SATSE

XVI CONGRESO

de la evidencia a la práctica
innovación y ciencia del cuidado

XVI CONGRESO

DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA: INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO

Online: del 1 al 10 de octubre 2025
Presencial: 10 de octubre 2025
(Hotel Parque Real)
www.congresosatsecr.es

Inscripciones:
cursos.satse.es/ciudadreal
Envío de trabajos
Del 17 marzo hasta el 17 junio 2025

UCLM fuden SATSE
Cátedra FUDEN-UCLM

Coordinadoras:
Oropesa Fernández, Sara
Galán Zamora, Aránzazu

Editor: SATSE Ciudad Real
http://ciudadreal.satse.es

4º edición Mayo 2026

ISBN: 978-84-128904-8-8

@Todos los derechos reservados.

Índice

Capítulo 1
A propósito de un caso: síndrome coronario agudo con elevación del ST.....14
Capítulo 2
A propósito de un caso: Síndrome Piramidal.....18
Capítulo 3
Alimentación complementaria vegetariana en el bebé.....22
Capítulo 4
Aloinmunización en pacientes con Síndrome Mielodisplásico y Leucemia mieloide aguda 28
Capítulo 5
Análisis de la satisfacción familiar con las visitas ,confort y limpieza de la UCI del HGUCR.....32
Capítulo 6
Análisis de los Efectos de la Dieta Cetogénica en la Salud Metabólica.....37
Capítulo 7
Análisis del momento de aplicación del método piel con piel madre-hijo.....41
Capítulo 8
Aplicación de los sistemas de apoyo a la atención de enfermería con IA en unidades de cuidados intensivos...45
Capítulo 9
Atención Sanitaria en la prevención y detección de la Mutilación Genital femenina (MGF).....50
Capítulo 10
Atención y cuidados en pacientes con intoxicaciones agudas.....55
Capítulo 11
Autocontrol en Diabetes Mellitus tipo 1 mediante sistema de medición continua de glucosa flash.....60
Capítulo 12
Autolesiones en el trastorno límite de personalidad: actitudes, formación y abordaje de enfermería.....64
Capítulo 13
Beneficios de la cura con sal ante un granuloma umbilical.....69
Capítulo 14
Beneficios de la Lactancia Materna.....73
Capítulo 15
Burnout y Enfermería.....77
Capítulo 16
Buzzy® y ShotBlocker®: Estrategias para el alivio del dolor en pediatría.....82

Capítulo 17
Caso clínico de Enfermería obstétrico-ginecológica "Embarazo de alto riesgo sin controlar".....87
Capítulo 18
Caso clínico de enfermería obstétrico-ginecológica "Hematoma perineal en el postparto inmediato".....91
Capítulo 19
Caso Clínico: Ictus vs Epilepsia en paciente joven.....95
Capítulo 20
Caso clínico: tromboembolismo pulmonar tras consumo de nitrito de amilo.....100
Capítulo 21
Caso Clínico; Actuación de Enfermería ante un niño con enfermedad celíaca.....106
Capítulo 22
Cómo el entorno laboral afecta a la salud mental.....111
Capítulo 23
¿Cómo usar la solución limpiadora prontosan según evidencia cientifica?.....115
Capítulo 24
Comparación entre el uso de la miel medicinal y apósitos de hidrogel en el tratamiento de úlceras por presión (UPP).....119
Capítulo 25
Cuando no hay venas....¡Hay hueso!.....124
Capítulo 26
Cuidados anestésicos en el paciente pediátrico con síndrome de Prader-Willi: una revisión narrativa.....129
Capítulo 27
Cuidados de Enfermería en el Dolor del miembro fantasma: enfoque integral tras la amputación.....134
Capítulo 28
Cuidados de enfermería en el paciente con shock obstructivo.....139
Capítulo 29
Cuidados de enfermería en el paciente crítico con Dispositivo de Asistencia ventricular impella®.....144
Capítulo 30
Cuidados de Enfermería en el Tratamiento con mitomicina en pacientes sometidos a Reseccion Transretral...149
Capítulo 31
Cuidados de Enfermería en la Fístula arterio venosa.....153
Capítulo 32
Cuidados en Enfermería en las Quemaduras infantiles.....158
Capítulo 33
Cuidados de enfermería en los drenaje Jackson-Pratt.....162
Capítulo 34
Cuidados de Enfermería en pacientes con tromboembolismo pulmonar.....167
Capítulo 35
Cuidados de Enfermería en Reflujo Gastroesofágico.....171
Capítulo 36
Cuidados de enfermería en Traqueotomías.....175
Capítulo 37
Cuidados Paliativos y manejo del final de la vida en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada.....180
Capítulo 38
Del dato al cuidado: decisiones enfermeras basadas en evidencia para una práctica clínica transformadora....185
Capítulo 39
Desescalada verbal como método de intervención enfermera en salud mental.....190
Capítulo 40
Diafragma y COVID-19: abordaje desde el punto de vista de la fisioteraIA.....194

