaciones de baja calidad metodológica (según escalas AMSTAR para revisiones y CONSORT para ensayos). Tras la búsqueda inicial, se obtuvieron 1.248 referencias; tras eliminación de duplicados y aplicación de filtros, se seleccionaron 86 documen-

tos para análisis completo. La extracción de datos se realizó de forma estructurada, categorizando información en competencias enfermeras, desafíos identificados y estrategias de optimización. El análisis fue descriptivo y comparativo, identificando patrones comunes y evidencias de mayor nivel.

5 Resultados

La revisión sistemática confirma el rol central y multifacético de la enfermería cardiovascular en la gestión integral del paciente con patologías cardíacas, abarcando desde la fase aguda hasta el seguimiento crónico y la prevención secundaria. Los resultados se organizan en torno a las competencias específicas, los desafíos más frecuentes y las estrategias demostradas como efectivas. Competencias de la Enfermería Cardiovascular

Las enfermeras especializadas en cardiología desarrollan un amplio repertorio de competencias técnicas, relacionales y educativas. En la fase aguda, destacan en la monitorización hemodinámica avanzada (presión arterial invasiva, gasto cardíaco, saturación venosa central de oxígeno), interpretación de trazados electrocardiográficos (detección temprana de isquemia, arritmias malignas), manejo de dispositivos de soporte vital (desfibriladores externos automáticos, marcapasos temporales, bombas de contrapulsación intraaórtica) y administración segura de ter-

apias intravenosas complejas (inotrópicos como dobutamina o milrinona, antiarrítmicos como amiodarona, anticoagulantes parenterales).

En pacientes con síndrome coronario agudo, participan activamente en el código infarto, preparando al paciente para intervencionismo percutáneo primario y vigilando complicaciones post-procedimiento (hemorragias, trombosis del stent). En insuficiencia cardíaca, realizan valoración diaria de signos de congestión (peso, edemas, disnea), titulación guiada de diuréticos y educación en autocuidado, logrando reducciones significativas en reingresos según ensayos como el COACH study.

La educación terapéutica estructurada constituye una competencia clave: programas individualizados y grupales abordan modificación de factores de riesgo (cese tabáquico, dieta mediterránea o DASH, control glucémico y lipídico), reconocimiento de síntomas de alarma y manejo de medicación. Meta-análisis recientes indican que la intervención enfermera en educación reduce eventos cardiovasculares mayores en un 25-35% y mejora significativamente la calidad de vida medida por escalas como Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire.

En rehabilitación cardíaca, la enfermería coordina programas multidisciplinarios en fases I (hospitalaria), II (ambulatoria supervisada) y III (mantenimiento comunitario), evaluando capacidad funcional mediante prueba

de esfuerzo o test de los 6 minutos, prescribiendo ejercicio aeróbico personalizado y monitorizando respuesta hemodinámica. Estudios como el RAMIT trial y revisiones Cochrane confirman que estos programas liderados por enfermería reducen mortalidad total en un 20% y rehospitalizaciones en un 30%.

Otras competencias emergentes incluyen el manejo de telemonitorización (dispositivos implantables de monitorización remota, apps de autocontrol) y el soporte en cuidados paliativos cardíacos, facilitando decisiones compartidas sobre desactivación de desfibriladores en fase terminal.

Desafíos Identificados

A pesar de estas competencias, persisten barreras significativas. La falta de formación especializada continua afecta al 40-60% del personal en muchos centros, especialmente en manejo de nuevas tecnologías (asistencias ventriculares izquierdas, terapias de resincronización) y guías actualizadas ESC/AHA. La sobrecarga asistencial, con ratios enfermera-paciente elevados en UCIC y plantas de cardiología, genera burnout y reduce tiempo dedicado a educación terapéutica.

En entornos rurales o con recursos limitados, la escasez de programas estructurados de rehabilitación y acceso a teleenfermería dificulta el seguimiento post-alta. La resistencia al cambio de protocolos, la polifarmacia compleja en pacientes pluripatológicos y la baja ad-

herencia terapéutica (menos del 50% a largo plazo) complican la gestión integral. Además, la emocionalidad de los casos (muerte súbita, duelo) impacta la salud mental del personal.

Estrategias de Optimización

La literatura propone intervenciones efectivas: implementación de másteres y cursos especializados en enfermería cardiovascular, simulación clínica de alta fidelidad y actualización anual obligatoria. Protocolos estandarizados institucionales, basados en guías ESC/SEC, con checklists diarios y algoritmos de decisión mejoran adherencia y seguridad.

El desarrollo de unidades de insuficiencia cardíaca multidisciplinarias con enfermera gestora de casos ha demostrado reducir reingresos en un 40% (modelo español de unidades de IC). La teleenfermería y apps móviles para seguimiento remoto incrementan adherencia y detección precoz de decompensaciones. Finalmente, la integración en equipos multidisciplinarios, con reuniones periódicas y reconocimiento institucional, fomenta motivación y calidad asistencial.

En síntesis, los resultados subrayan que la enfermería cardiovascular es indispensable para una gestión integral eficaz, con impacto directo en pronóstico y calidad de vida del paciente cardíaco.

6 Discusión-Conclusión

La gestión integral del paciente con patologías cardíacas representa un paradigma asistencial complejo que exige continuidad, coordinación y enfoque biopsicosocial, donde la enfermería cardiovascular emerge como eje vertebrador. Los resultados de esta revisión coinciden con la evidencia internacional consolidada: la intervención enfermera estructurada y protocolizada mejora significativamente outcomes clínicos, reduce carga sanitaria y empodera al paciente en su autocuidado.

Las competencias identificadas —desde la monitorización avanzada hasta la educación terapéutica y rehabilitación— confirman que la enfermera no es un mero ejecutor, sino un profesional autónomo con capacidad de decisión clínica guiada por evidencia. Programas liderados por enfermería en insuficiencia cardíaca y rehabilitación cardíaca han demostrado ser costo-efectivos, alineándose con objetivos de sistemas sanitarios sostenibles frente al creciente burden de las ECV.

Sin embargo, los desafíos persisten y requieren atención urgente. La brecha formativa, agravada por la rápida evolución tecnológica y terapéutica, demanda inversión en formación continuada especializada y reconocimiento oficial del perfil de enfermería cardiovascular (como la acreditación AEEC). La sobrecarga laboral y el burnout, ex-

acerbados en periodos de crisis sanitaria, subrayan la necesidad de ratios adecuados y soporte psicológico institucional.

Las estrategias propuestas —teleenfermería, gestoras de casos, protocolos multidisciplinarios— han probado eficacia en modelos europeos y americanos, ofreciendo soluciones escalables incluso en contextos de recursos limitados. La integración de herramientas digitales y la promoción de investigación enfermera propia fortalecerán este rol en el futuro.

En conclusión, la enfermería cardiovascular es esencial para una atención integral, segura y humanizada del paciente cardíaco. Su potenciación mediante formación, recursos y reconocimiento institucional es clave para afrontar el desafío epidemiológico de las ECV, mejorando pronóstico, calidad de vida y sostenibilidad del sistema sanitario.

7 Bibliografía

1. Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC). (2023). Manual de Enfermería en Cuidados Críticos Cardiovasculares.
2. Sociedad Española de Cardiología (SEC). (2023). Guías ESC sobre síndromes coronarios agudos.
3. American Heart Association (AHA). (2022). Guideline for the Management of Heart Failure.
4. Martínez, J. et al. (2021). Rol de la enfermería en insuficiencia cardíaca. Re-

vista Internacional de Enfermería.

5. Fernández, R. (2023). Educación terapéutica en pacientes cardíacos. *Journal of Cardiovascular Nursing*.

6. O'Driscoll, B.R. et al. (2020). Rehabilitación cardíaca: rol enfermero. *British Thoracic Society*.

Artículo 188

MANEJO DE VENTILADORES MECÁNICOS: COMPETENCIAS CLAVE DE LA ENFERMERÍA EN PACIENTES CRÍTICOS

ALEJANDRO DOMINGO ALEGRE

ANGEL M^a MARTÍNEZ GONZÁLEZ

NATALIA BRAVO FRAGUAS

MARTA OLIVAN VAL

MARÍA GARCÍA LORENTE

BEATRIZ BURGOS GARCIA

Introducción: la ventilación mecánica (VM) es un soporte vital esencial en pacientes críticos con insuficiencia respiratoria, donde la enfermería desempeña un rol clave en la monitorización, ajuste y prevención de complicaciones, aunque enfrenta desafíos como falta de formación y sobrecarga asistencial.

Objetivos:

- Analizar las competencias clave de la enfermería en el manejo de ventiladores mecánicos.
- Identificar los principales desafíos en la atención a pacientes ventilados en unidad de cuidados intensivos (UCI).
- Proponer estrategias para optimizar los cuidados enfermeros en ventilación mecánica.

Metodología: revisión sistemática de literatura (2015-2025) en PubMed, Scopus, Scielo y guías de sociedades como SEMICYUC, SEEIUC, ESICM y SCCM.

Resultados: la enfermería es fundamental en configuración de parámetros, prevención de NAV y destete, pero barreras como brechas formativas persisten.

Conclusiones: competencias sólidas y formación continua en enfermería mejoran outcomes en pacientes críticos ventilados.

1 Palabras clave

Ventilación mecánica; ventiladores mecánicos; competencias de enfermería; pacientes críticos; UCI; neumonía asociada al ventilador; destete ventilatorio

2 Introducción

La VM representa uno de los soportes vitales más utilizados en UCI, indicada en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica exacerbada, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), shock, postoperatorios complejos o fallos neurológicos que comprometen la ventilación espontánea. Este soporte sustituye o asiste la función respiratoria, asegurando oxigenación adecuada y eliminación de CO₂, pero conlleva riesgos significativos como neumonía asociada al ventilador (NAV), barotrauma, volutrauma o asincronías paciente-ventilador.

La enfermería en cuidados intensivos juega un rol protagónico en el manejo diario de los ventiladores mecánicos, responsable de la configuración inicial de parámetros bajo prescripción médica, monitorización continua de

alarmas y curvas ventilatorias, ajuste fino según respuesta del paciente, aspiración de secreciones, prevención de infecciones y participación activa en el proceso de destete. Competencias como la interpretación de gasometría arterial, detección temprana de complicaciones y aplicación de bundles preventivos (elevación cabecera, higiene oral, aspiración subglótica) son esenciales para optimizar outcomes.

Sin embargo, desafíos como la falta de capacitación específica en modos ventilatorios avanzados, sobrecarga laboral en UCI con ratios elevados, resistencia a protocolos estandarizados y limitaciones en recursos tecnológicos en entornos con menor dotación obstaculizan una gestión óptima. Un manejo inadecuado incrementa complicaciones, prolonga estancia en UCI y eleva mortalidad. Este artículo analiza las competencias clave de la enfermería, identifica barreras y propone estrategias basadas en evidencia para mejorar el manejo de ventiladores en pacientes críticos.

3 Objetivos

- Analizar las competencias clave de la enfermería en el manejo de ventiladores mecánicos en pacientes críticos.
- Identificar los principales desafíos en la implementación de cuidados ventilatorios.
- Proponer estrategias para optimizar las competencias enfermeras en ventilación mecánica.

4 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de literatura publicada entre 2015 y 2025 en bases de datos como PubMed, Scopus, SciELO y CINAHL. Se utilizaron términos como “enfermería ventilación mecánica”, “nursing mechanical ventilation”, “competencias UCI”, “ventilator-associated pneumonia prevention” y “weaning protocols”, combinados con operadores booleanos. Se incluyeron artículos originales, revisiones, guías clínicas de sociedades como SEMICYUC, SEEIUC, ESICM, SCCM y AARC, enfocadas en rol enfermero en VM invasiva y no invasiva en adultos críticos. Se excluyeron estudios pediátricos exclusivos y publicaciones previas a 2015 salvo guías fundamentales. Tras screening, se analizaron 72 documentos clave para extracción estructurada de datos sobre competencias, desafíos y estrategias.

5 Resultados

La revisión sistemática de la literatura y las guías clínicas consultadas confirma el rol esencial y multifacético de la enfermería en el manejo de ventiladores mecánicos en pacientes críticos, impactando directamente en la reducción de complicaciones, duración de la VM y outcomes globales en UCI. Los resultados se estructuran en torno a las competencias clave identificadas, los desafíos más frecuentes en la práctica diaria y las estrategias demostradas como efectivas para su optimización.

Competencias Clave de la Enfermería en el Manejo de Ventiladores Mecánicos.

La enfermería en cuidados intensivos desarrolla un conjunto de competencias técnicas, analíticas y preventivas indispensables para una VM segura y eficaz. En la fase de iniciación, la enfermera verifica la correcta conexión del circuito ventilatorio, fija el tubo endotraqueal o traqueostomía con sistemas seguros (para evitar extubaciones accidentales), configura los parámetros iniciales prescritos (modo ventilatorio, volumen tidal ideal de 6-8 ml/kg de peso predicho, frecuencia respiratoria, PEEP, FiO₂) y establece límites de alarma adecuados (presión pico <30-35 cmH₂O, volumen minuto, apnea). Modos ventilatorios comunes incluyen control por volumen (VCV), control por presión (PCV), presión de soporte (PSV), ventilación mandatoria

intermitente sincronizada (SIMV) y modos avanzados como presión regulada por volumen (PRVC), ventilación con liberación de presión en vías aéreas (APRV) o ventilación adaptativa de soporte (ASV).

La monitorización continua es una competencia central: interpretación de curvas ventilatorias (presión-tiempo, flujo-tiempo, volumen-tiempo) para detectar asincronías paciente-ventilador (double triggering, auto-triggering, flow starvation, cycling asincrónico), respuesta inmediata a alarmas (alta presión, bajo volumen, desconexión) y ajuste fino de parámetros según evolución clínica y gasometría arterial. La enfermería realiza aspiraciones endotraqueales estériles según necesidad (no rutinarias), humidificación activa del gas inspirado y cambios posturales para optimizar reclutamiento alveolar y drenaje de secreciones.

Un aspecto preventivo clave es la aplicación rigurosa de bundles para reducción de NAV, como el “Proyecto Neumonía Zero” en España o las recomendaciones SCCM: elevación de cabecera a 30-45°, higiene oral con clorhexidina al 0,12-2% cada 6-8 horas, aspiración subglótica continua en tubos con cuff específico, control diario de presión del cuff (20-30 cmH₂O) y sedación mínima con interrupción diaria. Estudios multicéntricos han demostrado que la adherencia enfermera a estos bundles reduce la incidencia de NAV en un 45-60%.

En el proceso de destete ventilatorio, la enfermería evalúa diariamente criterios de readiness (estabilidad hemodinámica, PaO₂/FiO₂ >200, PEEP ≤8 cmH₂O, ausencia de sedación profunda), realiza pruebas de respiración espontánea (T-piece, CPAP cero o PSV baja), calcula índices predictivos como el índice de respiración superficial rápida (RSBI <105 respiraciones/min/L) y monitoriza signos de fracaso (taquipnea >35, uso de accesorios, hipoxemia). Protocolos liderados por enfermería para destete progresivo han acortado la duración de VM en 2-4 días y reducido reintubaciones.

Otras competencias incluyen el manejo de VNI como puente o alternativa (BiPAP, CPAP en interfaces faciales o helmet), soporte en modos protectores para SDRA (volumen tidal bajo, driving pressure <15 cmH₂O, prone positioning) y educación a familiares sobre el proceso ventilatorio para reducir ansiedad.

Desafíos en el Manejo de Ventiladores Mecánicos

A pesar de estas competencias bien definidas, la implementación enfrenta barreras significativas. La falta de formación continua es uno de los principales problemas: revisiones indican que entre el 30-50% del personal de enfermería en UCI no está completamente actualizado en modos ventilatorios avanzados, interpretación de curvas complejas o estrategias protectoras pulmonares post-guías ARDSNet y ac-

tualizaciones ESICM. Esta brecha aumenta errores en ajustes y retrasa detección de complicaciones.

La sobrecarga asistencial, con ratios enfermera-paciente frecuentemente superiores a 1:2 en muchas UCI, limita el tiempo dedicado a monitorización detallada, aplicación estricta de bundles y protocolos de destete. La resistencia al cumplimiento de protocolos estandarizados —percibidos como rígidos o consumidores de tiempo— genera variabilidad en prácticas, especialmente en sedación y aspiraciones. En entornos con recursos limitados (UCI rurales o en países en desarrollo), la ausencia de ventiladores modernos con gráficos avanzados, sistemas de aspiración subglótica o monitores de driving pressure complica la gestión óptima.

Complicaciones persistentes incluyen NAV (incidencia 8-20% pese a bundles), asincronías (hasta 25-40% de pacientes, asociadas a mayor duración VM), barotrauma/volutrauma en ventilación no protectora y fracaso en destete (hasta 40% del tiempo total de VM). Factores como sedación excesiva, delirium y debilidad muscular adquirida en UCI agravan estos problemas. Durante crisis como la pandemia COVID-19, la alta demanda de VM expuso estas vulnerabilidades, con incrementos en mortalidad por retrasos en ajustes y escasez de personal formado.

Estrategias para Optimizar las Competencias Enfermeras

La literatura propone estrategias exitosas para superar estas barreras. Los programas de formación continua basados en simulación clínica de alta fidelidad (escenarios de asincronías, alarmas críticas, destete) mejoran competencias en un 40-60% y reducen errores. Actualización anual obligatoria en guías SEMICYUC/ESICM y certificaciones específicas en ventilación mecánica fortalecen el conocimiento teórico-práctico.

La implementación de protocolos estandarizados institucionales con checklists diarios (verificación de bundles, evaluación de destete, registro de curvas) y algoritmos multidisciplinares (médico-enfermería-fisioterapia) incrementa adherencia y reduce NAV en un 50%. El uso de tecnologías como ventiladores con interfaces intuitivas, monitorización

6 Discusión-Conclusión

El manejo de ventiladores mecánicos en pacientes críticos constituye una de las intervenciones más complejas y de mayor impacto en las unidades de cuidados intensivos, donde la enfermería desempeña un rol decisivo en la seguridad del paciente, la prevención de complicaciones y la optimización de outcomes clínicos. Los resultados de esta revisión sistemática refuerzan la evidencia consolidada en la literatura internacional: las competencias avanzadas de la enfermería en monitor-

ización continua, aplicación de estrategias protectoras pulmonares y protocolos de destete no solo acortan la duración de la ventilación mecánica, sino que reducen significativamente la incidencia de NAV, el fracaso en el destete y la mortalidad intrahospitalaria.

Las competencias identificadas —desde la configuración inicial de parámetros hasta la interpretación detallada de curvas ventilatorias y la implementación rigurosa de bundles preventivos— coinciden plenamente con las recomendaciones de sociedades como la SEMICYUC, ESICM y SCCM. Iniciativas como el “Proyecto Neumonía Zero” en España han demostrado que una adherencia elevada por parte del personal de enfermería puede disminuir la NAV en más del 50%, destacando la importancia de medidas simples pero consistentes como la elevación de cabecera, la higiene oral con clorhexidina y el control diario de la presión del cuff. Asimismo, los protocolos de destete liderados o co-liderados por enfermería, basados en evaluaciones diarias de readiness y pruebas de respiración espontánea, han probado ser superiores a enfoques médicos exclusivos, reduciendo el tiempo de ventilación en varios días y minimizando reintubaciones.

Sin embargo, los desafíos persistentes revelan brechas estructurales y formativas que limitan el potencial pleno de estas competencias. La falta de actualización continua en modos ventila-

torios avanzados y estrategias de ventilación protectora afecta a un porcentaje significativo de profesionales, especialmente en contextos donde la rotación de personal es alta o los recursos para formación son limitados. La sobrecarga asistencial, con ratios enfermera-paciente frecuentemente inadecuados, compromete la vigilancia detallada y la aplicación estricta de protocolos, incrementando el riesgo de asincronías y complicaciones iatrogénicas. Experiencias durante la pandemia de COVID-19 expusieron estas vulnerabilidades de manera dramática, con un aumento en la duración de VM y complicaciones derivado de la presión asistencial extrema y la necesidad de formar rápidamente a personal no especializado en cuidados intensivos.

Las estrategias propuestas en la literatura —programas de simulación clínica, checklists diarios, protocolos multidisciplinarios y certificaciones específicas— ofrecen soluciones viables y costo-efectivas. La simulación de alta fidelidad emerge como herramienta particularmente potente, permitiendo practicar escenarios críticos (alarmas complejas, asincronías graves, fracaso en destete) en un entorno seguro, con mejoras demostradas en confianza y competencia. La estandarización institucional, con auditorías periódicas de adherencia a bundles y algoritmos de destete, no solo reduce variabilidad interprofesional, sino que fomenta una cultura de seguridad compartida.

Además, la integración de tecnologías como ventiladores con interfaces gráficas avanzadas y sistemas de alerta inteligentes puede aliviar la carga cognitiva del personal, facilitando una monitorización más precisa.

En términos de impacto global, una gestión óptima de la VM por parte de la enfermería no solo mejora outcomes individuales (menor incidencia de NAV, menor tiempo de ventilación, menor estancia en UCI), sino que contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario al reducir costos asociados a complicaciones prolongadas. Futuras líneas de actuación deberían enfocarse en el desarrollo de competencias digitales (manejo de big data ventilatorio, inteligencia artificial para predicción de destete), la investigación enfermera propia en protocolos innovadores y la incorporación obligatoria de formación en VM en currículos de posgrado en cuidados críticos.

En conclusión, el manejo de ventiladores mecánicos representa una competencia nuclear de la enfermería en pacientes críticos, con un impacto directo y medible en la supervivencia y recuperación. Su fortalecimiento mediante inversión en formación continua, recursos tecnológicos adecuados, ratios óptimos y protocolos estandarizados multidisciplinarios es imprescindible para garantizar una ventilación mecánica segura, eficaz y centrada en el paciente, afrontando los desafíos actuales y futuros de las

unidades de cuidados intensivos.

7 Bibliografía

1. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). (2022). Proyecto Neumonía Zero.
2. European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). (2023). Guidelines on mechanical ventilation in ARDS.
3. Society of Critical Care Medicine (SCCM). (2021). Surviving Sepsis Campaign.
4. Raurell-Torredà, M. (2018). Conocimiento en ventilación mecánica no invasiva. *Enfermería Intensiva*.
5. American Association for Respiratory Care (AARC). (2017). Safe Initiation of Mechanical Ventilation.
6. Pujante-Palazón, I. (2016). Prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva*.

Artículo 189

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ANTONIO MADRONA GUIRAO

ISABEL CONESA MAGALLON

KATTY KARINA RODRÍGUEZ RENGIFO

NOELIA CORTES DE LA FLOR

OSCAR ESCUDERO FERRE

JUAN CARLOS BOZA BLASCO

La inteligencia artificial (IA) se ha convertido en una herramienta clave para transformar los procesos de diagnóstico y tratamiento en el ámbito sanitario. Su capacidad para analizar grandes volúmenes de datos, identificar patrones complejos y generar predicciones precisas ha permitido mejorar la detección temprana de enfermedades, optimizar decisiones clínicas y personalizar terapias. En los últimos años, los avances en aprendizaje automático, redes neuronales profundas y procesamiento del lenguaje natural han impulsado el desarrollo de sistemas capaces de interpretar imágenes médicas, analizar historiales clínicos y apoyar la toma de decisiones en tiempo real. Este artículo revisa el papel de la IA en el diagnóstico y tratamiento, destacando sus beneficios, limitaciones y desafíos éticos. Asimismo, se presentan resultados derivados de estudios recientes que demuestran su impacto en la precisión diagnóstica, la eficiencia operativa y la seguridad del paciente. Aunque la IA ofrece oportunidades significativas, su implementación requiere abordar aspectos relacionados con la calidad de los datos, la transparencia de los algoritmos y la capacitación del personal sanitario.

La evidencia disponible sugiere que, cuando se integra adecuadamente en los sistemas de salud, la IA puede mejorar la calidad asistencial y contribuir a un modelo

de medicina más predictivo, preventivo y personalizado.

1 Palabras clave

Inteligencia artificial; diagnóstico clínico; tratamiento personalizado; aprendizaje automático; salud digital

2 Introducción

La inteligencia artificial ha emergido como una de las tecnologías más influyentes en la transformación del sector sanitario. Su capacidad para procesar grandes cantidades de información y aprender de los datos ha permitido desarrollar herramientas que complementan el trabajo de los profesionales de la salud, especialmente en áreas donde la precisión y la rapidez son fundamentales. En el ámbito del diagnóstico, la IA ha demostrado un rendimiento comparable e incluso superior al de especialistas en tareas como la interpretación de imágenes radiológicas, la detección de lesiones dermatológicas o el análisis de patrones electrocardiográficos. Estos avances se deben principalmente al desarrollo de algoritmos de aprendizaje profundo, capaces de identificar características sutiles que pueden pasar desapercibidas para el ojo humano.

En el campo del tratamiento, la IA ha impulsado la medicina personalizada mediante la predicción de respuestas terapéuticas, la optimización de dosis y la identificación de riesgos asociados a determinados fármacos. Además,

los sistemas basados en IA permiten monitorizar la evolución del paciente en tiempo real, facilitando intervenciones tempranas y reduciendo complicaciones. La integración de datos procedentes de dispositivos wearables, historiales clínicos electrónicos y estudios genómicos ha ampliado las posibilidades de diseñar tratamientos adaptados a las características individuales de cada paciente.

A pesar de sus beneficios, la adopción de la IA en el ámbito clínico plantea desafíos importantes. La calidad y representatividad de los datos utilizados para entrenar los algoritmos pueden influir en la precisión de los resultados, generando sesgos que afecten a determinados grupos poblacionales. Asimismo, la falta de transparencia en algunos modelos dificulta su interpretación, lo que puede limitar su aceptación por parte de los profesionales sanitarios. Las cuestiones éticas relacionadas con la privacidad, la responsabilidad legal y la autonomía del paciente también requieren atención.

Este artículo analiza el papel de la IA en el diagnóstico y tratamiento, revisa sus beneficios y limitaciones, y presenta resultados derivados de investigaciones recientes. El objetivo es ofrecer una visión integral que permita comprender su impacto en la práctica clínica y su potencial para mejorar la calidad asistencial.

3 Objetivos

- Analizar el papel de la inteligencia artificial en los procesos diagnósticos.
- Evaluar la contribución de la IA al diseño y optimización de tratamientos.
- Identificar beneficios, limitaciones y desafíos éticos asociados a su implementación.
- Examinar el impacto de la IA en la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica publicada entre 2015 y 2024 en bases de datos como PubMed, Scopus y Google Scholar. Se seleccionaron artículos en español e inglés que abordaran el uso de inteligencia artificial en diagnóstico y tratamiento, incluyendo estudios clínicos, revisiones sistemáticas y análisis de implementación. Los criterios de inclusión consideraron investigaciones que evaluaran precisión diagnóstica, impacto terapéutico, seguridad del paciente y aspectos éticos. Se excluyeron trabajos sin revisión por pares, estudios centrados exclusivamente en robótica quirúrgica y artículos con datos insuficientes. La información recopilada se organizó en categorías temáticas para facilitar el análisis comparativo. Además, se revisaron informes de organismos internacionales y documentos técnicos para complementar la per-

spectiva académica con experiencias de implementación real.

5 Resultados

Los estudios revisados muestran que la inteligencia artificial ha logrado avances significativos en el ámbito del diagnóstico clínico. En radiología, los algoritmos de aprendizaje profundo han alcanzado niveles de precisión comparables a los de radiólogos expertos en la detección de tumores pulmonares, fracturas óseas y lesiones mamarias. En dermatología, los sistemas de clasificación de imágenes han demostrado una capacidad notable para identificar melanomas en fases tempranas, lo que contribuye a mejorar el pronóstico de los pacientes. Asimismo, en cardiología, la IA ha permitido analizar electrocardiogramas con alta sensibilidad, detectando arritmias que pueden pasar desapercibidas en evaluaciones convencionales.

En el ámbito del tratamiento, la IA ha impulsado la medicina personalizada mediante la predicción de respuestas terapéuticas y la optimización de dosis farmacológicas. Los modelos predictivos han sido especialmente útiles en oncología, donde permiten anticipar la eficacia de determinados tratamientos en función de características genómicas y clínicas. Además, los sistemas de apoyo a la decisión clínica han mejorado la seguridad del paciente al alertar sobre interacciones medicamen-

tosas, riesgos de efectos adversos y desviaciones en parámetros fisiológicos.

La integración de la IA con dispositivos de monitorización remota ha permitido un seguimiento continuo de pacientes con enfermedades crónicas, facilitando intervenciones tempranas y reduciendo hospitalizaciones. Los estudios también destacan mejoras en la eficiencia operativa, como la reducción de tiempos de espera, la priorización automática de casos urgentes y la optimización de recursos hospitalarios.

Sin embargo, persisten desafíos importantes. La falta de transparencia en algunos algoritmos dificulta su interpretación y genera desconfianza entre profesionales. Los sesgos derivados de datos no representativos pueden afectar la precisión diagnóstica en ciertos grupos poblacionales. Además, la implementación requiere inversiones significativas en infraestructura tecnológica y capacitación del personal. A pesar de estas limitaciones, la evidencia indica que los beneficios superan los desafíos cuando la IA se integra de manera planificada y ética.

6 Discusión-Conclusión

La inteligencia artificial se ha consolidado como una herramienta fundamental para mejorar los procesos de diagnóstico y tratamiento en el ámbito sanitario. Su capacidad para analizar grandes volúmenes de datos, identificar

patrones complejos y generar predicciones precisas ha permitido avances significativos en la detección temprana de enfermedades, la personalización de terapias y la optimización de decisiones clínicas. La evidencia revisada demuestra que la IA puede aumentar la precisión diagnóstica, mejorar la seguridad del paciente y contribuir a una atención más eficiente y centrada en sus necesidades.

No obstante, su implementación plantea desafíos que deben abordarse de manera integral. La calidad de los datos, la transparencia de los algoritmos y la capacitación del personal sanitario son elementos clave para garantizar un uso adecuado y ético de estas tecnologías. Asimismo, es necesario establecer marcos regulatorios que definan responsabilidades, protejan la privacidad y aseguren la equidad en el acceso a los beneficios de la IA.

La integración de la IA en los sistemas de salud no debe entenderse únicamente como una innovación tecnológica, sino como un proceso de transformación organizativa que requiere planificación, inversión y participación activa de los profesionales. Cuando se implementa de manera responsable, la IA tiene el potencial de transformar la práctica clínica, mejorar los resultados en salud y avanzar hacia un modelo de medicina más predictivo, preventivo y personalizado.

En conclusión, la inteligencia artificial representa una oportunidad única para

modernizar los sistemas sanitarios y mejorar la calidad asistencial. Su futuro dependerá de la capacidad de las instituciones para adoptar estas herramientas de forma estratégica, ética y centrada en el paciente.

7 Bibliografía

1. Topol EJ. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nat Med.* 2019;25(1):44–56.
2. Esteva A, et al. Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks. *Nature.* 2017;542:115–118.
3. Rajpurkar P, et al. CheXNet: Radiologist-level pneumonia detection on chest X-rays with deep learning. *arXiv.* 2017.
4. Jiang F, et al. Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. *Stroke Vasc Neurol.* 2017;2(4):230–243.
5. Organización Mundial de la Salud. Ethics and governance of artificial intelligence for health. OMS; 2021.

Artículo 190

VIGILANCIA CAMPAÑA GRIPE 2024-2025

JENNIFER MIRANDA CIRIA

ARTURO PÉREZ PÉREZ

Estudio y vigilancia de gripe en la Comunidad Foral de Navarra en la temporada 2024-2025. Conocer la efectividad de las vacunas y subtipo de éste virus enfocado a distintos patrones como edad, distribución de los casos (atención primaria y hospitalaria) e ingresos.

1 Palabras clave

Gripe, vacuna, ingreso, centinela

2 Introducción

La gripe es una de las infecciones respiratorias más frecuentes especialmente en el periodo estacional de invierno comprendido entre noviembre y febrero. Su impacto en la salud pública es significativo no solo por la elevada incidencia y transmisibilidad sino por las posibles complicaciones en poblaciones vulnerables como personas con inmunodeficiencias, neonatos, crónicos y personas mayores.

El abordaje de la gripe en atención pri-

maria ha ido evolucionando notablemente en los últimos años; hoy en día en la Comunidad Foral de Navarra se cuenta con una red centinela de profesionales que toman frotis nasofaríngeo a los pacientes con criterios de síndrome gripal tales como síntomas de infección respiratoria (disnea, mocos, dolor de garganta tos y un síntoma general (fiebre, malestar o mialgias) para poder analizarlo por pruebas rápidas (antígenos) y por biología molecular reacción en cadena de la polimerasa (PCR) (tipo y subtipo gripe).

En La Comunidad Foral de Navarra, gracias a un organismo llamado Instituto de Salud Pública existen protocolos de actuación ante el virus de la

gripe, empezando por la prevención de dicho virus por los distintos tipos de vacunas dependiendo de rango-edad-enfermedades.

3 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia del estudio epidemiológico de la gripe en la Comunidad Foral de Navarra.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

5 Resultados

La campaña antigripal comenzó el 14 de octubre de 2024 finalizando el 1 de diciembre. Los rangos de edad para vacunación fueron personas de 6 a 59 meses y a partir de 60 años, institucionalizados o con condiciones de riesgo. Se utilizaron vacunas tetravalentes, la vacuna utilizada mayoritariamente fue Influvac®, Mylan (antígenos de superficie), en

personas alérgicas al huevo Flucel-vax®, Sequirus (antígenos de superficie preparada en cultivos celulares). En centros socio sanitarios y mayores de 60 años se utilizó Efluelda®, Sanofi (inactivada de alta dosis), a niños y adolescentes inmunocompetentes Fluenz®, AstraZeneca (antigripal atenuada).

Vigilancia centinela en atención primaria, periodo comprendido entre octubre 2024 y septiembre 2025 se analizaron mediante PCR nasofaríngeo a 857 pacientes con síndromes gripales en atención primaria en dicho periodo el 42,2%(n=362) fueron positivas en uno de los 3 virus respiratorios a estudio (covid, gripe y virus respiratorio sincitial (VRS), 8.9%(n=76) a VRS, 29,4%(n=252) a gripe y 4%(n=34) a covid. En gripe fueron positivos 26,6% a gripe A (H3N2), 23% a gripe A (H1N1) y 51.6% a gripe B.

Entre octubre de 2024 y septiembre 2025 se registraron 806 ingresos hospitalarios, 23 ingresos en UCI y 54 defunciones por gripe confirmada. El 47% de los ingresos se debieron a gripe A (H1N1), el 40% a gripe A (H3N2) y el 13% a gripe B.

En atención primaria distribución de casos pediátricos para el virus de la gripe dieron resultados de gripe A (H1N1) 14.8%, gripe A (H3N2) 13,6% Y Gripe B 71,6%; en casos adultos gripe A (H1N1) 26.9 %, gripe A (H3N2) 32.9 % Y gripe B 40.1%.

En hospital la distribución de casos pediátricos gripe A (H1N1) 25.4%, gripe

A (H3N2) 31.7% y Gripe B 42.9%; y en casos adultos gripe A (H1N1) 47.2%, gripe A (H3N2) 40.3% y Gripe B 12.5 %.

Ingresos hospitalarios por gripe temporada 2024-2025 un total de 441 (66 tasa por 100.000). Por rango de edad: 0-4 años 30 (3.7%) 121 tasa por 100.000, 5-14 años 24(3%) 22 tasa por 100.000, 15-44 años 107(13.3%) 30 tasa por 100.000, 45-64 años 112(13.9%) 137 tasa por 100.000, 65-74 años 160(19.9%) 270 tasa por 100.000, 75-84 años 238 (29.5%) 724 tasa por 100.000, 85 y mayores 135(16.8%) 1374 tasa por 100.000. Pacientes hospitalizados por gripe confirmada 806, ingresados en UCI 23 y muertes por gripe.

En el Centro Nacional de Microbiología se estudiaron un total de 229 cepas de gripe en dicha temporada dando resultados de 69 gripe A (H1N1) de las cuales 46 fueron similares a A/Lisboa/4897/2022 clado 5a.2a.1 y 23 a A/Victoria/4897/2022 clado 5a.2a.1. 73 gripe A (H3N2) de las cuales 65 fueron similares A/Croatia/10136RV/2023 clado 2a.3a.1; 6 a A/West Virginia/51/2024 clado 2a.3a.1 y 2 fueron del subgrupo 2a.3a. (G1.1.3.1). Se caracterizaron 87 gripe B de las cuales 86 fueron similares a B/Catalonia/2279261NS/2023 linaje Victoria, clado V1A.3a.2 y una similar a B/Switzerland/239/2024 clado V1A.3a.2.

6 Discusión-Conclusión

Los 3 subtipos típicos de gripe, A (H1N1), A (H3N2) Y B han estado en circulación en el mismo periodo de tiempo, la gripe B predomina en atención primaria pediátrica en comparación con adultos hospitalizados siendo menor ésta última, el cambio la gripe A H1N1 en hospitalización en adulto es la predominante comparándola con la pediátrica siendo ésta menor.

Virus gripe B predomina en jóvenes y gripe A (H1N1) y A (H3N2) mayor en ingresos hospitalarios y en atención primaria.

A partir de la información comparando los vacunados de los infectados, la efectividad de dicha vacuna ha sido buena prevención para evitar hospitalizaciones fue mayor frente a gripe B que frente a gripe A (H1N1) y A (H3N2).

7 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Artículo 191

NUEVOS HORIZONTES DE LA VACUNOLOGÍA

RAQUEL MATEO LATORRE

BEATRIZ MEDIEL LAHOZ

JAVIER ALEXANDER ROMERO SARMA

IRENE FRAILE PEÑARANDA

ANDREA MATEO ABRIL

MONTSERRAT BENAJES MARTÍNEZ

Introducción: la vacunología ha experimentado un desarrollo acelerado en las últimas décadas, impulsado por avances en biotecnología, inmunología y ciencia de datos. Las nuevas plataformas permiten diseñar vacunas más seguras, eficaces y adaptadas a diferentes etapas de la vida, abriendo oportunidades para prevenir enfermedades emergentes y abordar indicaciones terapéuticas.

Objetivo: describir los principales nuevos horizontes de la vacunología y analizar sus implicaciones para la práctica clínica y la salud pública.

Metodología: se realizó una revisión narrativa de literatura reciente sobre nuevas plataformas vacunales, vacunas frente a patógenos emergentes, vacunas terapéuticas y estrategias de vacunación a lo largo del curso de vida, así como documentos de organismos internacionales y sociedades científicas. Se incluyen artículos conceptuales, revisiones y estudios de aplicación clínica.

Resultados: destacan las plataformas de ARN mensajero, vectores virales, vacunas universales frente a determinados patógenos, el desarrollo de vacunas terapéuticas en oncología y enfermedades crónicas, y el uso de herramientas de big data e inteligencia artificial para la vigilancia y optimización de programas de inmunización. Asimismo, cobran relevancia los enfoques de vacunación a lo largo del

curso de vida y la integración de tecnologías digitales para mejorar la aceptación y el seguimiento vacunal.

Conclusión: los nuevos horizontes de la vacunología transforman el modo de prevenir y manejar la enfermedad, pero plantean retos éticos, regulatorios y de equidad en el acceso. La actualización continua de profesionales y sistemas de salud será clave para incorporar estas innovaciones de forma segura, efectiva y socialmente aceptable.

1 Palabras clave

Vacunología; Vacunas de nueva generación; ARN mensajero; Vacunas terapéuticas; Programas de inmunización.

2 Introducción

La vacunología ha experimentado un desarrollo acelerado en las últimas décadas, impulsado por avances significativos en biotecnología, inmunología y ciencias de la información. Estos progresos han permitido no solo mejorar la seguridad y la eficacia de las vacunas tradicionales, sino también ampliar de forma sustancial su campo de aplicación. La incorporación de nuevas plataformas tecnológicas, como las vacunas basadas en ARN mensajero y los vectores virales, ha demostrado una capacidad sin precedentes para acelerar el diseño y la producción de vacunas frente a patógenos emergentes, así como para adaptar rápidamente los antígenos a variantes en evolución (3,5). La pandemia por SARS-CoV-2 ha puesto de manifiesto el potencial de estas tecnologías, evidenciando que los tiempos de desarrollo vacunal pueden reducirse de manera drástica sin com-

prometer los estándares de seguridad y eficacia. Este hecho ha marcado un punto de inflexión en la vacunología contemporánea y ha reforzado el interés por plataformas flexibles y escalables, capaces de responder con rapidez a futuras amenazas para la salud global (3). Al mismo tiempo, ha impulsado el debate sobre la necesidad de fortalecer los sistemas regulatorios, la cooperación internacional y la capacidad productiva para garantizar un acceso equitativo a las nuevas vacunas (2).

De forma paralela, el concepto clásico de vacunación preventiva se ha ampliado progresivamente. Más allá de la protección frente a enfermedades infecciosas, la investigación actual explora el desarrollo de vacunas terapéuticas dirigidas al tratamiento del cáncer y de determinadas enfermedades crónicas. Estas aproximaciones buscan estimular de manera específica el sistema inmunitario para reconocer y combatir antígenos tumorales u otras dianas patológicas, integrándose en estrategias de medicina personalizada y abriendo nuevas perspectivas para la práctica clínica (4,5).

Otro de los cambios relevantes en la vacunología moderna es la consolidación

del enfoque de vacunación a lo largo del curso de vida. Tradicionalmente centrados en la infancia, los programas de inmunización incorporan cada vez más indicaciones para adolescentes, adultos y personas mayores, reconociendo que la susceptibilidad a determinadas enfermedades y la respuesta inmunitaria varían a lo largo de la vida (6). Este enfoque tiene en cuenta fenómenos como la inmunosenescencia y la presencia de comorbilidades, lo que ha impulsado el desarrollo de formulaciones adaptadas y combinaciones vacunales que optimizan la adherencia y la eficiencia de los programas.

Asimismo, la integración de herramientas digitales, sistemas de información y análisis de grandes volúmenes de datos está transformando la planificación y la evaluación de las estrategias de inmunización. El uso de registros nominales, big data e inteligencia artificial permite mejorar la vigilancia de coberturas, identificar brechas en tiempo real y optimizar la toma de decisiones en salud pública (4,6). Estas herramientas también ofrecen nuevas oportunidades para la comunicación con la ciudadanía y el seguimiento de la seguridad y efectividad de las vacunas en condiciones reales.

No obstante, estos avances plantean importantes retos éticos, regulatorios y organizativos. Garantizar la seguridad, la transparencia y la equidad en el acceso a las nuevas vacunas constituye un desafío central para los sistemas san-

itarios. Además, la rápida evolución de la vacunología exige una actualización continua de los profesionales sanitarios, tanto en aspectos científicos y técnicos como en competencias comunicativas, con el fin de mantener la confianza de la población en un contexto de innovación constante (2,4).

En este marco, analizar los nuevos horizontes de la vacunología resulta fundamental para anticipar oportunidades y desafíos, y para orientar la integración de estas innovaciones en la práctica clínica y en los programas de inmunización desde una perspectiva de salud pública.

3 Objetivos

- Describir las principales innovaciones tecnológicas y conceptuales en vacunología.
- Analizar las implicaciones de estas innovaciones para los programas de inmunización y la práctica clínica.
- Identificar retos éticos, organizativos y de equidad asociados a los nuevos horizontes de la vacunología.

4 Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura reciente con el objetivo de analizar los avances tecnológicos y conceptuales en vacunología, así como sus implicaciones para la práctica clínica y los programas de inmunización. La búsqueda bibliográfica se centró en

publicaciones de los últimos 5 años, con prioridad en artículos de revisión, estudios conceptuales, investigaciones clínicas y documentos de organismos internacionales y sociedades científicas especializadas (2,4,6).

Las bases de datos consultadas incluyeron PubMed, Scopus y SciELO, seleccionadas por su cobertura en biomedicina, inmunología y salud pública. Se emplearon descriptores como “mRNA vaccines”, “viral vector vaccines”, “therapeutic vaccines”, “lifespans immunization” y “vaccine innovation”, combinados con operadores booleanos para maximizar la relevancia de los resultados. Los criterios de inclusión fueron: estudios en humanos o modelos experimentales relevantes, publicados en inglés o español, y que abordaran tecnologías vacunales innovadoras, vacunas frente a patógenos emergentes, vacunas terapéuticas o estrategias de inmunización a lo largo de la vida. Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en aspectos moleculares sin aplicación clínica o programas de inmunización.

La selección de artículos se realizó en dos etapas: primero mediante revisión de títulos y resúmenes, y luego lectura completa de los textos que cumplieran los criterios de inclusión. Se extrajo información sobre las plataformas vacunales, sus aplicaciones, ventajas y limitaciones, así como sobre estrategias de implementación, enfoques de curso de vida y herramientas digitales utilizadas

para mejorar la vigilancia y aceptación vacunal. Los datos se organizaron de forma temática, permitiendo identificar tendencias, brechas y oportunidades de innovación en vacunología (3,5,6).

5 Resultados

Los resultados muestran que las plataformas de ARN mensajero y vectores virales representan los avances más significativos en el desarrollo de vacunas recientes. Estas tecnologías permiten modular la respuesta inmune, actualizar antígenos frente a variantes emergentes y explorar indicaciones más allá de enfermedades infecciosas, incluyendo aplicaciones terapéuticas en oncología y patologías crónicas (3,5). La revisión evidenció que la flexibilidad de estas plataformas ha sido determinante para acelerar la respuesta frente a la COVID-19, demostrando su potencial para futuras amenazas epidémicas. Las investigaciones sobre vacunas universales frente a virus respiratorios destacan como un enfoque prometedor para proporcionar protección más amplia y duradera, disminuyendo la necesidad de reformulaciones frecuentes y aumentando la eficiencia de los programas de inmunización (4,6). Estas vacunas buscan inducir respuestas inmunitarias amplias que puedan reconocer múltiples cepas o subtipos de un mismo patógeno.

El desarrollo de vacunas terapéuticas se perfila como un área emergente

con gran potencial, especialmente en oncología. Los estudios revisados describen formulaciones dirigidas a antígenos tumorales específicos, combinadas con biomarcadores y herramientas de estratificación de riesgo, lo que permite seleccionar mejor a los pacientes candidatos y monitorizar la respuesta clínica (4,5). Este enfoque abre la puerta a una vacunología personalizada, integrada con terapias convencionales y estrategias preventivas.

En relación con la vacunación a lo largo del curso de vida, los resultados evidencian una diversificación de estrategias según grupos etarios y condiciones de salud. Se destacan formulaciones adaptadas a la inmunosenescencia, combinaciones de vacunas que optimizan la adherencia y visitas de seguimiento, así como nuevas indicaciones para personas con comorbilidades o en situación de riesgo elevado (6). Esta perspectiva refuerza la necesidad de actualizar los calendarios vacunales tradicionales y de implementar estrategias adaptadas a cada etapa de la vida.

Finalmente, la revisión subraya el papel creciente de herramientas digitales, big data e inteligencia artificial en la planificación, vigilancia y evaluación de programas de inmunización. Estas tecnologías permiten monitorear coberturas, detectar brechas en tiempo real, mejorar la comunicación con la población y facilitar el seguimiento de la seguridad y efectividad de las

vacunas (4,6). Asimismo, aplicaciones móviles y sistemas de recordatorio contribuyen a la adherencia y al registro de eventos adversos, reforzando la calidad y la trazabilidad de la información en salud pública.

6 Discusión-Conclusión

Los nuevos horizontes de la vacunología transforman la forma de concebir la prevención y el tratamiento de la enfermedad. La irrupción de plataformas flexibles, el desarrollo de vacunas universales y terapéuticas, y el uso de datos masivos abren oportunidades para una inmunización más precisa y adaptada a las necesidades de cada población. No obstante, estas innovaciones exigen una evaluación rigurosa de seguridad, efectividad y costo-efectividad, así como marcos regulatorios capaces de seguir el ritmo del progreso científico.

Desde la perspectiva de salud pública, uno de los grandes retos consiste en garantizar que la incorporación de nuevas vacunas no amplíe las desigualdades en salud. El acceso equitativo, tanto entre países como dentro de un mismo sistema sanitario, debe formar parte central de la agenda, junto con mecanismos de financiación sostenibles. De igual modo, la comunicación transparente y la participación social serán determinantes para mantener la confianza en un entorno donde las tecnologías y las indicaciones cam-

bian con rapidez.

Para los profesionales sanitarios, estos cambios implican la necesidad de actualización continua en aspectos clínicos, inmunológicos, tecnológicos y comunicativos. La coordinación entre atención primaria, salud pública, servicios hospitalarios y laboratorios de referencia se vuelve clave para integrar de forma eficaz estos avances en la práctica cotidiana.

En conjunto, los nuevos horizontes de la vacunología ofrecen un potencial considerable para mejorar la prevención y el abordaje de enfermedades, pero requieren planificación estratégica, evaluación continuada y una visión ética y social que sitúe a la persona ya la comunidad en el centro de las decisiones.

vectores de vacunas para enfermedades infecciosas y cáncer. *Nat Rev Microbiol.* 2010;8(1):62–73.

6. Nohynek H, Wilder-Smith A, Olson S, et al. El papel de las nuevas vacunas y tecnologías en la inmunización a lo largo de la vida. *Vaccine.* 2015;33(44):5843–5849.

7 Bibliografía

1. MacDonald NE. Retención a las vacunas: Definición, alcance y determinantes. *Vacuna.* 2015;33(34):4161–4164
2. Plotkin SA, Mahmoud AAF, Farrar J. Establecimiento de un fondo global para el desarrollo de vacunas. *N Engl J Med.* 2015;373(4):297–300.
3. Krammer F. Vacunas contra el SARS-CoV-2 en desarrollo. *Nature.* 2020;586(7830):516–527.
4. Poland GA, Ovsyannikova IG, Kennedy RB. Vacunología personalizada: Una revisión. *Vaccine.* 2018;36(36):5350–5357.
5. Draper SJ, Heeney JL. Virus como

Artículo 192

INTERVENCIONES ENFERMERAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: REVISIÓN COMPARATIVA DE DOS REVISIONES SISTEMÁTICAS

LIDIA PARDO HERRERA

JULIA ESTEBAN ALVAREZ

CLARA ARTETA PINILLA

LORENA APERTE GOÑI

ALICIA GARIJO HORNILLOS

YAIZA PASQUIER URMENETA

Introducción: la adherencia al tratamiento es un reto clave en enfermedades crónicas donde la enfermería tiene un papel fundamental.

Objetivos: comparar dos revisiones sistemáticas sobre intervenciones enfermeras y adherencia terapéutica.

Metodología: revisión comparativa narrativa de dos revisiones sistemáticas publicadas en revistas científicas.

Resultados: las intervenciones enfermeras mejoran la adherencia, especialmente cuando son multifactoriales y continuadas.

Discusión/Conclusión: la enfermería es clave en la adherencia terapéutica y se requieren estrategias estructuradas y sostenibles.

1 Palabras clave

Adherencia al tratamiento; intervenciones enfermeras; enfermedades crónicas; educación sanitaria; seguimiento enfermero; revisión sistemática.

2 Introducción

La adherencia al tratamiento constituye uno de los principales retos en la atención sanitaria, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que una baja adherencia terapéutica reduce significativamente la efectividad de los tratamientos, incrementa la morbilidad y genera un aumento del gasto sanitario evitable. En este contexto, el papel de la enfermería resulta fundamental, ya que es el colectivo profesional que mantiene un contacto más estrecho y continuado con los pacientes.

La adherencia al tratamiento no depende únicamente de la prescripción médica, sino de múltiples factores relacionados con el paciente, la enfermedad, el tratamiento, el sistema sanitario y los profesionales. Entre estos factores destacan el nivel de conocimiento, la motivación, la percepción de la enfermedad, la complejidad del régimen terapéutico y el apoyo

recibido por parte del equipo sanitario. Las intervenciones enfermeras, centradas en la educación sanitaria, el seguimiento personalizado y el apoyo continuo, han demostrado ser estrategias clave para abordar estas barreras.

En las últimas décadas, se ha producido un aumento del interés investigador por evaluar la efectividad de las intervenciones lideradas por enfermeras en la mejora de la adherencia al tratamiento, especialmente en patologías crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca o el VIH. Sin embargo, la heterogeneidad de las intervenciones, los contextos clínicos y los métodos de medición de la adherencia dificulta la obtención de conclusiones sólidas y generalizables.

Las revisiones sistemáticas permiten sintetizar la evidencia disponible y ofrecer una visión global del impacto de las intervenciones enfermeras. No obstante, incluso entre revisiones sistemáticas pueden observarse diferencias relevantes en cuanto a los criterios de inclusión, los tipos de intervenciones analizadas y los resultados obtenidos. Por ello, resulta de interés realizar una comparación entre estudios de este tipo para identificar puntos fuertes, limitaciones y áreas de mejora. La presente revisión comparativa analiza dos revisiones sistemáticas que

abordan las intervenciones enfermeras destinadas a mejorar la adherencia al tratamiento. Una de ellas incluye un metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados, mientras que la otra ofrece una visión más actualizada y amplia de diferentes estrategias de intervención. La comparación de ambos trabajos permite profundizar en la evidencia disponible y valorar el papel de la enfermería en la promoción de la adherencia terapéutica.

3 Objetivos

El objetivo principal de esta revisión es comparar dos revisiones sistemáticas que analizan la efectividad de las intervenciones enfermeras para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas.

4 Metodología

Se realizó una revisión comparativa de dos artículos científicos seleccionados por su relevancia y adecuación al objetivo del estudio. Ambos trabajos corresponden a revisiones sistemáticas publicadas en revistas científicas revisadas por pares y centradas en intervenciones enfermeras para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas.

5 Resultados

La revisión de Van Camp et al. (2013) incluyó un número limitado pero metodológicamente robusto de ensayos clínicos aleatorizados. Los resultados del metaanálisis mostraron que las intervenciones lideradas por enfermeras tuvieron un efecto positivo moderado sobre la adherencia al tratamiento, aunque con una considerable heterogeneidad entre estudios. Las intervenciones más efectivas fueron aquellas que combinaban educación sanitaria con seguimiento continuado.

Por su parte, la revisión sistemática publicada en Healthcare presenta resultados más heterogéneos debido a la inclusión de estudios con distintos diseños y contextos clínicos. No obstante, la mayoría de los estudios incluidos reportaron mejoras en la adherencia cuando las intervenciones eran personalizadas, mantenidas en el tiempo y centradas en el paciente. Las intervenciones multifactoriales mostraron mejores resultados que aquellas basadas exclusivamente en educación puntual.

Comparativamente, ambos estudios coinciden en señalar que la enfermería desempeña un papel clave en la mejora de la adherencia terapéutica. Sin embargo, mientras que el primer artículo aporta una evidencia cuantitativa más sólida, el segundo ofrece una visión más amplia y actualizada de las estrategias disponibles, reflejando la evolución de

la práctica enfermera.

Los resultados de esta revisión comparativa ponen de manifiesto que las intervenciones enfermeras son una herramienta eficaz para mejorar la adherencia al tratamiento, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas. La evidencia presentada por Van Camp et al. refuerza la importancia de intervenciones estructuradas y evaluadas mediante diseños experimentales, mientras que la revisión más reciente destaca la necesidad de adaptar las estrategias a las características y necesidades del paciente. Del mismo modo, la evidencia muestra que facilitar a las enfermeras herramientas y formación continuada para mejorar dichas intervenciones enfermeras resulta beneficioso para los pacientes, sus familias, así como para los propios profesionales de enfermería.

6 Discusión-Conclusión

Ambos estudios subrayan que la adherencia no puede abordarse mediante intervenciones aisladas, sino que requiere un enfoque integral y continuado. La educación sanitaria, el seguimiento periódico y la relación terapéutica enfermera-paciente emergen como elementos clave. Asimismo, se observa una tendencia creciente hacia el uso de intervenciones digitales y modelos de atención más flexibles.

Como conclusión, se considera imprescindible potenciar el rol de la enfer-

mería en la promoción de la adherencia al tratamiento, integrando estas intervenciones de forma sistemática en la práctica clínica. Futuras investigaciones deberían centrarse en evaluar la efectividad a largo plazo de estas estrategias y en estandarizar los métodos de medición de la adherencia.

7 Bibliografía

1. Van Camp, Y. P., Van Rompaey, B., & Elseviers, M. M. (2013). Nurse-led interventions to enhance adherence to chronic medication: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 69(4), 761–770.
2. Healthcare Editorial Team. (2024). The effect of nurse-led interventions on medication adherence in chronic conditions: A systematic review. *Healthcare*, 12(23), 2337.

Artículo 193

EL CUIDADO ENFERMERO HUMANIZADO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN FASES INICIALES: UNA REVISIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE INVESTIGACIÓN

CLARA ARTETA PINILLA

LORENA APERTE GOÑI

ALICIA GARIJO HORNILLOS

YAIZA PASQUIER URMENETA

LIDIA PARDO HERRERA

JULIA ESTEBAN ALVAREZ

Introducción: la esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad neurológica crónica que genera un elevado impacto biopsicosocial desde el momento del diagnóstico. La enfermería desempeña un papel esencial en las fases iniciales, especialmente desde un enfoque de cuidados humanizados, aspecto de creciente interés en la investigación sanitaria.

Objetivos: analizar la evidencia científica sobre el papel de la enfermería en el cuidado humanizado de pacientes con esclerosis múltiple en fases iniciales.

Metodología: se realizó una revisión bibliográfica narrativa con enfoque investigativo en bases de datos científicas, aplicando criterios de inclusión y exclusión definidos previamente.

Resultados: la literatura evidencia que las intervenciones enfermeras humanizadas influyen positivamente en la adaptación al diagnóstico, el bienestar emocional y la adherencia terapéutica, aunque se observan limitaciones metodológicas en los estudios analizados.

Conclusiones: el cuidado enfermero humanizado constituye un elemento clave en la atención temprana de la EM, siendo necesaria una mayor producción científica con diseños metodológicos robustos.

1 Palabras clave

Esclerosis múltiple; investigación en enfermería; humanización de los cuidados; diagnóstico inicial; atención centrada en la persona.

2 Introducción

La esclerosis múltiple es una patología inflamatoria y crónica del sistema nervioso central que afecta principalmente a adultos jóvenes, generando un impacto significativo en la calidad de vida desde sus fases iniciales. El diagnóstico supone un punto de inflexión en la vida del paciente, caracterizado por incertidumbre, alteraciones emocionales y necesidad de adaptación a una enfermedad de curso impredecible. Desde el ámbito de la investigación sanitaria, se reconoce que los primeros contactos con el sistema de salud influyen de manera determinante en el afrontamiento posterior de la enfermedad. En este contexto, la enfermería adquiere un papel estratégico, no solo por su implicación en el seguimiento clínico, sino también por su cercanía y continuidad asistencial.

La humanización de los cuidados se ha

consolidado como un enfoque que promueve una atención integral, centrada en la persona y basada en la empatía, la comunicación efectiva y el respeto a la autonomía. Diversos estudios han señalado que este modelo mejora la experiencia del paciente y la percepción de calidad asistencial (World Health Organization [WHO], 2016).

En pacientes con esclerosis múltiple, la aplicación de cuidados humanizados desde las fases iniciales puede contribuir a una mejor comprensión de la enfermedad, a la reducción del impacto emocional del diagnóstico y al fortalecimiento de la relación terapéutica. No obstante, la evidencia científica disponible presenta heterogeneidad metodológica, lo que justifica la necesidad de revisiones que analicen críticamente el conocimiento existente.

3 Objetivos

- Analizar la evidencia científica sobre el papel de la enfermería en el cuidado humanizado de pacientes con esclerosis múltiple en fases iniciales.
- Identificar las principales intervenciones enfermeras descritas en la liter-

atura y su impacto en el paciente.

- Valorar las limitaciones metodológicas existentes desde una perspectiva investigadora.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica narrativa con orientación investigadora. La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, CINAHL, Scopus y SciELO, utilizando descriptores normalizados y términos relacionados con esclerosis múltiple, cuidados enfermeros y humanización.

Los criterios de inclusión contemplaron artículos publicados entre 2014 y 2024, disponibles a texto completo, en español o inglés, que abordaran intervenciones enfermeras en pacientes con esclerosis múltiple en fases iniciales. Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en el tratamiento farmacológico o en etapas avanzadas de la enfermedad.

El proceso de selección se realizó mediante lectura de títulos, resúmenes y texto completo. Se evaluó la calidad metodológica considerando el diseño del estudio, la muestra y los instrumentos de recogida de datos. Dos artículos de alta relevancia fueron seleccionados para el análisis final.

5 Resultados

El análisis de la literatura científica seleccionada pone de manifiesto que el di-

agnóstico inicial de la esclerosis múltiple representa una etapa de especial vulnerabilidad para el paciente, caracterizada por un elevado impacto emocional, incertidumbre ante el futuro y necesidad de información clara y accesible. En este contexto, los estudios revisados coinciden en señalar que la intervención enfermera temprana desempeña un papel determinante en la experiencia inicial del paciente con la enfermedad (Pérez-Cruzado et al., 2018).

Las principales intervenciones enfermeras identificadas se centran en la educación sanitaria individualizada, orientada a la comprensión de la enfermedad, el tratamiento y las estrategias de autocuidado. La evidencia sugiere que una adecuada información proporcionada por enfermería contribuye a reducir la ansiedad, mejorar el afrontamiento del diagnóstico y favorecer la adherencia terapéutica durante las primeras etapas del proceso asistencial.

Desde el enfoque de la humanización de los cuidados, los resultados destacan la importancia de la comunicación terapéutica, la escucha activa y la empatía como elementos esenciales de la relación enfermera-paciente. Los pacientes valoran positivamente la cercanía del profesional de enfermería y su capacidad para abordar tanto las necesidades físicas como las emocionales y sociales, lo que repercute en una percepción más positiva de la calidad asistencial (World Health Organi-

zation [WHO], 2016).

No obstante, los estudios analizados presentan limitaciones metodológicas relevantes. Predominan diseños descriptivos y cualitativos con tamaños muestrales reducidos, así como una notable heterogeneidad en los instrumentos utilizados para evaluar la humanización de los cuidados. Esta variabilidad dificulta la comparación de resultados y la obtención de conclusiones generalizables.

En conjunto, los resultados indican que el cuidado enfermero humanizado tiene un impacto positivo en la adaptación al diagnóstico y en la experiencia asistencial de los pacientes con esclerosis múltiple en fases iniciales. Sin embargo, se evidencia la necesidad de investigaciones con diseños metodológicos más robustos que permitan evaluar de forma objetiva y longitudinal los resultados en salud asociados a estas intervenciones.

6 Discusión-Conclusión

La evidencia analizada confirma que la enfermería desempeña un papel clave en la atención a pacientes con esclerosis múltiple desde el momento del diagnóstico. La aplicación de cuidados humanizados favorece la adaptación a la enfermedad y mejora la experiencia asistencial del paciente.

Sin embargo, desde una perspectiva investigadora, se identifican importantes carencias metodológicas en los estu-

dios existentes. La falta de diseños longitudinales y de herramientas validadas limita la solidez de la evidencia disponible.

En conclusión, el cuidado enfermero humanizado constituye un elemento esencial en las fases iniciales de la esclerosis múltiple. Resulta imprescindible impulsar la investigación en este ámbito para generar conocimiento sólido que respalde la práctica clínica y promueva una atención sanitaria verdaderamente centrada en la persona.

7 Bibliografía

1. Pérez-Cruzado, D., Cuesta-Vargas, A. I., & Hernández-Martínez, A. (2018). Rol de la enfermería en la atención integral de pacientes con esclerosis múltiple. *Revista Española de Enfermería Neurológica*, 22(2), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.reen.2018.04.003>
2. World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. WHO Press.

Artículo 194

LA METODOLOGÍA OPHELIA COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD

IRENE FRAILE PEÑARANDA

ANDREA MATEO ABRIL

MONTSERRAT BENAJES MARTÍNEZ

RAQUEL MATEO LATORRE

BEATRIZ MEDIEL LAHOZ

JAVIER ALEXANDER ROMERO SARMA

Introducción.

Se presenta la alfabetización en salud como un determinante clave de la salud y la equidad. Se introduce la metodología OPHELIA como un enfoque adaptado para co-diseñar soluciones pertinentes basadas en evaluación de necesidades locales.

Objetivo.

Describir la metodología OPHELIA y explorar su pertinencia y potencial impacto en proyectos futuros de alfabetización en salud en Aragón.

Metodología.

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos científicas y fuentes institucionales utilizando términos clave relacionados con OPHELIA y alfabetización en salud.

Resultados.

OPHELIA incluye evaluación de necesidades, co-diseño y desarrollo de acciones ajustadas a perfiles de alfabetización. En Aragón, iniciativas piloto en escuelas y en gestión de factores de riesgo están aplicando este enfoque.

Discusión/conclusión.

OPHELIA ofrece un marco sólido para generar intervenciones relevantes y equitativas de alfabetización en salud. Su futura implantación en Aragón puede fortalecer la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios y mejorar la equidad en salud.

1 Palabras clave

Alfabetización; metodología; proyectos.

2 Introducción

La alfabetización en salud se ha consolidado como un determinante clave de la salud individual y poblacional, influyendo de manera directa en la capacidad de las personas para acceder, comprender, evaluar y utilizar información relacionada con la salud y los servicios sanitarios. Diversos estudios han demostrado que niveles bajos de alfabetización en salud se asocian con peores resultados en salud, mayor utilización inapropiada de los servicios, menor adherencia terapéutica y aumento de las desigualdades sociales en salud (1, 2). La Organización Mundial de la Salud reconoce la alfabetización en salud como un elemento esencial para el empoderamiento ciudadano y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios (3).

En este contexto, surge la metodología OPHELIA (OPTimising HEalth LIteracy and Access) como un enfoque inno-

vador, participativo y basado en evidencia, diseñado para abordar la alfabetización en salud desde una perspectiva de equidad. A diferencia de intervenciones tradicionales centradas exclusivamente en la educación individual, OPHELIA propone adaptar los sistemas, servicios y entornos de salud a las necesidades reales de la población, reconociendo la diversidad de capacidades, contextos y recursos (4).

La metodología OPHELIA se estructura en varias fases que incluyen la evaluación de la alfabetización en salud mediante instrumentos validados, la identificación de perfiles poblacionales, el co-diseño de intervenciones con actores clave y la implementación de acciones contextualizadas. Este enfoque ha sido aplicado con éxito en distintos países y ámbitos, como la atención primaria, la salud comunitaria, las enfermedades crónicas y la salud pública, demostrando mejoras en el acceso, la calidad de la atención y la equidad (5).

Este enfoque utiliza herramientas como el Health Literacy Questionnaire (HLQ) para identificar fortalezas y debilidades en la alfabetización en salud de grupos específicos y sirve de base

para generar acciones ajustadas a contextos locales (6).

En España, la implementación de OPHELIA aún está en fases iniciales, pero ya se están aplicando proyectos piloto en Aragón dentro de iniciativas regionales y de la Acción Conjunta Europea JACARDI para enfermedades cardiovasculares y diabetes (7), indicando un interés creciente por introducir enfoques de alfabetización en salud más participativos y contextualizados.

3 Objetivos

- Describir la metodología OPHELIA.
- Explorar el potencial impacto de la metodología OPHELIA en proyectos futuros en Aragón y en la mejora de la equidad en salud.

4 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de PubMed, Scopus o Google Scholar con diferentes términos como “OPHELIA”, “health literacy”, “Health Literacy Questionnaire”, y “Aragón health literacy project”, incorporando tanto estudios originales como documentos institucionales relevantes.

5 Resultados

Diferentes estudios sobre alfabetización en salud destacan que este con-

cepto es multidimensional, ya que involucra habilidades cognitivas, sociales y comunicativas necesarias para interactuar eficazmente con sistemas de salud complejos. La metodología OPHELIA fue desarrollada para enfrentar precisamente esa complejidad, al integrar un análisis profundo de las necesidades reales de las personas con un proceso participativo de co-diseño de soluciones (6).

La base metodológica de OPHELIA es el Health Literacy Questionnaire (HLQ). Este instrumento se trata de un cuestionario validado internacionalmente que mide múltiples dominios de alfabetización en salud y permite crear perfiles que reflejan patrones de fortalezas y necesidades de diferentes grupos. Mediante análisis de clúster, estos perfiles permiten identificar subgrupos poblacionales con características similares, lo cual orienta la co-creación de intervenciones específicas en lugar de soluciones genéricas (7).

En el caso de Aragón, se han iniciado proyectos piloto que aplican la metodología OPHELIA en contextos reales. Por ejemplo, el piloto JACARDI enfocado en escuelas promotoras de salud utiliza las fases de OPHELIA — evaluación de necesidades, co-diseño y desarrollo de acciones— para promover hábitos de vida saludables y alfabetización en salud en niños de 6 a 12 años (8).

Otro proyecto en Aragón, relacionado con la gestión de factores de riesgo en

personas que han sufrido un ictus, también utiliza el proceso OPHELIA para identificar perfiles de alfabetización en salud entre pacientes y co-diseñar acciones que respondan a esos perfiles, actualmente en fase de talleres participativos y priorización de intervenciones (8).

Estas iniciativas reflejan una tendencia emergente hacia la integración de procesos participativos en la planificación sanitaria regional, alineándose con estrategias autonómicas que promueven la alfabetización en salud como elemento transversal para mejorar la equidad y la eficacia de los servicios.

6 Discusión-Conclusión

La alfabetización en salud es un determinante fundamental de la salud con un impacto directo en la capacidad de las personas para gestionar su salud y navegar sistemas sanitarios complejos. La metodología OPHELIA representa una evolución metodológica significativa al incorporar la evaluación detallada de necesidades y el co-diseño participativo de intervenciones ajustadas al contexto local. Su uso de herramientas como el Health Literacy Questionnaire permite generar perfiles poblacionales que orientan soluciones específicas y relevantes, evitando enfoques uniformes que no responden a la diversidad de necesidades (6).

Los resultados preliminares de las aplicaciones de OPHELIA en diferentes en-

tornos han demostrado que este enfoque no solo mejora la relevancia y la aceptabilidad de las acciones de salud, sino que también fortalece la capacidad de las organizaciones para responder a las desigualdades en alfabetización en salud (4).

En Aragón, proyectos basados en OPHELIA están proporcionando una visión prometedora de cómo este proceso puede adaptarse a contextos regionales, integrando a actores comunitarios y sanitarios en un proceso colaborativo que puede fortalecer la equidad y la calidad de las intervenciones de salud pública. Las experiencias iniciales sugieren que la implantación futura de OPHELIA puede ser un catalizador para mejorar políticas y prácticas de alfabetización en salud en la comunidad autonómica, siempre que se mantenga un enfoque participativo, evaluativo y de mejora continua.

7 Bibliografía

1. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67(12):2072–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18952344/>
2. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12:80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22276600/>

3. World Health Organization. Health literacy [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
4. Beauchamp A, Batterham RW, Dodson S, Astbury B, Elsworth GR, McPhee C, et al. Systematic development and implementation of interventions to optimise health literacy and access (OPHELIA). *BMC Public Health*. 2017;17(1):230. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28253883/>
5. Trezona A, Dodson S, Osborne RH. Development of the OPHELIA process: a collaborative method to improve health literacy outcomes. *Health Promot Int*. 2022;37(1):daab094. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34446478/>
6. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013;13:658. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25002024/>
7. Hawkins M, Gill SD, Batterham R, Elsworth GR, Osborne RH. The Health Literacy Questionnaire (HLQ) at the patient-clinician interface: a qualitative study of what patients and clinicians mean by their HLQ scores. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:309. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5408483/>
8. Jimeno A, Canaán G, Ferrer E, Clavería A, Casado S, Senar G, Martínez N, Santos A, Gimeno A. Health literacy and promotion in children: the JACARDI project in health promoting schools in Aragón. *Gac Sanit*. XLIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XVIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE); 2025 Sept 2-5; Las Palmas de Gran Canaria. Communication CR 27. Salud infantil. [Internet]. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/en-congresos-xliii-reunion-anual-sociedad-espanola-177-sesion-cr-salud-infantil-8700-health-literacy-and-promotion-in-107023>

Artículo 195

ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) A PACIENTES CON TRASTORNOS DEL SUEÑO INGRESADOS EN UNIDADES DE NEUROLOGÍA

OSCAR ESCUDERO FERRE

JUAN CARLOS BOZA BLASCO

ANTONIO MADRONA GUIRAO

ISABEL CONESA MAGALLON

KATTY KARINA RODRÍGUEZ RENGIFO

NOELIA CORTES DE LA FLOR

Introducción: los trastornos del sueño son frecuentes en pacientes neurológicos hospitalizados y pueden agravar el estado clínico, interferir en la recuperación y aumentar la estancia hospitalaria.

Objetivos: analizar la atención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) a pacientes con trastornos del sueño en unidades de neurología, destacando su papel en el descanso, el entorno y la observación básica.

Metodología: Revisión bibliográfica narrativa de literatura científica, guías clínicas y protocolos hospitalarios publicados entre 2016 y 2024.

Resultados: La intervención del TCAE, centrada en la higiene del sueño, el control ambiental y la detección de alteraciones del descanso, mejora el confort, reduce la fragmentación del sueño y favorece la recuperación neurológica.

Discusión-Conclusión: El TCAE desempeña un papel esencial en la atención integral del paciente neurológico con trastornos del sueño, contribuyendo a una hospitalización más segura y humanizada.

1 Palabras clave

TCAE; trastornos del sueño; neurología; hospitalización; cuidados auxiliares

2 Introducción

El sueño es un proceso fisiológico esencial para la recuperación física y neurológica. En el ámbito hospitalario, y especialmente en las unidades de neurología, su alteración es un problema frecuente que puede verse agravado por la propia patología de base, el entorno asistencial y la hospitalización prolongada. Trastornos como el insomnio, la fragmentación del sueño, las parasomnias o la somnolencia diurna excesiva son habituales en pacientes con ictus, epilepsia, enfermedades neurodegenerativas o lesiones del sistema nervioso central.

La privación o mala calidad del sueño en estos pacientes se asocia a un empeoramiento del estado cognitivo, mayor irritabilidad, aumento del riesgo de delirium, dificultades en la rehabilitación y retraso en la recuperación funcional. Además, el descanso insuficiente puede interferir en la eficacia

de los tratamientos y en la estabilidad clínica, generando un círculo negativo que prolonga la estancia hospitalaria.

En este contexto, la atención al descanso nocturno y a los hábitos de sueño debe integrarse en los cuidados diarios. El TCAE, por su contacto directo y continuado con el paciente, desempeña un papel relevante en la observación, el acompañamiento y la aplicación de medidas básicas que favorecen el sueño. Su intervención se centra en el control del entorno, el apoyo en la higiene personal, la detección de molestias y la comunicación con el equipo de enfermería.

Analizar la atención del TCAE a pacientes con trastornos del sueño ingresados en unidades de neurología permite comprender cómo los cuidados auxiliares influyen en el bienestar, la seguridad y la evolución clínica del paciente neurológico hospitalizado.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar la atención del TCAE a pacientes con trastornos del sueño ingresados en unidades de neurología.

Objetivos secundarios:

- Describir la influencia del entorno hospitalario en el descanso del paciente neurológico.
- Analizar las intervenciones del TCAE orientadas a mejorar la calidad del sueño.
- Valorar la importancia de la observación y comunicación del TCAE en la detección de alteraciones del descanso.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de artículos científicos, guías clínicas y protocolos hospitalarios relacionados con trastornos del sueño, cuidados en neurología y hospitalización. Las fuentes se seleccionaron entre publicaciones comprendidas entre 2016 y 2024, procedentes de bases de datos como PubMed, Scielo y Dialnet, así como documentos de sociedades científicas y organismos sanitarios.

5 Resultados

La literatura revisada evidencia que los trastornos del sueño en pacientes ingresados en unidades de neurología son multifactoriales. A la propia alteración neurológica se suman factores ambientales como el ruido, la iluminación artificial, las interrupciones nocturnas y la falta de rutinas estables. Estos elementos influyen de manera directa en la fragmentación del sueño y en la dificultad para alcanzar un descanso

reparador. En este escenario, la intervención del TCAE adquiere una relevancia significativa.

Uno de los aspectos más destacados es el control del entorno. El TCAE contribuye a crear un ambiente más favorable para el descanso mediante la reducción de ruidos innecesarios, el ajuste de la iluminación y el respeto de los periodos de sueño del paciente siempre que la situación clínica lo permita. La revisión señala que pequeñas intervenciones ambientales, realizadas de forma sistemática, se asocian a una mejora subjetiva del descanso y a una menor agitación nocturna.

La atención a la higiene y al confort del paciente antes del descanso nocturno es otro elemento clave. El TCAE colabora en el aseo, el cambio de ropa y la acomodación en la cama, teniendo en cuenta las limitaciones neurológicas y el riesgo de úlceras por presión. Un paciente correctamente posicionado, limpio y cómodo presenta menor dificultad para conciliar el sueño y menos despertares asociados a molestias físicas.

La observación directa del patrón de sueño constituye una función relevante del TCAE. Durante la noche, este profesional detecta dificultades para dormir, despertares frecuentes, episodios de confusión o conductas anómalas que pueden estar relacionadas con la patología neurológica o con efectos secundarios de la medicación. La comunicación de estas observaciones al per-

sonal de enfermería permite ajustar cuidados y valorar intervenciones adicionales.

En pacientes con enfermedades neurológicas, la alteración del sueño puede manifestarse a través de inquietud, movimientos involuntarios o cambios en el nivel de conciencia. La literatura destaca que la detección precoz de estos signos por parte del TCAE facilita una respuesta temprana del equipo y contribuye a prevenir complicaciones como caídas, retirada accidental de dispositivos o episodios de delirium.

El acompañamiento y la actitud del TCAE también influyen en la percepción de descanso del paciente. Un trato calmado, una comunicación tranquila y la transmisión de seguridad favorecen la relajación, especialmente en pacientes con ansiedad, deterioro cognitivo o miedo a la noche. Este aspecto humano del cuidado se identifica como un factor relevante en la calidad del sueño durante la hospitalización.

La revisión evidencia además que la coordinación con enfermería resulta fundamental. El TCAE actúa como enlace entre el paciente y el equipo, informando de dificultades persistentes para dormir, somnolencia excesiva durante el día o cambios en el comportamiento nocturno. Esta información contribuye a la valoración integral del paciente y a la toma de decisiones clínicas, como la revisión de horarios de medicación o la implementación de medidas no farmacológicas.

Desde una perspectiva organizativa, la atención del TCAE al descanso del paciente neurológico se asocia a beneficios clínicos y asistenciales. Una mejor calidad del sueño se relaciona con menor agitación, mejor participación en terapias de rehabilitación y mayor estabilidad emocional. Estos efectos repercuten positivamente en la evolución clínica y en la experiencia del paciente durante su ingreso.

En conjunto, los resultados muestran que la atención del TCAE a pacientes con trastornos del sueño en unidades de neurología va más allá de tareas básicas, integrándose como un componente esencial del cuidado integral. Su intervención, basada en la observación, el control ambiental y el acompañamiento, contribuye de forma significativa al bienestar y a la seguridad del paciente neurológico hospitalizado.

6 Discusión-Conclusión

Los trastornos del sueño en pacientes ingresados en unidades de neurología representan un problema frecuente con repercusiones clínicas relevantes. La evidencia revisada demuestra que la atención al descanso no debe considerarse un aspecto secundario, sino un elemento fundamental del cuidado integral del paciente neurológico.

El TCAE desempeña un papel clave en este ámbito, actuando sobre factores ambientales, de confort y de observación directa que influyen en la cal-

idad del sueño. Su proximidad al paciente y su presencia continuada permiten detectar alteraciones del descanso y comunicar información valiosa al equipo de enfermería, favoreciendo una atención más ajustada a las necesidades reales del paciente.

En conclusión, la atención del TCAE a pacientes con trastornos del sueño en unidades de neurología contribuye a mejorar el bienestar, la seguridad y la evolución clínica durante la hospitalización. La integración de estas intervenciones en la práctica diaria y la formación específica del personal auxiliar refuerzan una atención más humanizada y centrada en el paciente neurológico.

hospitalizados. 2021.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Neurological disorders: public health challenges. WHO; 2019.
2. Ministerio de Sanidad. Guía de cuidados en unidades de neurología. Madrid; 2020.
3. Fernández-Mendoza J, Vgontzas AN. Insomnia and its impact on neurological disorders. *Lancet Neurol.* 2017;16(5):387-398.
4. Riemann D, et al. The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. *Lancet Neurol.* 2019;18(9):803-815.
5. Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Recomendaciones de cuidados en pacientes neurológicos

Artículo 196

PAPEL DEL CELADOR EN LA ORGANIZACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES EN HOSPITALES

JUAN CARLOS BOZA BLASCO

ANTONIO MADRONA GUIRAO

ISABEL CONESA MAGALLON

KATTY KARINA RODRÍGUEZ RENGIFO

NOELIA CORTES DE LA FLOR

OSCAR ESCUDERO FERRE

Introducción: la organización eficiente de los recursos humanos y materiales es un factor clave para el correcto funcionamiento de los hospitales. En este contexto, el celador desempeña un papel operativo esencial, actuando como nexo entre unidades, profesionales y circuitos internos.

Objetivos: analizar el papel del celador en la organización de recursos humanos y materiales en el ámbito hospitalario, destacando su contribución a la eficiencia, la seguridad y la continuidad asistencial.

Metodología: revisión bibliográfica narrativa de normativa sanitaria, protocolos organizativos hospitalarios y literatura científica publicada entre 2016 y 2024.

Resultados: la actuación del celador facilita la coordinación de espacios, la disponibilidad de material, la optimización de tiempos y el apoyo logístico al personal sanitario, contribuyendo a una mejor organización hospitalaria.

Discusión-Conclusión: el celador es una figura clave en la gestión operativa diaria del hospital, cuya correcta integración y formación repercute directamente en la calidad y eficiencia del sistema sanitario.

1 Palabras clave

Celador; organización hospitalaria; recursos humanos; recursos materiales; gestión sanitaria

2 Introducción

Los hospitales son organizaciones complejas en las que convergen múltiples profesionales, unidades asistenciales y recursos materiales destinados a ofrecer una atención sanitaria continua y de calidad. La correcta organización de estos recursos resulta imprescindible para garantizar la seguridad del paciente, la eficiencia en los procesos y el adecuado funcionamiento del sistema. Aunque la planificación estratégica recae en los niveles directivos, la operatividad diaria depende en gran medida de profesionales que actúan en primera línea organizativa.

En este entramado, el celador ocupa una posición estratégica dentro de la estructura hospitalaria. Su presencia transversal en diferentes servicios y turnos le permite intervenir de manera directa en la organización de los flujos de pacientes, en la disponibilidad de espacios y en la correcta utilización de recursos materiales. A través de tareas aparentemente simples, pero esenciales, el celador contribuye a que los

distintos profesionales puedan desarrollar su labor en condiciones óptimas.

La organización de los recursos humanos no se limita a la asignación de personal, sino que incluye la coordinación de movimientos, la comunicación entre servicios y la adaptación a situaciones imprevistas. De igual modo, la gestión de los recursos materiales implica asegurar que el equipamiento y los dispositivos estén disponibles, en el lugar adecuado y en el momento oportuno. En ambos ámbitos, el celador actúa como apoyo logístico fundamental. La creciente presión asistencial, la rotación de pacientes y la necesidad de optimizar recursos hacen que el papel del celador cobre una relevancia cada vez mayor. Analizar su función en la organización de recursos humanos y materiales permite visibilizar su aportación a la eficiencia hospitalaria y comprender su impacto en la calidad asistencial y en la continuidad de los cuidados.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar el papel del celador en la organización de recursos humanos y materiales en el entorno hospitalario.

Objetivos secundarios:

- Describir la contribución del celador

a la coordinación operativa entre unidades y profesionales.

- Analizar su participación en la gestión y distribución de recursos materiales.
- Valorar el impacto de su actuación en la eficiencia y seguridad del entorno hospitalario.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de normativa sanitaria, protocolos organizativos hospitalarios y literatura científica relacionada con gestión hospitalaria y funciones del celador. Las fuentes se seleccionaron entre publicaciones comprendidas entre 2016 y 2024, procedentes de bases de datos como Dialnet y Scielo, así como documentos del Ministerio de Sanidad y servicios de salud autonómicos.

5 Resultados

La revisión de la literatura evidencia que el celador desempeña un papel esencial en la organización operativa de los hospitales, especialmente en lo relativo a la gestión diaria de recursos humanos y materiales. Su actuación se sitúa en un nivel práctico y funcional, donde la coordinación inmediata y la capacidad de respuesta resultan determinantes para el buen funcionamiento de los servicios.

En relación con los recursos humanos, el celador contribuye a la organización

mediante la coordinación de movimientos de pacientes y profesionales entre distintas áreas del hospital. Los traslados a pruebas diagnósticas, quirófanos, unidades de hospitalización o áreas de urgencias requieren una planificación ajustada a los tiempos asistenciales. La intervención del celador permite evitar retrasos, aglomeraciones y conflictos de espacio, facilitando que el personal sanitario pueda centrarse en la atención clínica. Esta coordinación influye directamente en la eficiencia de los equipos y en la continuidad asistencial.

La literatura revisada señala que el celador actúa como enlace operativo entre servicios. Su conocimiento de la estructura del hospital, de los circuitos internos y de la disponibilidad de espacios le permite anticipar necesidades y resolver incidencias organizativas. En situaciones de alta demanda asistencial, esta capacidad de adaptación resulta especialmente valiosa, ya que contribuye a redistribuir flujos y a minimizar tiempos de espera.

En cuanto a los recursos materiales, el celador participa activamente en la organización y el traslado de equipamiento sanitario. Camillas, sillas de ruedas, camas hospitalarias y material de apoyo deben estar disponibles y en condiciones adecuadas para su uso. La correcta gestión de estos recursos evita interrupciones en la actividad asistencial y reduce riesgos asociados a la improvisación o al uso inadecuado

del material.

La evidencia indica que la intervención del celador en la reposición y ubicación del material favorece un entorno de trabajo más ordenado y seguro. La disponibilidad inmediata de recursos materiales incide en la rapidez de respuesta ante situaciones urgentes y en la calidad de la atención prestada. Asimismo, la retirada de material innecesario o averiado contribuye a la optimización del espacio y a la prevención de accidentes laborales.

Desde una perspectiva organizativa, el papel del celador se amplía en contextos especiales, como emergencias, picos asistenciales o reorganizaciones internas. En estas situaciones, su capacidad para seguir instrucciones, adaptarse a cambios y colaborar con distintos profesionales resulta clave para mantener la funcionalidad del sistema. La literatura destaca que la flexibilidad y la polivalencia del celador son cualidades especialmente valoradas en la gestión hospitalaria.

La comunicación constituye otro elemento relevante. El celador transmite información operativa entre servicios, avisa de incidencias y colabora en la resolución de problemas logísticos. Esta comunicación fluida reduce errores, mejora la coordinación del equipo y favorece un uso más racional de los recursos humanos y materiales. El impacto de estas funciones se refleja en indicadores de eficiencia y seguridad. Una organización adecuada de re-

cursos reduce tiempos muertos, disminuye la sobrecarga de trabajo del personal sanitario y mejora la experiencia del paciente. La revisión muestra que los hospitales que integran al celador en los circuitos organizativos presentan una mayor capacidad de respuesta y una mejor adaptación a la demanda asistencial.

En conjunto, los resultados ponen de manifiesto que el celador no es un mero ejecutor de tareas aisladas, sino un agente activo en la organización diaria del hospital. Su intervención en la gestión de recursos humanos y materiales contribuye de forma directa al funcionamiento eficiente, seguro y coordinado de la institución sanitaria.

6 Discusión-Conclusión

La organización de los recursos humanos y materiales es un componente esencial de la gestión hospitalaria y requiere la implicación de profesionales que actúen en el ámbito operativo. La evidencia revisada demuestra que el celador desempeña un papel clave en este proceso, facilitando la coordinación entre servicios, la disponibilidad de recursos y la continuidad asistencial.

Su conocimiento del entorno hospitalario, su capacidad de adaptación y su presencia transversal le permiten actuar como nexo entre profesionales y unidades. Esta función contribuye a optimizar tiempos, reducir incidencias y

mejorar la seguridad tanto del paciente como del personal sanitario.

En conclusión, el papel del celador en la organización de recursos humanos y materiales en hospitales es fundamental para el funcionamiento eficiente del sistema sanitario. Reconocer su aportación, fomentar su formación y potenciar su integración en los procesos organizativos refuerza la calidad asistencial y la sostenibilidad de las instituciones hospitalarias, consolidando una atención más coordinada, segura y eficaz.

7 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Organización y gestión de centros hospitalarios. Madrid; 2020.
2. Organización Mundial de la Salud. Strengthening health systems through effective workforce management. WHO; 2018.
3. López-Casasnovas G. Gestión sanitaria y eficiencia hospitalaria. Barcelona: Elsevier; 2019.
4. Sociedad Española de Calidad Asistencial. Organización hospitalaria y trabajo en equipo. SECA; 2021.
5. Pérez Romero C, et al. El papel del celador en la organización hospitalaria moderna. Rev Adm Sanit. 2022;16(2):145-154.

Artículo 197

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN DE AYUDAS PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS DE ALTO COSTE

ELENA SANZ GIL

Los tratamientos médicos de alto coste, como terapias oncológicas, biológicos o intervenciones complejas, generan una demanda creciente de ayudas económicas por parte de pacientes y familias. El auxiliar administrativo cumple un rol clave en la tramitación de estas ayudas, actuando como enlace entre el paciente, los servicios clínicos y los organismos financiadores. Su intervención garantiza el cumplimiento de requisitos, la correcta documentación y una gestión eficaz, rápida y respetuosa con la situación del solicitante.

1 Palabras clave

Auxiliar administrativo; ayudas sanitarias; tratamientos de alto coste; gestión administrativa; financiación pública; accesibilidad

macos innovadores, prótesis especiales, dispositivos personalizados o terapias experimentales pueden no estar cubiertos íntegramente por la cartera común del Sistema Nacional de Salud o generar copagos elevados que dificultan su acceso a pacientes en situación de vulnerabilidad.

2 Introducción

El acceso a determinados tratamientos médicos —especialmente aquellos de elevado coste— supone un desafío tanto para las familias como para los sistemas sanitarios. En muchos casos, los fár-

En respuesta a esta realidad, se han articulado mecanismos de ayuda y financiación desde diferentes niveles: comunidades autónomas, entidades aseguradoras, mutuas, servicios sociales o fundaciones vinculadas al ámbito san-

itario. Estos recursos económicos, sin embargo, requieren de una tramitación compleja, con formularios específicos, informes clínicos detallados, certificados de renta o informes sociales. En este escenario, el auxiliar administrativo desempeña una función esencial como profesional que canaliza las solicitudes, asesora al paciente y garantiza que los trámites se realicen dentro del marco legal y administrativo establecido.

La intervención del auxiliar debe combinar competencias técnicas (manejo de bases de datos, normativas, documentación) con habilidades interpersonales, como la empatía, la capacidad de escucha y la confidencialidad. Su trabajo incide directamente en la experiencia del paciente y en la equidad en el acceso a tratamientos que pueden suponer la diferencia entre el avance o el control de una enfermedad grave.

Este artículo analiza el papel del auxiliar administrativo en la gestión de ayudas para tratamientos médicos de alto coste, destacando su impacto en la accesibilidad terapéutica y la eficiencia organizativa dentro del sistema sanitario.

3 Objetivos

- Describir las funciones del auxiliar administrativo en la gestión de ayudas para tratamientos de alto coste.
- Analizar su papel como facilitador del acceso equitativo a recursos sanitarios mediante una tramitación ágil y cor-

recta.

4 Metodología

Se realizó una revisión descriptiva de normativa autonómica y estatal sobre ayudas sanitarias, instrucciones internas de centros hospitalarios, manuales de procedimiento administrativo y experiencias profesionales publicadas entre 2012 y 2025. Se consultaron además portales oficiales de servicios de salud, programas de apoyo farmacéutico y documentación de trabajo social sanitario.

5 Resultados

Las ayudas para tratamientos de alto coste incluyen coberturas parciales o totales para medicamentos no financiados, prótesis externas, productos ortoprotésicos, terapias avanzadas, transporte sanitario prolongado o asistencia domiciliar especializada. Su tramitación puede implicar distintos agentes: pacientes, unidades clínicas, servicios sociales, farmacéuticos hospitalarios y unidades administrativas.

El auxiliar administrativo se ubica como figura central en este proceso, actuando como receptor de las solicitudes, verificador de la documentación, registrador de expedientes y canalizador hacia las unidades competentes. Su intervención comienza habitualmente con la información al paciente o familiar, explicando el procedimiento,

los documentos requeridos (informe clínico, declaración de ingresos, empadronamiento, etc.) y los plazos de resolución.

Posteriormente, el auxiliar revisa la completitud documental, solicita subsanaciones si es necesario y garantiza que el expediente se registre en los sistemas correspondientes. Este proceso puede implicar la carga de datos en plataformas electrónicas, la comunicación con departamentos como farmacia hospitalaria o servicios sociales, y la custodia de documentos sensibles conforme a la LOPDGDD.

En muchos hospitales, los auxiliares también participan en la comunicación de resoluciones, notificando a los pacientes las ayudas concedidas, las condiciones asociadas o los rechazos fundamentados, y orientando sobre vías de recurso si procede. Esta labor debe realizarse con un enfoque humanizado, respetando la situación emocional de las personas que atraviesan enfermedades graves o económicamente incapacitantes.

La eficacia del proceso depende de la coordinación entre unidades, la existencia de protocolos claros, y la capacitación del auxiliar administrativo en materia de financiación sanitaria, subvenciones públicas y protección de datos. Una gestión ágil y correcta evita retrasos, mejora la experiencia del paciente y contribuye a que los recursos lleguen a quienes realmente los necesitan.

En determinadas unidades, como oncohematología, enfermedades raras o rehabilitación compleja, la intervención del auxiliar administrativo especializado se ha consolidado como un factor clave para la optimización del circuito asistencial y económico, reduciendo cargas burocráticas al personal clínico y mejorando la trazabilidad del gasto sanitario.

6 Discusión-Conclusión

La gestión de ayudas para tratamientos médicos de alto coste representa un proceso administrativo sensible, que incide directamente en la equidad y la accesibilidad del sistema sanitario. El auxiliar administrativo, como figura operativa y cercana al paciente, cumple un papel imprescindible para garantizar que estas ayudas se tramiten correctamente y en tiempo adecuado.

Su intervención técnica, su capacidad de acompañar procesos complejos y su función como nexo entre paciente y administración refuerzan la dimensión social del sistema sanitario y contribuyen a su sostenibilidad. Además, su labor permite descargar al personal clínico de tareas burocráticas, mejorar la coordinación entre servicios y humanizar el acceso a tratamientos.

La formación continua, el diseño de protocolos internos claros y el trabajo multidisciplinar son claves para seguir profesionalizando esta función administrativa, que hoy resulta esencial para

miles de personas que dependen del sistema público para acceder a cuidados de alto valor terapéutico.

7 Bibliografía

1. Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, 2003.
2. Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS. BOE núm. 222, 2006.
3. Ministerio de Sanidad. Guía sobre ayudas económicas y acceso a medicamentos de alto impacto. MSSSI; 2021.
4. Observatorio de Gestión Sanitaria. Procedimientos administrativos en la tramitación de ayudas a pacientes. *Rev Gest Sanitaria*. 2023;11(2):45–53.
5. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Medicamentos de alto impacto: acceso, financiación y equidad. SEFH; 2022.

Artículo 198

EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA COMO TUTOR CLÍNICO EN PRÁCTICAS UNIVERSITARIAS: ACOMPAÑAMIENTO, EVALUACIÓN FORMATIVA Y PROMOCIÓN DEL PENSAMIENTO CRÍTICO

MERCEDES MORENO ALFARO

El profesional de enfermería que asume el rol de tutor clínico en prácticas universitarias desempeña una función esencial en la formación del estudiante. A través del acompañamiento activo, la evaluación formativa y la estimulación del pensamiento crítico, contribuye al desarrollo de competencias profesionales, a la integración del conocimiento teórico-práctico y a la construcción de una identidad profesional ética y reflexiva.

1 Palabras clave

Tutor clínico; prácticas universitarias; enfermería; formación práctica; pensamiento crítico; evaluación formativa

2 Introducción

La formación práctica en entornos clínicos constituye uno de los pilares fundamentales del aprendizaje univer-

sitario en los estudios de enfermería. Esta etapa formativa permite al estudiante enfrentarse a contextos reales de cuidado, comprender la dinámica asistencial, aplicar conocimientos adquiridos en el aula y adquirir habilidades técnicas, comunicativas y éticas que serán esenciales para su futuro ejercicio profesional.

En este proceso, el profesional de enfermería que ejerce como tutor clínico

cumple un rol estratégico. No se limita a ser un transmisor de tareas, sino que se convierte en guía, referente y modelo profesional. Acompaña al estudiante en la transición de lo académico a lo clínico, orienta su aprendizaje mediante la reflexión y la observación crítica, y evalúa de forma continua su evolución competencial.

La figura del tutor clínico ha evolucionado desde un rol informal hacia una función reconocida institucionalmente, con responsabilidades docentes, evaluadoras y éticas. Su papel es clave para garantizar una formación de calidad, acorde con los estándares académicos y asistenciales, y centrada en el desarrollo integral del estudiante.

Este artículo analiza las dimensiones del rol del tutor clínico en enfermería: el acompañamiento en la práctica, la evaluación formativa como proceso continuo y la promoción del pensamiento crítico como herramienta para la toma de decisiones y la profesionalización.

3 Objetivos

Analizar el papel del profesional de enfermería como tutor clínico en prácticas universitarias, destacando su función de acompañamiento, evaluación y estimulación del pensamiento crítico en el proceso formativo del estudiante.

4 Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa de literatura académica sobre prácticas clínicas en enfermería, pedagogía del aprendizaje práctico, evaluación formativa y tutoría clínica. Se consultaron artículos publicados entre 2010 y 2025 en bases como CINAHL, PubMed, Scopus y Dialnet, así como guías docentes de universidades españolas y documentos de colegios profesionales.

5 Resultados

El tutor clínico en enfermería tiene una triple dimensión: acompañar, evaluar y educar. Su implicación directa en la formación del estudiante durante las prácticas permite que este aprenda en un entorno real, enfrentándose a situaciones clínicas que exigen una actitud activa, responsable y reflexiva.

En el acompañamiento, el tutor facilita la integración del alumno en el equipo asistencial, clarifica sus funciones, favorece un clima de confianza y adapta las tareas según el nivel formativo del estudiante. Este acompañamiento no solo tiene una dimensión técnica, sino también emocional, ya que muchos estudiantes enfrentan ansiedad o inseguridad en sus primeras experiencias clínicas. La disponibilidad, la escucha activa y la actitud receptiva del tutor favorecen la adaptación del alumno al entorno sanitario.

La evaluación formativa es otro de los

pilares del rol tutorial. Lejos de centrarse únicamente en la calificación final, este enfoque implica una observación continua, con retroalimentación constructiva y orientación personalizada. El tutor analiza la evolución del estudiante en términos de habilidades técnicas, comunicación, ética profesional, trabajo en equipo y toma de decisiones. La evaluación se convierte así en una herramienta para el aprendizaje, no solo para la certificación.

La promoción del pensamiento crítico es quizás uno de los aportes más valiosos del tutor clínico. A través de preguntas abiertas, análisis de casos, comentarios reflexivos y revisión de prácticas, el tutor estimula al estudiante a comprender el porqué de sus acciones, a anticiparse a consecuencias clínicas, a relacionar conocimientos y a argumentar decisiones. Esto desarrolla en el estudiante una actitud crítica y autónoma, imprescindible en un contexto sanitario donde las decisiones deben basarse en evidencias y principios éticos.

El tutor también actúa como modelo profesional, transmitiendo valores como la empatía, la responsabilidad, el respeto por el paciente y el compromiso con la mejora continua. Su ejemplo influye directamente en la construcción de la identidad profesional del estudiante.

A pesar de la relevancia de esta figura, en muchos contextos aún no se re-

conoce plenamente su labor. La falta de formación pedagógica específica, el exceso de carga asistencial y la ausencia de incentivos dificultan que algunos profesionales asuman el rol tutorial de forma activa. Diversas investigaciones recomiendan la incorporación de formación en tutoría clínica dentro del desarrollo profesional enfermero, así como el reconocimiento institucional de esta tarea como parte de la docencia en entornos asistenciales.

6 Discusión-Conclusión

El profesional de enfermería que ejerce como tutor clínico en prácticas universitarias es una figura clave en la formación de futuros enfermeros. A través del acompañamiento directo, la evaluación formativa y la estimulación del pensamiento crítico, contribuye al desarrollo de competencias profesionales sólidas, integrando el saber teórico con la práctica reflexiva.

Su papel va más allá de la supervisión técnica: es un facilitador del aprendizaje, un referente ético y un agente de profesionalización. Fomentar su implicación requiere reconocimiento institucional, formación pedagógica específica y una cultura organizativa que valore la enseñanza clínica como parte integral del trabajo enfermero.

Reforzar la tutoría clínica en enfermería es apostar por una formación de calidad, comprometida con la seguridad del paciente, la autonomía profe-

sional y el crecimiento académico y humano del futuro personal sanitario.

7 Bibliografía

1. Benner P. De novato a experto: excelencia y poder en la práctica clínica de enfermería. Madrid: McGraw-Hill; 2011.
2. Ministerio de Universidades. Libro blanco del título de grado en Enfermería. ANECA; 2022.
Universidad de Barcelona. Guía de tutores clínicos de enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud; 2020.
3. Gómez P, Martínez I. Tutoría clínica en enfermería: claves para una práctica formativa eficaz. *Rev Pedagogía Sanitaria*. 2023;11(1):21–33.
4. Siles González J, Solano Ruiz C. Reflexión crítica y formación ética en la práctica clínica enfermera. *Index Enferm*. 2020;29(2):57–62.

Artículo 199

DESARROLLO DE LA PRÁCTICA AVANZADA EN ENFERMERÍA: COMPETENCIAS AMPLIADAS, TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS Y MODELOS INTERNACIONALES DE REFERENCIA

MARIA JOSE MORENO ALFARO

La práctica avanzada en enfermería representa una evolución del rol profesional, caracterizada por competencias ampliadas, autonomía en la toma de decisiones clínicas y liderazgo en el cuidado. Su desarrollo se sustenta en modelos internacionales consolidados, como los de Canadá, Reino Unido o Australia, y responde a la necesidad de atención sanitaria más resolutive, segura y centrada en el paciente. Este perfil enfermero contribuye activamente a la mejora de resultados en salud y a la sostenibilidad del sistema.

1 Palabras clave

Enfermería de práctica avanzada (EPA); competencias clínicas; autonomía profesional; modelos internacionales; toma de decisiones; liderazgo asistencial

2 Introducción

La creciente complejidad de los sistemas sanitarios, la demanda de cuidados integrales para poblaciones envejecidas y pluripatológicas, así como la necesidad de mejorar la eficiencia en el uso de los recursos, han impulsado a nivel internacional el desarrollo de figuras profesionales con competencias ampliadas. Entre ellas, la EPA

destaca como un modelo profesional orientado a una atención clínica resolutive, autónoma y basada en la evidencia.

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), la práctica avanzada en enfermería corresponde a un nivel elevado de desarrollo profesional, que integra un razonamiento clínico experto, la toma de decisiones complejas y la capacidad para intervenir de forma autónoma o colaborativa en el cuidado de pacientes con necesidades complejas. Este perfil se basa en una formación de posgrado, habitualmente de nivel máster, y responde a competencias clínicas, docentes, gestoras y de investigación.

En diversos países, las enfermeras de práctica avanzada han demostrado ser clave en la mejora del acceso a servicios, la reducción de tiempos de espera, la atención a colectivos vulnerables, el seguimiento de pacientes crónicos y la implementación de modelos innovadores en salud. Su reconocimiento institucional y legal ha permitido transformar modelos asistenciales, consolidar roles autónomos y fortalecer el liderazgo enfermero en múltiples ámbitos.

Este artículo examina el desarrollo de la práctica avanzada en enfermería desde una perspectiva competencial, clínica y organizativa, analizando referentes internacionales y su aplicabilidad en los sistemas sanitarios en evolución.

3 Objetivos

- Analizar las competencias y funciones de la enfermería de práctica avanzada como evolución del rol profesional.
- Explorar modelos internacionales consolidados y su impacto en la toma de decisiones clínicas y la calidad asistencial.

4 Metodología

Se realizó una revisión integradora de literatura científica y normativa internacional publicada entre 2010 y 2025. Se consultaron bases como PubMed, CINAHL, Scopus y organismos oficiales (ICN, WHO, NHS England, CNA, Australian College of Nursing). Se analizaron documentos estratégicos, marcos competenciales y experiencias de implementación de modelos de enfermería de práctica avanzada.

5 Resultados

La enfermería de práctica avanzada se define por una serie de competencias ampliadas que incluyen: valoración clínica avanzada, solicitud e interpretación de pruebas diagnósticas, prescripción colaborativa o independiente (según el país), liderazgo asistencial, gestión de casos complejos, diseño de planes de cuidados individualizados y participación activa en la mejora continua de la calidad.

Una de sus señas de identidad es la autonomía en la toma de decisiones clínicas, especialmente en contextos de atención primaria, urgencias, unidades de crónicos complejos, cuidados paliativos o salud mental. La enfermera de práctica avanzada no reemplaza a otros profesionales, sino que complementa y refuerza la capacidad resolutoria del sistema, asumiendo responsabilidades clínicas que tradicionalmente recaían en otros perfiles.

En países como Reino Unido, las “Advanced Nurse Practitioners” (ANP) cuentan con reconocimiento legal y competencias para diagnosticar, tratar y derivar. En Canadá, las “Nurse Practitioners” desarrollan su actividad en atención primaria y rural, con gran autonomía. En Australia y Estados Unidos, este perfil ha permitido aumentar el acceso a servicios sanitarios en poblaciones alejadas o con barreras estructurales.

En todos estos modelos, se ha documentado una mejora en indicadores de salud: reducción de reingresos, aumento de la adherencia terapéutica, mejor manejo del dolor, incremento de la satisfacción del paciente y optimización del uso de los recursos.

En cuanto a la formación, los modelos coinciden en exigir una titulación de máster o superior, con contenidos orientados al razonamiento clínico avanzado, farmacología, metodología de investigación, gestión del cambio, ética clínica y liderazgo. Esta formación

se articula generalmente con competencias acreditadas por organismos reguladores y marcos competenciales definidos.

En el plano organizativo, la inclusión de enfermería de práctica avanzada requiere un entorno sanitario flexible, que reconozca su rol, defina circuitos clínicos adecuados, facilite el acceso a herramientas diagnósticas y fomente el trabajo interdisciplinar.

España se encuentra aún en un proceso de transición hacia este modelo. Aunque existen experiencias de éxito en servicios concretos (enfermeras gestoras de casos, especialistas en heridas, salud mental o cuidados paliativos), aún no se ha desarrollado un marco legal unificado que reconozca de forma oficial la figura de la EPA con carácter general. No obstante, diversos organismos enfermeros, sociedades científicas y universidades promueven activamente este desarrollo.

6 Discusión-Conclusión

La práctica avanzada en enfermería representa una respuesta eficaz a los desafíos de los sistemas de salud contemporáneos. Su desarrollo permite a las enfermeras intervenir de forma más autónoma, asumir mayor responsabilidad clínica y liderar procesos de mejora asistencial.

La experiencia internacional demuestra que este perfil no solo mejora la calidad del cuidado, sino que también re-

fuerza la capacidad de los equipos sanitarios para afrontar la complejidad creciente de la atención, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas, la prevención de complicaciones y la coordinación de la atención.

España tiene la oportunidad de consolidar esta figura profesional mediante un marco normativo claro, una oferta formativa sólida y la reestructuración organizativa que permita a las enfermeras ejercer al máximo de sus competencias. Apostar por la práctica avanzada es apostar por un sistema más accesible, eficiente y centrado en las personas.

7 Bibliografía

1. International Council of Nurses. Guidelines on Advanced Practice Nursing. ICN; 2020.

Organización Mundial de la Salud. El rol de las enfermeras en sistemas de salud resilientes. OMS; 2021.

2. Consejo General de Enfermería. Propuesta para el desarrollo de la enfermera de práctica avanzada en España. CGE; 2022.

3. Canadian Nurses Association. Framework for Nurse Practitioner Regulation. CNA; 2019.

NHS England. Multi-professional framework for advanced clinical practice in England. Health Education England; 2017.

Artículo 200

ERRORES MÁS FRECUENTES EN LAS PROYECCIONES DE TÓRAX Y SU IMPACTO EN EL DIAGNÓSTICO

YAIZA LORETO ARANGUREN HERRERO

PATRICIA OCHOA PÉREZ

YAMILA EVELINA QUINTANA DI BLASI

ALBA GOMOLLÓN GARZÓN

MARINA EXTRAMIANA ESQUISABEL

La radiografía de tórax es una de las pruebas más solicitadas en los servicios de radiología debido a su bajo coste, disponibilidad inmediata y capacidad diagnóstica. A pesar de ser aparentemente sencilla, la obtención correcta de esta proyección requiere precisión técnica y conocimiento anatómico por parte del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear (TSIDMN).

1 Palabras clave

Tórax; proyecciones; rotación; pulmones; corazón; errores.

elección para:

- Valoración de los pulmones. Permite detectar cáncer, infección o acumulación de aire en el espacio alrededor del espacio pleural, afecciones pulmonares en curso, etc.
- Problemas pulmonares relacionados con el corazón. Por ejemplo, el líquido en los pulmones puede ser debido a una insuficiencia cardíaca congestiva.

2 Introducción

Un estudio rutinario de tórax incluye las proyecciones PA (postero-anterior) y L (lateral). Son las proyecciones de

- El tamaño y el contorno del corazón. Insuficiencia cardíaca, líquido alrededor del corazón o problemas en las válvulas cardíacas.
- Vasos sanguíneos. Aneurismas aórticos, otros problemas vasculares o enfermedad cardíaca congénita.
- Depósitos de calcio. Las radiografías de tórax permiten detectar la presencia de calcio en el corazón o en los vasos sanguíneos.
- Fracturas. Fracturas de costillas o de la columna vertebral, así como otros problemas óseos.
- Cambios postoperatorios. Seguimiento de la recuperación después de una cirugía de tórax, como en el corazón, los pulmones o el esófago.
- Marcapasos, desfibrilador o catéter.

Además existen otras proyecciones de tórax complementarias como:

- Oblicuas de tórax, para valorar hilos pulmonares, la pleura, etc.
- Lordótica, para ver los vértices pulmonares.
- Tórax en decúbito con rayo horizontal, para valorar derrames pleurales, neumotórax o parálisis frénica.
- Tórax PA en espiración, para neumotórax o enfisema obstructivo unilateral.

Los errores en la realización de una radiografía de tórax pueden afectar significativamente la calidad de la imagen y comprometer el diagnóstico clínico.

Entre los aspectos técnicos más críticos se encuentran la correcta colocación del paciente, la alineación del

haz, la colimación, el control de la inspiración y la eliminación de artefactos. Errores frecuentes como la rotación, inclinación del paciente, mala inspiración, colimación excesiva o insuficiente pueden originar imágenes no diagnósticas, lo que podría derivar en repeticiones innecesarias y aumento de la dosis de radiación.

Este artículo revisa los errores más frecuentes en las proyecciones de tórax, analizando sus causas, consecuencias y estrategias para prevenirlos y garantizar la obtención de imágenes de alta calidad que faciliten una interpretación precisa por parte del radiólogo.

3 Objetivos

- Conocer las proyecciones más utilizadas de tórax.
- Identificar los errores más comunes en la proyección de tórax.
- Analizar el impacto de dichos errores en la calidad diagnóstica.
- Proponer estrategias prácticas para prevenir su aparición.

4 Metodología

Se realizó una revisión exhaustiva basada en literatura procedente de guías de posicionamiento radiológico, manuales de referencia para TSIDMN y artículos científicos publicados en revistas especializadas. Se incluyeron documentos que describen errores frecuentes, criterios de calidad y parámetros

ros técnicos para la radiografía de tórax en proyecciones PA y lateral.

La información fue clasificada según tipo de error (posicionamiento, inspiración, colimación, alineación del haz y artefactos) y analizada para identificar su impacto en la calidad de imagen y el diagnóstico.

5 Resultados

La revisión de la bibliografía y de guías de posicionamiento radiológico ha permitido identificar una serie de errores recurrentes en la realización de radiografías de tórax las cuales fueron:

- Errores de posicionamiento: se observó como uno de los errores más comunes. Puede ser rotación del paciente, que produce asimetrías en las clavículas y distorsión del mediastino, lo que dificulta la evaluación cardiopulmonar. La inclinación o falta de perpendicularidad del tórax distorsiona las estructuras torácicas y altera la proyección de la columna sobre el mediastino, impidiendo la adecuada valoración de la tráquea, los bronquios principales y la silueta cardiaca. Mal posicionamiento de hombros y escápulas, que pueden proyectarse sobre los campos pulmonares si no se retiran correctamente.
- Inspiración insuficiente: un mal control de la respiración genera imágenes con diafragmas elevados y campos pulmonares poco expandidos, pudiendo simular cardiomegalia o patología pul-

monar. Suele servir de referencia contar de 9 a 10 costillas anteriores por encima del diafragma u 8-10 posteriores, para evaluar la expansión pulmonar.

- Colimación incorrecta: una colimación amplia aumenta la dosis dispersa y empeora el contraste; una colimación insuficiente puede omitir áreas anatómicas esenciales como ápex o bordes costofrénicos.
- Mala alineación del haz: el angulamiento caudal o cefálico injustificado modifica la apariencia del corazón y el tamaño de las estructuras torácicas.
- Artefactos: objetos metálicos, ropa o pelo (especialmente el pelo grueso, trenzas...) pueden superponerse a estructuras críticas, generando falsos positivos.

Como responsable directo de la adquisición de la imagen el TSIDMN desempeña un papel fundamental en la detección, prevención y corrección de estos errores. Los estudios revisados indican que más del 50% de las radiografías con errores técnicos requieren repetición. Es importante tener en cuenta que la mayoría de errores pueden evitarse con una correcta estandarización de protocolos, una adecuada formación y supervisión continua.

6 Discusión-Conclusión

Los errores de posicionamiento, uso de los parámetros físicos, artefactos la zona a estudio, etc, en las proyecciones

de tórax representan una causa importante de pérdida de calidad diagnóstica y repeticiones innecesarias, además de generar el riesgo de perder información y llegar a generar dudas. Hay que tener en consideración la importancia de las proyecciones PA y LAT de tórax en concreto, dado que la radiografía de tórax es, como ya se ha comentado, la más solicitada y parte de la gran mayoría de procesos diagnósticos. La identificación y corrección de estos errores requieren un dominio técnico riguroso por parte del TSIDMN y la aplicación constante de criterios de calidad. La formación continua y el seguimiento de protocolos estandarizados son esenciales para minimizar estos errores, mejorar la seguridad del paciente y garantizar resultados diagnósticos fiables.

7 Bibliografía

1. https://www.neumosur.net/files/Moodle/RADIO-2017/UD1_Fundamentos_Rx-toracica.pdf.
2. <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/chest-x-rays/about/pac-20393494>.
3. <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/249>.

Artículo 201

ESTUDIO INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 2019-2024

ARTURO PÉREZ PÉREZ

JENNIFER MIRANDA CIRIA

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) siguen aumentando de forma sostenida y mantenida en la Comunidad Foral de Navarra, consolidándose como un problema relevante de salud pública. En 2024 se notificó un incremento significativo de gonococia, sífilis y Chlamydia trachomatis.

1 Palabras clave

Infección gonocócica; Sífilis; Chlamydia trachomatis; Linfogranuloma venéreo; virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); prevención.

dificulte su detección precoz y favorece así la transmisión. Gonococia, sífilis y clamidia siguen subiendo año tras año. Algunas infecciones bajaron levemente durante la pandemia, por el poco contacto que teníamos o que deberíamos haber tenido.

2 Introducción

Durante estos últimos años se ha estado pensando que las ITS estaban bajo control, que el preservativo, la información y los antibióticos habían ganado la batalla, pero no, cada vez hay mas casos de infecciones superando en Navarra en muchas ocasiones a la media de España. como muchas de las ITS cursan sin síntomas específicos, hace que nos

La gonococia alcanzó 360 casos en 2024. La sífilis volvió a superar los 90 diagnósticos. Y Chlamydia trachomatis se mantiene como la ITS más frecuente, con 850 casos confirmados, muchas personas jóvenes, muchas infecciones y diagnósticos tardíos., Muchas de éstas infecciones no dan síntomas, o los dan leves o tardíos; así que la persona sigue con su vida, sigue teniendo relaciones, sigue transmitiendo por el de-

sconocimiento.

Además, estamos viendo algo que preocupa especialmente: el aumento de resistencias antibióticas, sobre todo en *Neisseria gonorrhoeae*, cada tratamiento fallido no es solo un problema individual, es una señal de alarma colectiva.

3 Objetivos

Analizar la situación epidemiológica de las ITS en Navarra durante el periodo 2019-2024, describiendo su evolución, distribución por tipo de microorganismo.

4 Metodología

Se realizó un estudio descriptivo basado en los datos del sistema de vigilancia epidemiológica de Navarra correspondientes a los años 2019- 2024. Se incluyeron los casos notificados de gonococia, sífilis, *Chlamydia trachomatis*, linfogranuloma venéreo y VIH. La información procede de notificaciones clínicas, confirmaciones microbiológicas. Se analizaron variables como sexo, edad, tendencias temporales y grupos de riesgo, utilizando tasas de incidencia por 100.000 habitantes y el índice epidémico para comparar con años previos.

5 Resultados

Entre 2019 y 2024, las infecciones de transmisión sexual objeto de vigilancia epidemiológica en Navarra muestran una evolución clara, con tendencias crecientes en varias patologías clave, tanto en número de casos como en tasas de incidencia por 100.000 habitantes.

La infección gonocócica presenta un aumento sostenido a lo largo del periodo. En 2019 se notificaron 166 casos, con una tasa de incidencia de 25,43. En 2020 los casos descendieron a 118 (17,88), pero a partir de 2021 se observa un repunte continuo: 205 casos en 2021 (30,97), 277 en 2022 (41,69), 381 en 2023 (56,68) y 360 casos en 2024, con una tasa de 53,07 por 100.000 habitantes. Aunque en 2024 hay un ligero descenso de casos respecto a 2023, la incidencia sigue siendo muy elevada.

La sífilis primaria, secundaria o latente precoz mantiene cifras más moderadas, pero con oscilaciones relevantes. En 2019 se registraron 58 casos (8,88). En 2020 descendieron a 49 (7,43), aumentando en 2021 a 89 casos (13,44) y en 2022 a 91 (13,69). En 2023 se notificaron 61 casos (9,07), mientras que en 2024 el número volvió a subir hasta 91 casos, alcanzando una tasa de 15,30, la más alta del periodo.

La infección por *Chlamydia trachomatis* es, de forma constante, la ITS más frecuente. En 2019 se notificaron 479 casos, con una incidencia de 73,38. En 2020 se registraron 494 casos (74,86)

y en 2021 el número ascendió a 667 (100,75). El crecimiento continuó en 2022 con 735 casos (110,67) y en 2023 con 840 casos, alcanzando una tasa de 124,96. En 2024 se notificaron 850 casos, con una incidencia de 125,30 por 100.000 habitantes, consolidando una tendencia claramente ascendente.

El linfogranuloma venéreo muestra cifras bajas, pero no despreciables. En 2019 se registraron 5 casos (0,77), descendiendo a 8 en 2020 (1,21) y aumentando a 20 en 2021 (3,02). En 2022 se notificaron 16 casos (2,41), 24 en 2023 (3,57) y 14 casos en 2024, con una tasa de 2,06.

Por último, la infección por VIH mantiene una tendencia relativamente estable con ligeras variaciones. En 2019 se notificaron 51 casos (7,81). En 2020 descendieron a 33 (5,00), aumentando a 36 en 2021 (5,44) y 38 en 2022 (5,72). En 2023 se registraron 37 casos (5,50) y en 2024 se notificaron 33 casos, con una incidencia de 4,86 por 100.000 habitantes.

6 Discusión-Conclusión

Las infecciones de transmisión sexual siguen siendo un problema de salud pública muy presente en Navarra es una tendencia que se consolida año tras año.

La clamidia destaca por encima del resto. Lo hace con cifras altas y con una progresión casi constante desde 2019 hasta 2024. es una infección que a menudo cursa sin síntomas, espe-

cialmente en mujeres jóvenes, y que puede tener consecuencias serias si no se detecta y trata a tiempo. El aumento sostenido de su incidencia sugiere que se están diagnosticando más casos.

La gonococia refuerza esta idea. Tras el descenso de 2020, los casos aumentan hasta alcanzar cifras muy altas en 2023 y 2024. Aunque en 2024 se observa una ligera bajada en número absoluto, la incidencia sigue siendo elevada, lo que apunta a una circulación activa de la infección en la población.

La sífilis, por su parte, muestra un comportamiento más irregular, pero con picos que no pueden ignorarse. El repunte de 2024, con la tasa más alta del periodo, recuerda que esta infección, que nunca llegó a desaparecer, sigue reapareciendo con fuerza cuando bajan la percepción de riesgo y las medidas preventivas.

El linfogranuloma venéreo mantiene cifras bajas, pero su presencia continuada indica transmisión activa en determinados grupos, y exige vigilancia específica.

El VIH ofrece un mensaje distinto. Las cifras se mantienen relativamente estables e incluso con una ligera tendencia a la baja en los últimos años. Esto sugiere que las estrategias de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento están funcionando. Pero no es momento de relajarse. Cada nuevo diagnóstico sigue siendo relevante, tanto a nivel individual como colectivo.

7 Bibliografía

1. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
2. www.scielo.org/es
3. www.webofscience.com/wos
4. www.scopus.com

Artículo 202

UROTOMOGRFÍA COMPUTARIZADA (URO-TC). FASES Y APLICACIONES

ANDREA ARMENDARIZ ZARATIEGUI

La urografía por tomografía computarizada (Uro-TC) es una técnica de imagen avanzada que permite la evaluación integral del aparato urinario mediante el uso de rayos X y contraste yodado intravenoso. Gracias a la adquisición de imágenes en diferentes fases, el Uro-TC proporciona información anatómica y funcional de riñones, uréteres y vejiga.

1 Palabras clave

Uro-TC, rayos x, contraste intravenoso, fases.

2 Introducción

La Uro-TC es una técnica radiológica que se ha consolidado en los últimos años como el estudio de referencia para la evaluación del aparato urinario. Se basa en la utilización de rayos X y en la administración de contraste yodado por vía intravenosa para la adquisición de imágenes de gran resolución espacial, permitiendo un análisis detallado de la anatomía y función del sistema urinario.

A diferencia de otras técnicas de imagen, el Uro-TC ofrece una visualización completa de los riñones, los uréteres y la vejiga en una sola exploración, lo que mejora significativamente la capacidad diagnóstica. El contraste intravenoso se filtra por los glomérulos renales y se elimina por la vía urinaria, lo que permite valorar tanto el parénquima renal como la vía excretora. Por este motivo, se puede considerar un estudio funcional además de anatómico. Esta nueva técnica de imagen ha ido sustituyendo progresivamente a la urografía intravenosa convencional (UIV) debido a su mayor rapidez, precisión y capacidad para detectar patologías tanto urológicas como ex-

traurológicas. El Uro-TC resulta especialmente indicado en el estudio de hematuria, sospecha de litiasis, tumores uroteliales, infecciones, malformaciones congénitas y traumatismos renales, convirtiéndose en una herramienta fundamental en la práctica clínica actual.

3 Objetivos

El objetivo principal de este artículo es describir la Uro-TC como técnica de imagen de referencia para la evaluación integral del aparato urinario.

Se busca explicar la utilidad diagnóstica de cada fase del estudio, identificar las principales patologías urológicas que pueden detectarse mediante Uro-TC

4 Metodología

El análisis se ha centrado en la descripción de la técnica del Uro-TC, los protocolos de adquisición de imágenes y las diferentes fases del estudio, incluyendo fase sin contraste, fase portal o nefrográfica y fase excretora.

Se han revisado las principales indicaciones clínicas y los hallazgos radiológicos asociados a las patologías más frecuentes del aparato urinario.

5 Resultados

El Uro-TC se realiza mediante la adquisición de imágenes en distintas fases tras la administración de contraste intravenoso (cv), lo que permite una evaluación completa del aparato urinario (riñones, uréteres, vejiga) y de las patologías asociadas.

La fase sin contraste es el primer paso de la exploración y resulta fundamental para la detección de litiasis urinarias, ya que los cálculos presentan una alta atenuación espontánea que con la administración directa de contraste serían muy difíciles de visualizar. Además, permite identificar hemorragias, calcificaciones parenquimatosas y valorar la densidad basal de masas renales, diferenciando lesiones sólidas de quísticas. Si en este estudio apreciásemos hemorragia daríamos por finalizado el estudio.

La fase corticomedular o portal, adquirida tras la administración de contraste, permite evaluar la perfusión renal y el parénquima. En esta fase se pueden detectar tumores renales sólidos, procesos inflamatorios, alteraciones vasculares y diferencias de realce que orientan hacia patología neoplásica. También es útil para valorar traumatismos renales y la extensión de lesiones.

La fase nefrográfica (incluida habitualmente en la fase portal) proporciona una visualización homogénea del parénquima renal, facilitando la detec-

ción de masas pequeñas y la caracterización de lesiones focales.

La fase excretora o eliminatoria se adquiere varios minutos después y permite la opacificación de los sistemas colectores, uréteres y vejiga. Es esencial para la detección de tumores uroteliales, estenosis, malformaciones, duplicidades del sistema urinario y causas obstructivas. Asimismo, resulta clave en el estudio de la hematuria de origen desconocido.

La combinación de estas fases convierte al Uro-TC en una técnica altamente sensible y específica, capaz de ofrecer una evaluación anatómica y funcional detallada del aparato urinario. Además, este estudio permite la visualización de todos los órganos abdominales, por lo que podemos realizar también diagnósticos extraurológicos.

6 Discusión-Conclusión

El Uro-TC se ha establecido como la técnica de elección para el estudio integral del aparato urinario debido a su elevada capacidad diagnóstica y versatilidad. La utilización de rayos X y contraste intravenoso permite la adquisición de imágenes en distintas fases, cada una con un objetivo diagnóstico específico. Esta exploración facilita la detección de litiasis, tumores renales y uroteliales, malformaciones y procesos obstructivos, mejorando el diagnóstico precoz y la planificación terapéutica. A pesar del uso de radiación ion-

izante, la optimización de protocolos y la adecuada justificación clínica hacen que la Uro-TC se haya convertido en una herramienta esencial en la práctica radiológica actual.

7 Bibliografía

1. Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM). (2018). Recomendaciones para el estudio por Uro-TC en la evaluación de la hematuria. *Radiología*, 60(3), 197–208. Elsevier España.
2. Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM). (2020). Protocolos de tomografía computarizada abdominal y urológica. Documentos de consenso SERAM.
3. Cervera Deval, J., & Martí de Gracia, M. (2017). Uro-TC: técnica, indicaciones y hallazgos radiológicos. *Radiología*, 59(5), 389–401. Elsevier España.
4. Del Cura Rodríguez, J. L., Pedraza, S., & Gayete, A. (2017). *Radiología esencial*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
5. García Figueras, R., & Rosón, N. (2016). Tomografía computarizada del aparato urinario. En: *Radiología abdominal*. Elsevier España.
6. Remer, E. M., & Casalino, D. D. (2015). *Urografía por TC multidetector. Versión española*. Elsevier España.
7. European Society of Urogenital Radiology (ESUR). (2019). *Guía clínica de Uro-TC*. Elsevier.
8. Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM). (2019). *Optimización*

de dosis en TC abdominal. Radiología,
61(6), 487–496. Elsevier España.

Artículo 203

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DE MEDIDAS FÍSICAS PARA EL CONTROL DE LA HIPERTERMIA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

ELENA MANOGUÉ GUALLAR

ELISABETH FLORES FERNANDEZ

CORINA BLESÁ MATEO

PILAR TIZÓN MARTÍNEZ

ROCÍO LÓPEZ SORIANO

LUCÍA PALLARES FUSTER

La hipertermia es una alteración frecuente en pacientes hospitalizados y puede estar relacionada con procesos infecciosos, inflamatorios o postquirúrgicos. Su manejo inicial incluye la aplicación de medidas físicas encaminadas a reducir la temperatura corporal y prevenir complicaciones. En este contexto, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel fundamental en la aplicación de dichas medidas, colaborando activamente con el resto del equipo sanitario.

El objetivo de este artículo es analizar la actuación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el control de la hipertermia mediante medidas físicas, desta-

cando su importancia en la seguridad y el confort del paciente. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica de guías clínicas, protocolos hospitalarios y artículos científicos relacionados con el manejo de la fiebre y los cuidados básicos.

Los resultados muestran que la correcta aplicación de medidas físicas contribuye a una disminución eficaz de la temperatura corporal, mejora el bienestar del paciente y reduce el riesgo de complicaciones asociadas a la hipertermia. Se concluye que la intervención del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería resulta esencial dentro del abordaje integral del paciente con hipertermia.

1 Palabras clave

Hipertermia; medidas físicas; control de la fiebre; paciente hospitalizado; técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

2 Introducción

La hipertermia se define como el aumento de la temperatura corporal por encima de los valores normales y constituye un signo clínico frecuente en el ámbito hospitalario. Puede aparecer como respuesta a infecciones, procesos inflamatorios, intervenciones quirúrgicas o alteraciones en los mecanismos de termorregulación del organismo. Su detección y control precoz son fundamentales para evitar complicaciones, especialmente en pacientes vulnerables.

El aumento mantenido de la temperatura corporal puede provocar deshidratación, alteraciones metabólicas, aumento del consumo de oxígeno y sobrecarga cardiovascular, lo que repercute negativamente en la evolución clínica del paciente. Por ello, el manejo de la hipertermia forma parte

de los cuidados básicos y continuados que se prestan durante la hospitalización.

El tratamiento de la hipertermia incluye tanto medidas farmacológicas como medidas físicas. Estas últimas suelen constituir la primera intervención, especialmente en situaciones leves o moderadas, y tienen como objetivo facilitar la pérdida de calor corporal y mejorar el confort del paciente.

Dentro del equipo sanitario, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel clave en la aplicación de las medidas físicas para el control de la hipertermia. Su proximidad al paciente y su participación activa en los cuidados básicos permiten una intervención eficaz, segura y continuada, contribuyendo de manera directa a la mejora del estado general del paciente hospitalizado.

3 Objetivos

Objetivo principal:

Analizar la intervención del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la aplicación de medidas físicas para el

control de la hipertermia en el paciente hospitalizado.

Objetivos secundarios:

- Identificar las principales medidas físicas utilizadas para la disminución de la temperatura corporal.
- Valorar la importancia de estas medidas en la seguridad y el confort del paciente.
- Destacar el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería dentro del abordaje integral de la hipertermia.

4 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se realizó una revisión bibliográfica narrativa centrada en el manejo de la hipertermia y la aplicación de medidas físicas en el ámbito hospitalario. Se consultaron bases de datos científicas como PubMed y Scielo, así como guías clínicas, protocolos institucionales y documentos de organismos oficiales relacionados con el control de la fiebre.

La selección de los documentos se llevó a cabo atendiendo a criterios de actualidad, relevancia clínica y aplicabilidad práctica. Se priorizaron publicaciones de los últimos años que abordaban los cuidados básicos del paciente con hipertermia y el papel del personal de cuidados auxiliares. El análisis de la información permitió identificar las principales recomendaciones y actuaciones relacionadas con las medidas

físicas de control térmico.

5 Resultados

La revisión de la literatura pone de manifiesto que la aplicación de medidas físicas constituye una intervención eficaz y segura para el control de la hipertermia en el paciente hospitalizado, especialmente cuando se realiza de forma precoz y adaptada a la situación clínica individual. Estas medidas permiten favorecer la pérdida progresiva de calor corporal y contribuyen a reducir la temperatura sin generar efectos adversos significativos.

Entre las medidas físicas más descritas se encuentran la retirada del exceso de ropa y ropa de cama, el mantenimiento de una temperatura ambiental adecuada, la ventilación de la habitación y la hidratación adecuada del paciente, ya sea por vía oral o mediante fluidoterapia prescrita. Asimismo, la aplicación de paños húmedos o compresas tibias en zonas estratégicas favorece la disipación del calor y mejora el confort térmico.

El papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería resulta fundamental en la ejecución de estas intervenciones, ya que es el profesional que mantiene un contacto más estrecho y continuado con el paciente. Su actuación permite no solo aplicar correctamente las medidas físicas, sino también realizar una vigilancia constante de la temperatura corporal y del es-

tado general del paciente, detectando de forma precoz posibles signos de empeoramiento clínico.

Los estudios revisados destacan que la correcta aplicación de medidas físicas reduce la sensación de malestar asociada a la fiebre, mejora el descanso y favorece una mayor tolerancia al proceso febril. Además, una actuación protocolizada evita prácticas inadecuadas, como la utilización de agua fría o cambios bruscos de temperatura, que pueden provocar escalofríos y un aumento del consumo metabólico.

Finalmente, la literatura señala que la participación activa del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el control de la hipertermia mejora la coordinación con el resto del equipo sanitario y contribuye a una atención más segura, eficiente y centrada en el paciente, reforzando la calidad global de los cuidados prestados.

6 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la importancia de las medidas físicas como parte fundamental del manejo de la hipertermia en el paciente hospitalizado. Su correcta aplicación permite reducir la temperatura corporal de forma progresiva, mejorar el bienestar del paciente y prevenir complicaciones asociadas a la fiebre mantenida.

La intervención del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería resulta

clave en este proceso, ya que su actuación directa y continuada garantiza la correcta ejecución de las medidas físicas y una vigilancia constante de la respuesta del paciente. La formación adecuada y el uso de protocolos estandarizados refuerzan la seguridad de estas intervenciones.

En conclusión, la participación activa del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en el control de la hipertermia contribuye de manera significativa a la calidad asistencial, al trabajo en equipo y a la atención centrada en el paciente, consolidando su papel esencial dentro del ámbito hospitalario.

7 Bibliografía

1. Mackowiak PA. Concepts of fever. *Arch Intern Med.* 1998;158(17):1870–1881.
2. Ministerio de Sanidad. Cuidados generales del paciente hospitalizado. Madrid: Gobierno de España; 2021.
3. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de infecciones. Ginebra: OMS; 2020.
4. Sociedad Española de Enfermería. Guía de cuidados básicos en el paciente hospitalizado. Madrid: SEE; 2019.

Artículo 204

DESGASTE PROFESIONAL EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO: ANÁLISIS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

CARMEN CAROLINA ALONSO SERRANO

CRISTINA LIAÑO LASHERAS

ANA BELÉN ANDREU PASCUAL

MARIA TERESA ABAD ALVARO

GLORIA SEGURA BARROSO

DIANA ANDREU PASCUAL

Introducción: el síndrome de burnout constituye un problema relevante en el ámbito laboral actual, afectando de forma especial al personal administrativo debido a la carga organizativa, la presión temporal y la interacción constante con los usuarios del sistema sanitario.

Metodología: se realizó una búsqueda bibliográfica en fuentes científicas y documentos institucionales relacionados con el entorno laboral y la salud mental.

Resultados: el síndrome de burnout se manifiesta mediante agotamiento emocional, despersonalización y disminución del rendimiento laboral, influyendo negativamente en la calidad de vida, en el ámbito laboral y en la organización del trabajo.

Conclusiones: la identificación temprana y la adopción de medidas preventivas son los principales elementos que contribuyen a reducir su impacto y favorecer entornos laborales más saludables.

1 Palabras clave

Burnout; personal administrativo; estrés laboral; salud ocupacional; organización del trabajo.

2 Introducción

El entorno laboral actual se caracteriza por una elevada exigencia productiva, cambios organizativos constantes y un incremento de las demandas emocionales y cognitivas. En este contexto, el síndrome de burnout se ha convertido en un problema relevante de salud laboral, afectando a distintos perfiles profesionales. Aunque tradicionalmente se ha asociado a profesiones enfocadas en la asistencia directa al paciente, el personal administrativo presenta una vulnerabilidad creciente debido a la presión organizativa, la carga burocrática y la falta de reconocimiento de su labor.

El personal administrativo desempeña un papel esencial en el funcionamiento de empresas, instituciones públicas y centros sanitarios. Sus tareas incluyen la gestión documental, atención al público, coordinación de procesos internos y apoyo a otros profesionales. Estas funciones, frecuentemente invisibilizadas, exigen concentración constante, habilidades comunicativas y capacidad de adaptación a ritmos de trabajo intensos.

La exposición prolongada a situaciones de estrés laboral, junto con una escasa

autonomía y limitadas oportunidades de desarrollo profesional, favorece la aparición del burnout. Este síndrome se caracteriza por una respuesta inadecuada al estrés crónico laboral y se asocia a alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales que afectan tanto al trabajador como a la organización.

El interés por analizar el burnout en el personal administrativo radica en su impacto directo sobre la calidad del trabajo, el absentismo laboral y la satisfacción profesional. Además, sus consecuencias trascienden el ámbito individual, influyendo en el clima laboral y en la eficiencia de las organizaciones. Por ello, resulta necesario profundizar en sus características, factores asociados y repercusiones, con el fin de promover entornos laborales más saludables.

3 Objetivos

Objetivo general:

Estudiar el impacto del síndrome de burnout en el personal administrativo.

Objetivos específicos:

- Describir los principales factores asociados al desarrollo del burnout en el ámbito administrativo.
- Identificar las manifestaciones psicológicas y laborales relacionadas con este síndrome.
- Valorar las consecuencias del burnout sobre la calidad de vida y el rendimiento laboral.
- Resaltar la importancia de la prevención y la mejora del entorno organiza-

tivo.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando bases de datos como SciELO, PubMed y Google Académico. También se consultaron libros especializados en salud laboral y documentos de organismos oficiales. La búsqueda se centró en publicaciones originales en español comprendidas entre 2015 y 2024.

5 Resultados

El síndrome de burnout en el personal administrativo se manifiesta de forma progresiva, generalmente tras una exposición prolongada a situaciones de estrés laboral. Uno de los principales problemas es el agotamiento emocional, que se traduce en una sensación persistente de cansancio físico y mental. Los trabajadores se ven afectados de falta de energía, dificultades de concentración y una percepción de sobrecarga constante, incluso al inicio de la jornada laboral.

Otro problema es la despersonalización, caracterizada por actitudes de distanciamiento emocional hacia el trabajo, los compañeros o los usuarios. En el ámbito administrativo, esta manifestación puede reflejarse en respuestas automáticas, trato impersonal o desinterés por las tareas habituales. Esta actitud actúa como un mecanismo defensivo frente al desgaste emocional, pero

deteriora la calidad del servicio y las relaciones interpersonales.

La disminución de la realización personal constituye otro componente esencial del burnout. El personal administrativo afectado suele experimentar una percepción negativa de su desempeño profesional, acompañada de sentimientos de inutilidad o falta de reconocimiento. La repetitividad de tareas, la escasa autonomía y las limitadas posibilidades de promoción contribuyen a esta percepción.

Entre los factores laborales asociados destacan la carga excesiva de trabajo, los plazos ajustados, la presión jerárquica y la falta de apoyo organizativo. Además, la atención continua al público, la gestión de conflictos y la exposición a demandas contradictorias incrementan el desgaste emocional.

Las consecuencias del burnout no se limitan al aspecto psicológico. A nivel físico, se asocian síntomas como cefaleas, trastornos del sueño, fatiga crónica y alteraciones gastrointestinales. En el ámbito laboral, el burnout se relaciona con disminución del rendimiento, aumento del absentismo, mayor rotación del personal y deterioro del clima laboral.

Desde la perspectiva de la institución, la presencia de burnout en el personal administrativo repercute negativamente en la eficiencia de los procesos internos. La pérdida de motivación y el aumento de errores administrativos generan un impacto directo en la

calidad del servicio ofrecido. Además, la falta de estrategias preventivas favorece la cronificación del problema, dificultando su abordaje a largo plazo.

6 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout representa un problema creciente de salud laboral en el personal administrativo, con implicaciones que afectan tanto al bienestar individual como al funcionamiento de las organizaciones. La combinación de altas demandas laborales, escaso reconocimiento y limitadas posibilidades de control sobre el trabajo favorece la aparición de este trastorno, generando un deterioro progresivo de la salud emocional y física del trabajador.

La identificación temprana de los signos de burnout resulta fundamental para evitar su cronificación. La implementación de medidas orientadas a la mejora de las condiciones laborales, la distribución equitativa de tareas y el fomento del apoyo social contribuyen a reducir el impacto del estrés laboral. También promover espacios de comunicación y reconocimiento profesional favorece la motivación y el compromiso del personal administrativo.

El abordaje del burnout debe verse desde un punto de vista que incluya tanto estrategias preventivas como intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar psicológico. La promoción de entornos laborales saludables no solo beneficia al trabajador, sino que reper-

cute positivamente en la calidad del servicio, la productividad y la sostenibilidad de las organizaciones. Atender al personal administrativo desde una perspectiva de salud laboral constituye una inversión necesaria para el adecuado funcionamiento institucional.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. "Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11".
2. Gil-Monte PR. "El síndrome de quemarse por el trabajo". Madrid: Pirámide; 2016.
3. Ministerio de Sanidad. "Salud mental y trabajo". España; 2020.
4. Peiró JM. "Estrés laboral y salud". Madrid: Síntesis; 2018.
5. Ministerio de Trabajo y Economía Social. "Guía para la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo". Madrid; 2020.
6. Maslach C, Leiter MP. "Burnout: una perspectiva psicológica". Barcelona: Paidós; 2017.

SOBRECARGA EMOCIONAL EN ENFERMERIA POST COVID-19

CRISTINA ALIAGA CORNAGO

YOLANDA ALIAGA CORNAGO

La pandemia por COVID-19 supuso una crisis sanitaria sin precedentes que impactó de forma significativa en los sistemas de salud y, de manera particular, en el personal de enfermería. Las enfermeras asumieron un rol esencial en la atención directa a los pacientes, enfrentándose a un aumento sostenido de la carga laboral, la exposición constante a situaciones críticas y una elevada presión emocional.

En el contexto post COVID-19, diversas investigaciones han señalado la persistencia de alteraciones emocionales, configurando un fenómeno de sobrecarga emocional que requiere ser analizado desde una perspectiva científica y sanitaria.

1 Palabras clave

Sobrecarga emocional, estrés laboral, burnout, enfermería, COVID-19 y post COVID-19

siedad, depresión, estrés agudo, síndrome post-traumático y burnout durante la fase pandémica.

2 Introducción

La pandemia por COVID-19 representó uno de los mayores desafíos sanitarios del siglo XXI. El personal de enfermería fue uno de los colectivos más expuestos tanto física como emocionalmente. Numerosos estudios han documentado an-

A pesar de que han pasado varios años desde el inicio de la pandemia, diversos informes sugieren que las secuelas emocionales pueden persistir. Entre estas secuelas destaca la sobrecarga emocional, entendida como la sensación sostenida de tensión psíquica derivada del cuidado continuo en situaciones de elevada demanda.

La sobrecarga emocional se entiende como el resultado de la exposición pro-

longada a demandas emocionales intensas, que superan los recursos de afrontamiento del profesional.

En el ámbito de la enfermería, este concepto se vincula con el estrés laboral crónico, la fatiga por compasión y el síndrome de burnout.

Durante la pandemia, estas condiciones se intensificaron debido a factores como la incertidumbre clínica, el miedo al contagio, la muerte frecuente de pacientes y la escasez de recursos materiales y humanos.

La relevancia de abordar la sobrecarga emocional hoy radica en su impacto directo sobre la seguridad del paciente y la sostenibilidad de los sistemas de cuidados. Una enfermera con agotamiento emocional presenta una mayor vulnerabilidad al error clínico y una disminución en la calidad de la interacción humana, esencia del cuidado enfermero.

3 Objetivos

El objetivo de esta revisión bibliográfica es :

Analizar la evidencia científica disponible sobre la sobrecarga emocional en enfermeras en el periodo post COVID-19. Este tipo de revisión permite una aproximación descriptiva y analítica del fenómeno, adecuada para sintetizar el conocimiento existente en el ámbito de las ciencias sanitarias.

4 Metodología

La búsqueda de la literatura se llevó a cabo entre los meses de enero y marzo de 2025 en bases de datos científicas relevantes para el área de la salud y la enfermería: PubMed, CINAHL, Scopus y SciELO.

Se emplearon descriptores en español e inglés, combinados mediante operadores booleanos, tales como: sobrecarga emocional, estrés laboral, burnout, enfermería, COVID-19 y post COVID-19;

Así como sus equivalentes en inglés (emotional overload, work stress, burnout, nursing, COVID-19).

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron estudios originales, revisiones y documentos institucionales publicados entre 2020 y 2024, en español o inglés, que abordaran el impacto emocional de la pandemia de COVID-19 en profesionales de enfermería o analizaran sus consecuencias en el periodo posterior.

Se excluyeron artículos duplicados, estudios centrados exclusivamente en otros profesionales sanitarios sin análisis específico de enfermería, así como aquellos sin acceso a texto completo o con información insuficiente para los objetivos de la revisión.

5 Resultados

La literatura revisada muestra que, tras la fase aguda de la pandemia, las enfer-

meras continúan presentando elevados niveles de ansiedad, depresión, insomnio y síntomas compatibles con estrés postraumático.

Estudios realizados en Europa y América Latina indican que la prevalencia de afectación emocional sigue siendo alta, especialmente en profesionales que trabajaron en unidades de cuidados intensivos, urgencias y hospitalización COVID.

Estos hallazgos evidencian que el impacto emocional no finalizó con el control epidemiológico del virus.

Factores asociados a la sobrecarga emocional

Entre los factores que contribuyen a la sobrecarga emocional en el periodo postCOVID-19 destacan la acumulación de experiencias traumáticas, la sobrecarga laboral mantenida, la falta de apoyo institucional y la percepción de insuficiente reconocimiento profesional.

Asimismo, la dificultad para conciliar la vida laboral y personal, junto con la persistencia de condiciones laborales precarias, se asocia a un mayor riesgo de desgaste emocional en enfermería y esto conlleva a peor calidad asistencial.

Consecuencias para la salud y el sistema sanitario

La sobrecarga emocional tiene consecuencias relevantes tanto para la salud de las enfermeras como para el funcionamiento de los servicios sanitarios.

A nivel individual, se asocia con deterioro de la salud mental, disminu-

ción del bienestar y aumento del absentismo laboral. A nivel organizacional, impacta negativamente en la calidad de los cuidados, la seguridad del paciente y la continuidad asistencial.

En el escenario post COVID-19, estos efectos adquieren especial relevancia ante la creciente escasez de profesionales de enfermería.

Estudios actuales demuestran que la prevalencia de trastornos de ansiedad y el síndrome de burnout se mantienen en niveles superiores a los registros prepandemia, siguen en aumento por la persistente escasez de recursos humanos y una demanda asistencial que no ha recuperado su equilibrio.

6 Discusión-Conclusión

La evidencia disponible subraya la necesidad de implementar intervenciones orientadas al liderazgo organizacional basado en el apoyo y la comunicación efectiva.

Asimismo, resulta imprescindible el desarrollo de políticas sanitarias que mejoren las condiciones laborales y reconozcan el impacto emocional del trabajo enfermero.

La sobrecarga emocional en enfermeras constituye una problemática persistente en el periodo post COVID-19, con importantes repercusiones para la salud del profesional y la calidad del sistema sanitario.

La revisión de la literatura pone de manifiesto la necesidad de abordar este

fenómeno desde un enfoque integral, que combine intervenciones individuales y organizacionales. Promover el bienestar emocional de las enfermeras es un elemento clave para garantizar la sostenibilidad y calidad de los servicios de salud.

7 Bibliografía

1. Gómez-Urquiza JL, et al. Impacto emocional y burnout en enfermeras durante la pandemia por COVID-19. *J Nurs Manag*. 2020.
2. Labrague LJ, De los Santos JAA. Psychological distress and coping strategies of frontline nurses post COVID-19. *J Adv Nurs*. 2021.
3. Organización Mundial de la Salud. Consideraciones sobre la salud mental del personal sanitario durante la COVID-19. 2020.
4. Pérez-Fuentes MC, et al. Estrés laboral y salud mental en enfermería tras la pandemia. *Enferm Clin*. 2022.

Artículo 206

ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES PULMONARES POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS (MNT): UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA INTEGRAL

JULIO ANTONIO VALDUEZA BENEITEZ

Introducción: la enfermedad pulmonar por micobacterias no tuberculosas (EP-MNT) ha pasado de ser una patología rara a una prioridad en salud respiratoria. Su manejo es uno de los mayores retos debido a la resistencia farmacológica y la toxicidad de los tratamientos.

Objetivos: analizar los regímenes para *M. avium* complex (MAC) y *M. abscessus*, evaluar nuevas terapias (ALIS, omadaciclina) y establecer la importancia del manejo no farmacológico

Material y Métodos: revisión sistemática de literatura (2015-2025). Se analizaron 10 artículos fundamentales y guías de consenso.

Resultados: se consolida el uso de la amikacina liposomal (ALIS) y la necesidad de higiene bronquial mecánica para el éxito terapéutico.

Discusión: La toxicidad limita la adherencia; la cirugía y la fisioterapia son pilares adyuvantes infrautilizados.

Conclusiones: el tratamiento exitoso es multidisciplinar, combinando farmacogenómica, técnica inhalatoria y control de fuente.

1 Palabras clave

somal; micobacterias no tuberculosas; higiene bronquial; fagos.

Micobacterias no tuberculosas; micobacteria abscessus; amikacina lipo-

2 Introducción

Las MNT son organismos oportunistas, se encuentran de forma natural en el medio ambiente, principalmente en el agua (grifos, duchas, ríos, mar) y en el suelo. A diferencia de la tuberculosis, no se transmiten de persona a persona (o es extremadamente raro); la infección suele adquirirse por inhalación o contacto directo con el entorno.

Se dividen principalmente en cuatro grupos, basándose en dos criterios: la velocidad de crecimiento y la capacidad de producir pigmentos (colores amarillentos o naranjas) ante la exposición a la luz (Clasificación de Runyon).

Grupo I: Fotocromógenos de crecimiento lento

Estas micobacterias se caracterizan por ser "tímidas" con su color. Cuando crecen en la oscuridad, las colonias no tienen color (son blancas o crema), pero si se exponen a la luz durante un breve periodo, desarrollan un pigmento amarillo intenso o naranja.

- Velocidad: crecen lentamente (más de 7 días).

- Ejemplos clave: *Mycobacterium kansasii* (causa enfermedad pulmonar similar a la TB) y *Mycobacterium marinum* (el "granuloma de las piscinas").

Grupo II: escotocromógenos de crecimiento lento

A diferencia del grupo anterior, estas bacterias son "coloridas" siempre. Producen pigmentos de color amarillo o naranja tanto en la presencia de luz

como en la oscuridad total.

- Velocidad: crecen lentamente (más de 7 días).

- Ejemplos clave: *Mycobacterium scrofulaceum* (causa común de linfadenitis en niños) y *Mycobacterium gordonae* (frecuentemente un contaminante del agua de grifo).

Grupo III: no cromógenos de crecimiento lento

Este grupo incluye a las micobacterias que no producen pigmento, o si lo hacen, es un color muy tenue (grisáceo o beige) que no cambia con la exposición a la luz. Son las más importantes desde el punto de vista clínico hoy en día.

- Velocidad: Crecen lentamente (más de 7 días).

- Ejemplo clave: El Complejo *Mycobacterium avium* (MAC), que es la causa más frecuente de enfermedad por micobacterias no tuberculosas en humanos.

Grupo IV: micobacterias de crecimiento rápido

Como su nombre indica, su principal característica es la rapidez. Mientras que las anteriores tardan semanas, estas pueden formar colonias visibles en medios de cultivo en menos de 7 días. Suelen ser no cromógenas (sin color).

- Velocidad: rápida (3 a 5 días).

- Ejemplos clave: *Mycobacterium abscessus* (muy resistente a antibióticos), *Mycobacterium fortuitum* y *Mycobacterium chelonae*.

Resumen para recordar:

- Grupos I, II y III: son de crecimiento

lento (se toman su tiempo).

- Grupo IV: es el único de crecimiento rápido.
- Pigmentos: fotocromógenos (luz), Escotocromógenos (siempre), No cromógenos (nunca).

La complejidad del tratamiento de las MNT reside en su estructura celular única, caracterizada por una pared rica en lípidos y ácidos micólicos que confiere una impermeabilidad excepcional a los fármacos convencionales. Además, especies como *Mycobacterium avium complex* (MAC) y *Mycobacterium abscessus* poseen la capacidad intrínseca de formar biofilms densos, lo que reduce drásticamente la eficacia de los antibióticos tradicionales. La emergencia de la resistencia inducible a los macrólidos, mediada por el gen *erm*, ha invalidado en gran medida los protocolos convencionales, obligando a explorar terapias adyuvantes como los bacteriófagos modificados. Esta revisión analiza el cambio de paradigma hacia una medicina de precisión en el manejo de estas infecciones entre 2015 y 2025.

3 Objetivos

Principales:

- Sistematizar los regímenes antibióticos para MAC y *M. abscessus* basados en la evidencia 2020-2025.
- Determinar la eficacia de la amikacina liposomal inhalada (ALIS) como terapia de rescate.

Secundarios:

- Describir los protocolos de higiene bronquial y su impacto en la carga bacilar.
- Analizar el manejo de la toxicidad farmacológica y las interacciones de las rifamicinas.
- Evaluar la eficacia de la cirugía de resección en la prevención de recidivas.

4 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica publicada entre enero de 2020 y diciembre de 2025. La búsqueda se llevó a cabo siguiendo los principios de la declaración PRISMA en las bases de datos PubMed/MEDLINE, ScienceDirect y Cochrane Library.

Descriptores en ciencias de la salud (MeSH) combinados mediante operadores booleanos: ("Mycobacterium Infections, Nontuberculous/therapy"[Mesh] AND "Anti-Bacterial Agents"[Mesh]).

Criterios de inclusión: ensayos clínicos fase II/III, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica internacionales (ATS/IDSA) y reportes de uso compasivo de nuevas terapias. Se excluyeron artículos centrados exclusivamente en *M. tuberculosis* y estudios en modelos animales sin correlación clínica humana.

5 Resultados

1. Pilares del Tratamiento Médico (MAC y *M. abscessus*)

El éxito en MAC depende de la Azitromicina. Si hay resistencia a macrólidos (mutación *rrl*), la tasa de éxito cae del 80% al 5-10% (1)

Resultados Críticos en *M. abscessus*: Se ha identificado que la subespecie *abscessus* presenta resistencia inducible a macrólidos en el 85% de los casos. El uso de cuádruple terapia (Amikacina, Imipenem, Tigeciclina y Clofazimina) ha elevado la tasa de éxito clínico del 30% al 50% en centros de referencia (3, 12,13). Omadaciclina es una de las mayores promesas para transformar el tratamiento de *M. abscessus* en un régimen 100% oral a futuro (7).

El hallazgo más relevante de esta revisión es la consolidación de la Amikacina Liposomal Inhalada (ALIS) como la primera terapia aprobada específicamente para MAC refractario. Este avance no solo mejora la conversión microbiológica, sino que aborda uno de los mayores problemas del tratamiento sistémico: la toxicidad renal y acústica (2)

2. Protocolo de Higiene Bronquial: El componente olvidado

Un hallazgo clave de esta revisión es que el antibiótico no puede penetrar las secreciones impactadas y los biofilms sin ayuda mecánica (9)

- Técnicas de Presión Expiratoria Positiva (PEP): el uso de dispositivos os-

cilantes (tipo Flutter o Acapella) ayuda a desprender el moco de las paredes bronquiales.

- Solución Salina Hipertónica (3-7%): su inhalación previa al antibiótico nebulizado hidrata el moco y facilita su expulsión, además de tener un efecto bacteriostático leve.

- Ejercicio aeróbico: la actividad física regular es fundamental para movilizar secreciones en las bases pulmonares.

3. Manejo de la Toxicidad y Farmacocinética

La toxicidad es la causa número uno de abandono del tratamiento (hasta un 40%).

- Etambutol: requiere examen de agudeza visual y visión de colores basal y mensual.

- Amikacina: monitorización de niveles valle para evitar nefrotoxicidad.

- Rifampicina: es un potente inductor del CYP3A4, lo que reduce los niveles de anticoagulantes, antirretrovirales y anticonceptivos.

- Amikacina liposomal inhalada (ALIS): el 90% de los pacientes tratados con ALIS reportaron efectos adversos locales (disfonía, tos), pero solo el 10% requirió la interrupción definitiva. No se reportaron eventos de toxicidad sistémica grave asociados al uso de bacteriófagos (2).

4. Cirugía de Resección Pulmonar

La cirugía se reserva para pacientes con:

- Enfermedad localizada refractaria al tratamiento médico tras 6-12 meses.

- Hemoptisis masiva proveniente de una cavidad.
- Imposibilidad de tolerar el régimen antibiótico.

La lobectomía asistida por video (VATS) es la técnica de elección para minimizar la pérdida de capacidad vital (8)

5. Fagoterapia

En casos de rescate compasivo, el uso de cócteles de fagos ha demostrado una mejoría clínica sustancial en el 54-60% de los pacientes con infecciones diseminadas (11).

debe combinar antibióticos, higiene bronquial diaria, fagos y cirugía torácica.

2. Importancia del Laboratorio: no se debe iniciar tratamiento para M. abscessus sin conocer el subtipo y la funcionalidad del gen erm.

3. Adyuvancia Quirúrgica: la cirugía debe considerarse un aliado temprano y no un último recurso.

4. Monitorización: el éxito se define no solo por cultivos negativos, sino por la mejora en la calidad de vida y la estabilización de la función pulmonar.

6 Discusión-Conclusión

El tratamiento de las micobacterias atípicas ha entrado en una fase de transición crítica en los últimos años. El hallazgo más relevante de esta revisión es la consolidación de la Amikacina Liposomal Inhalada (ALIS) como la primera terapia aprobada específicamente para MAC refractario. Este avance no solo mejora la conversión microbiológica, sino que aborda uno de los mayores problemas del tratamiento sistémico: la toxicidad renal y acústica.

Sin embargo, el manejo de M. abscessus sigue representando un "muro terapéutico" insatisfactorio. La presencia del gen de resistencia inducible a macrólidos (erm) invalida a menudo la claritromicina.

Como conclusiones, debemos tener en cuenta los siguientes factores:

1. Enfoque Holístico: el tratamiento

7 Bibliografía

1. Daley CL, et al. Treatment of Nontuberculous Mycobacterial Pulmonary Disease: An Official ATS/ERS/ESCMID/IDSA Clinical Practice Guideline. Clin Infect Dis. 2020;71(4):e1-e36.
2. Griffith DE, et al. Amikacin Liposome Inhalation Suspension for Refractory MAC Lung Disease. Am J Respir Crit Care Med. 2018;198(12):1559-1569.
3. Kwak N, et al. The Treatment of Mycobacterium abscessus Pulmonary Disease. Int J Tuberc Lung Dis. 2019;23(3):292-299.
4. Boutin S, et al. Genomic Analysis of Nontuberculous Mycobacteria. J Clin Microbiol. 2021;59(2):e02010-20.
5. Winthrop KL, et al. Safety and tolerability of long-term drug regimens for NTM. Eur Respir J. 2022;60:2101234.
6. Philley JV, et al. Bedaquiline for

treatment of *Mycobacterium abscessus*. *Chest*. 2015;148(2):499-506.

7. Morrisette T, et al. Omadacycline for *Mycobacterium abscessus* infections. *Open Forum Infect Dis*. 2021;8(2):ofaa648.

8. Zweijpfenning S, et al. Surgical treatment of nontuberculous mycobacterial lung disease. *Eur Respir Rev*. 2018;27:170129.

9. Lee H, et al. Airway clearance techniques in bronchiectasis and NTM. *Respiratory Medicine*. 2023;210:107150.

10. Nick JA, et al. New therapeutic compounds for NTM: Phase II results. *N Engl J Med*. 2024;390:456-465.

11. Schooley RT, Benson CA, Strathdee SA. Bacteriophage therapy: A 2025 perspective on clinical implementation. *JAMA Netw Open*. 2025;8(1):e241022.

12. Nick JA, Dedrick RM, Gray AL, et al. Host and pathogen response to bacteriophage therapy of *Mycobacterium abscessus* lung infection. *Cell*. 2022;185(11):1860-74.

13. Uyttenbroek S, Chen B, et al. Safety and efficacy of phage therapy in difficult-to-treat infections: A systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2023;23(8):e291-303.

Artículo 207

GESTIÓN DE LA POLIFARMACIA EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO DESDE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA EN LA ADECUACIÓN TERAPÉUTICA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

YOLANDA MARTINEZ RUIZ

GEONYS GARCÍA GÓMEZ

Introducción: la polifarmacia es una consecuencia frecuente del envejecimiento, la multimorbilidad y la fragmentación asistencial. Se asocia a mayor riesgo de eventos adversos, caídas, deterioro funcional, ingresos hospitalarios y mortalidad. En Atención Primaria, el médico de familia ocupa una posición estratégica para liderar la revisión y adecuación del tratamiento farmacológico, al disponer de una visión longitudinal e integral del paciente. La gestión de la polifarmacia constituye una función específica de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), especialmente relevante en pacientes pluripatológicos.

Objetivo: analizar el papel del médico de familia en la gestión clínica de la polifarmacia en pacientes pluripatológicos y describir un modelo operativo de revisión terapéutica centrada en la persona.

1 Palabras clave

Polifarmacia; Pluripatología; Medicina Familiar y Comunitaria; Deprescrip-

ción; Seguridad del paciente; Atención primaria.

2 Introducción

La polifarmacia, habitualmente definida como el uso simultáneo de cinco o más medicamentos, es un fenómeno creciente en los sistemas sanitarios modernos. Su prevalencia aumenta de forma exponencial con la edad, la presencia de enfermedades crónicas y la atención fragmentada entre distintos especialistas. En este contexto, el paciente pluripatológico —aquel que presenta varias enfermedades crónicas relevantes— se convierte en el principal afectado por los riesgos derivados del uso inadecuado de medicamentos.

La MFyC, por su enfoque integral y longitudinal, desempeña un papel esencial en la gestión de la polifarmacia. A diferencia de otros niveles asistenciales centrados en patologías concretas, el médico de familia atiende a la persona en su conjunto, considerando no solo la enfermedad, sino también la funcionalidad, el contexto social, las preferencias del paciente y su expectativa de vida. Esta visión global es imprescindible para una adecuada toma de decisiones terapéuticas.

La polifarmacia no es intrínsecamente negativa; en muchos casos es consecuencia inevitable de la aplicación de guías clínicas basadas en enfermedades individuales. El problema surge cuando la acumulación de tratamientos no se

reevalúa periódicamente, generando fármacos potencialmente inapropiados, duplicidades terapéuticas, interacciones y una carga farmacológica excesiva. Estas situaciones se asocian a eventos adversos medicamentosos, caídas, deterioro cognitivo, baja adherencia y aumento de ingresos hospitalarios.

3 Objetivos

Analizar la función del médico de familia en la gestión clínica de la polifarmacia en pacientes pluripatológicos y su impacto en la seguridad y calidad asistencial.

Objetivos específicos:

- Describir las causas y consecuencias de la polifarmacia en pacientes pluripatológicos atendidos en Atención Primaria.
- Identificar el papel diferencial del médico de familia en la revisión y adecuación terapéutica frente a otros niveles asistenciales.
- Analizar las principales herramientas clínicas para la evaluación de la adecuación farmacológica en Atención Primaria.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado

artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

5 Resultados

1. Magnitud del problema de la polifarmacia

La polifarmacia es altamente prevalente en pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas. Su presencia se asocia a un incremento significativo de reacciones adversas a medicamentos, interacciones farmacológicas y errores de medicación. En pacientes pluripatológicos, la probabilidad de polifarmacia inapropiada es especialmente elevada.

2. Factores contribuyentes

Entre los principales factores se incluyen:

- Aplicación simultánea de múltiples guías clínicas.
- Atención fragmentada y falta de comunicación entre niveles.
- Inercia terapéutica.
- Falta de revisiones periódicas del tratamiento.
- Presión asistencial y limitaciones de tiempo en consulta.

3. Rol del médico de familia

El médico de familia es el profesional mejor situado para liderar la gestión de la polifarmacia debido a:

- Visión integral y longitudinal del paciente.

- Conocimiento del contexto social y funcional.

- Capacidad para priorizar objetivos terapéuticos realistas.

- Relación de confianza con el paciente y su familia.

4. Herramientas para la revisión farmacológica

Entre las herramientas más utilizadas se encuentran:

- Criterios STOPP/START.

- Criterios de Beers.

- Revisión centrada en objetivos y calidad de vida.

- Conciliación de la medicación tras ingresos hospitalarios.

5. Deprescripción segura.

La deprescripción debe ser:

- Individualizada.

- Progresiva.

- Compartida con el paciente.

- Monitorizada para detectar efectos adversos o recaídas.

Los estudios muestran que la deprescripción bien planificada no empeora los resultados clínicos y puede mejorar la funcionalidad y la calidad de vida.

6. Trabajo en equipo

La coordinación con enfermería, farmacia comunitaria y hospitalaria mejora la efectividad de la revisión terapéutica y reduce errores de medicación.

En Atención Primaria, la continuidad asistencial permite al médico de familia detectar de forma precoz los efectos negativos de la polifarmacia. La

relación longitudinal facilita conocer la evolución clínica del paciente, sus prioridades y su tolerancia real a los tratamientos. Además, el médico de familia suele ser el profesional responsable de renovar la mayor parte de las prescripciones crónicas, lo que le sitúa en una posición clave para revisar, ajustar o retirar tratamientos cuando sea necesario.

La fragmentación asistencial constituye uno de los principales determinantes de la polifarmacia inapropiada. El paciente pluripatológico suele ser atendido por múltiples especialistas, cada uno centrado en su área de conocimiento, lo que puede dar lugar a tratamientos superpuestos o contradictorios. En este escenario, la MFyC actúa como eje coordinador, integrando la información clínica y asumiendo la responsabilidad de la coherencia terapéutica global.

Otro aspecto fundamental es la relación entre polifarmacia y fragilidad. A medida que el paciente envejece y pierde reserva funcional, el balance beneficio-riesgo de muchos medicamentos cambia. Fármacos que fueron adecuados en fases previas de la vida pueden dejar de serlo, aumentando el riesgo de efectos adversos sin aportar un beneficio clínico significativo. Por ello, la revisión periódica del tratamiento es una necesidad clínica y ética.

La deprescripción, entendida como el proceso planificado y supervisado de

retirada de medicamentos innecesarios o potencialmente dañinos, se ha consolidado como una estrategia clave en el manejo de la polifarmacia. Lejos de ser una práctica pasiva, la deprescripción requiere conocimientos clínicos, habilidades comunicativas y un enfoque centrado en la persona. En este proceso, el médico de familia desempeña un rol central, al ser quien mejor conoce al paciente y su entorno.

En definitiva, la gestión de la polifarmacia no puede considerarse una tarea transversal o secundaria, sino una función específica de la MFyC, con impacto directo en la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la sostenibilidad del sistema sanitario.

6 Discusión-Conclusión

La gestión de la polifarmacia en pacientes pluripatológicos es una función esencial y específica de la Medicina Familiar y Comunitaria. El médico de familia, gracias a su visión integral y a la continuidad asistencial, está en una posición única para garantizar tratamientos seguros, adecuados y alineados con los objetivos vitales del paciente.

La revisión periódica del tratamiento y la deprescripción no deben entenderse como una pérdida de calidad asistencial, sino como una expresión de buena práctica clínica. Implementar programas estructurados de revisión farmacológica en Atención Primaria es una

estrategia clave para afrontar el envejecimiento poblacional, reducir la iatrogenia y mejorar la sostenibilidad del sistema sanitario.

7 Bibliografía

1. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications. Arch Intern Med.
2. O'Mahony D, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing. Age and Ageing.
3. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use.
4. Scott IA, et al. Deprescribing in older people. Med J Aust.
5. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad.

Artículo 208

EL ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL COMÚN DESDE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: FUNCIÓN ESPECÍFICA DEL MÉDICO DE FAMILIA EN LA DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES PREVALENTES

GEONYS GARCÍA GÓMEZ

YOLANDA MARTINEZ RUIZ

Introducción: los trastornos de salud mental común, como la depresión, la ansiedad y los trastornos adaptativos, representan una de las principales causas de consulta en Atención Primaria. Su elevada prevalencia, junto con el estigma asociado y la limitada accesibilidad a atención especializada, sitúan al médico de familia como el profesional sanitario de referencia para su detección y manejo inicial. La Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) desempeña una función específica en el abordaje integral de estos trastornos, integrando dimensiones clínicas, psicológicas y sociales.

Objetivo: analizar el papel del médico de familia en el abordaje de los trastornos de salud mental común en Atención Primaria y describir un modelo de actuación integral y longitudinal.

1 Palabras clave

Salud mental; Depresión; Ansiedad; Medicina Familiar y Comunitaria;

Atención primaria; Trastornos mentales comunes.

2 Introducción

La salud mental constituye un componente esencial del bienestar y la calidad de vida de las personas. En las últimas décadas, los trastornos mentales comunes han adquirido una relevancia creciente debido a su elevada prevalencia, su impacto funcional y su asociación con otras enfermedades crónicas. La depresión y los trastornos de ansiedad se sitúan entre las principales causas de discapacidad a nivel mundial y generan una importante carga para los sistemas sanitarios.

En Atención Primaria, la mayoría de los problemas de salud mental se presentan inicialmente como síntomas inespecíficos: insomnio, fatiga, dolor somático, cefaleas o malestar general. Estos síntomas suelen estar relacionados con situaciones vitales estresantes, problemas laborales, familiares o económicos, lo que dificulta su reconocimiento como trastornos mentales. En este contexto, el médico de familia desempeña un papel clave en la detección precoz y el abordaje inicial.

La MFyC se caracteriza por su enfoque biopsicosocial, que integra la dimensión psicológica y social en la atención clínica. Este enfoque resulta especialmente adecuado para el abordaje de la salud mental común, ya que permite contextualizar los síntomas dentro de

la historia vital del paciente y evitar una medicalización excesiva del sufrimiento cotidiano.

La accesibilidad es otro elemento diferencial de la Atención Primaria. Muchas personas con síntomas de ansiedad o depresión no buscan atención especializada por miedo al estigma o por barreras de acceso. El médico de familia, como primer contacto con el sistema sanitario, se convierte en la puerta de entrada a la atención en salud mental, ofreciendo un espacio seguro para la expresión del malestar emocional.

3 Objetivos

Objetivo general

Analizar el papel del médico de familia en el abordaje integral de los trastornos de salud mental común en Atención Primaria.

Objetivos específicos

- Describir la prevalencia y características de los trastornos mentales comunes en Atención Primaria.
- Analizar el proceso diagnóstico desde la consulta del médico de familia.
- Examinar las intervenciones terapéuticas disponibles en Atención Primaria.
- Evaluar la importancia de la relación longitudinal en el seguimiento de estos trastornos.
- Proponer un modelo de abordaje integral liderado por MFyC.

4 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed,

Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

5 Resultados

La accesibilidad es otro elemento diferencial de la Atención Primaria. Muchas personas con síntomas de ansiedad o depresión no buscan atención especializada por miedo al estigma o por barreras de acceso. El médico de familia, como primer contacto con el sistema sanitario, se convierte en la puerta de entrada a la atención en salud mental, ofreciendo un espacio seguro para la expresión del malestar emocional.

La relación longitudinal entre el médico de familia y el paciente favorece la confianza y la continuidad del cuidado. Esta relación facilita la exploración de factores psicosociales, la identificación de cambios en el estado emocional y el seguimiento de la evolución clínica a lo largo del tiempo. Además, permite adaptar las intervenciones a las preferencias y circunstancias del paciente.

La fragmentación entre Atención Primaria y salud mental especializada constituye uno de los principales retos en este ámbito. En muchos casos, los recursos especializados son limitados, lo que refuerza la necesidad de capacitar al médico de familia para asumir el manejo de los trastornos mentales comunes de forma autónoma, derivando únicamente los casos de mayor complejidad.

En este sentido, el abordaje de la salud mental común no debe considerarse una tarea transversal o secundaria, sino una función específica de la MFyC, con competencias propias en detección, manejo inicial y seguimiento.

1. Trastornos mentales comunes en Atención Primaria

Los trastornos más frecuentes incluyen depresión mayor, trastornos de ansiedad generalizada, trastornos adaptativos y somatizaciones. Su presentación clínica suele ser heterogénea.

2. Detección y diagnóstico

El diagnóstico en Atención Primaria se basa en la entrevista clínica, la exploración del contexto vital y el uso selectivo de escalas de cribado.

3. Intervenciones terapéuticas

Las intervenciones incluyen:

- Psicoeducación.
- Apoyo emocional.
- Técnicas básicas de afrontamiento.
- Tratamiento farmacológico cuando está indicado.

4. Seguimiento longitudinal

El seguimiento permite ajustar el

tratamiento, prevenir recaídas y detectar comorbilidades.

5. Coordinación con salud mental

La derivación se reserva para casos graves, resistentes o con riesgo suicida.

6 Discusión-Conclusión

El abordaje de la salud mental común es una función esencial y específica de la Medicina Familiar y Comunitaria. El médico de familia, gracias a su accesibilidad, continuidad y enfoque integral, se encuentra en una posición privilegiada para ofrecer atención efectiva y humana a pacientes con trastornos mentales prevalentes.

Reforzar esta función contribuye a mejorar la detección precoz, reducir el estigma y garantizar una atención centrada en la persona. Ante la elevada carga de sufrimiento asociada a estos trastornos, la MFyC desempeña un papel insustituible en la salud mental comunitaria.

El abordaje de la salud mental común es una función específica y nuclear de la MFyC. Reforzar las competencias del médico de familia en este ámbito es esencial para garantizar una atención accesible, continua y efectiva ante uno de los principales problemas de salud de la población.

7 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales

comunes.

2. NICE. Depression in adults: recognition and management.

3. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del SNS.

4. Goldberg D, et al. Common mental disorders.

5. Starfield B. Primary care and mental health.