Capítulo 41
Diaterma como tratamiento sintomático de la fibromalgia.....199
Capítulo 42
Efectividad del empleo de espumas y alginatos en el control de heridas exudativas.....204
Capítulo 43
Efecto del Ejercicio de Fuerza en mujeres con Diabetes Gestacional.....209
Capítulo 44
Eficacia PRP (plasma rico en plaquetas) previo al tratamiento fisioterapeutico en neuralgia del trigémino...213
Capítulo 45
Ejercicio Físico en personas con Enfermedad de Parkinson.....218
Capítulo 46
El abordaje de enfermería en el control del dolor crónico en ancianos.....222
Capítulo 47
El Ojo que Nunca Duerme: monitorización sin contacto para la prevención de caídas nocturnas.....227
Capítulo 48
El Reflujo Gastroesofágico en Lactantes.....232
Capítulo 49
El rol de la enfermería en la era de la inteligencia artificial: una revisión bibliográfica.....236
Capítulo 50
El uso de la Carbetocina y la oxitocina en el alumbramiento tras el parto.....240
Capítulo 51
El uso del Mioinositol en combinación con D chiro inositol en Sindrome de Ovario Poliquístico en infertilidad.....244
Capítulo 52
Eliminación domiciliaria de residuos punzantes en pacientes diabéticos.....248
Capítulo 53
Endometriosis.....252
Capítulo 54
Enfermera de Salud Mental en Urgencias Psiquiátricas. Opinión de los profesionales.....258
Capítulo 55
Enfermería en la Insuficiencia Cardiaca.....262
Capítulo 56
Enfriamiento del Cuero Cabelludo para la Prevención de la Alopecia Secundaria a Quimioterapia.....266
Capítulo 57
Estado Nutricional en pacientes con epoc: un enfoque integral.....270
Capítulo 58
Estrategia antibiofilm y soporte compresivo: experiencia de éxito con DACC en una úlcera venosa de larga evolución.....274
Capítulo 59
Evaluación de la marcha y el equilibrio en pacientes sometidos a fisioterapia tras la intervención quirúrgica del tendón de Aquiles.....280
Capítulo 60
Evaluación de los conocimientos de Enfermería sobre el cuidado y la prevención de complicaciones en los pacientes con Traqueostomía.....284
Capítulo 61
Evaluación del dolor del paciente crítico.....289
Capítulo 62
Evaluacion en tiempo real de la seguridad del medicamento en pacientes criticos.....292
Capítulo 63
Evidencia científica sobre el consumo de alcohol en el embarazo y sus efectos en la salud fetal: una revisión sistemática para la práctica enfermera.....299

Capítulo 64
Evidencia de Correlación entre Preeclampsia en el embarazo e Ictus.....308
Capítulo 65
EVIDENCIA EN TU BOLSILLO: códigos QR para estandarizar el cuidado de heridas mediante accesos inmediatos a protocolos de curas.....312
Capítulo 66
Evitando la sobremedicacion en centro residencial de personas con discapacidad intelectual 317
Capítulo 67
Evolución de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) en los últimos dos años: avances y desafios.....322
Capítulo 68
Fibrólisis diacutánea como tratamiento del síndrome del túnel carpiano.....326
Capítulo 69
Fisioterapia en el Dolor Lumbar durante el Embarazo.....331
Capítulo 70
Fisioterapia en la Luxación decidivante de hombro.....335
Capítulo 71
Fisioterapia en Mielitis por Herpes Zoster.....339
Capítulo 72
Granulocitoaféresis: experiencia enfermera en un hospital de tercer nivel.....345
Capítulo 73
Hematoma hepático tras traumatismo: a propósito de un caso.....349
Capítulo 74
Hemorroides en pediatría. Un caso clínico.....354
Capítulo 75
Hiperprolactinemia secundaria a antipsicóticos y consecuencias clínicas: una revisión bibliográfica.....359
Capítulo 76
Hipoglucemia en recién nacido sin reflejo de succión.....364
Capítulo 77
Impacto del checklist quirúrgico en la seguridad del paciente: una revisión sistemática desde la práctica enfermera....368
Capítulo 78
Impacto del ejercicio físico en la calidad de vida y la evolución del Alzheimer: Una síntesis de la evidencia para la práctica enfermera.....372
Capítulo 79
Impacto psicologico de la hemodialisis en pacientes y profesionales de la salud.....377
Capítulo 80
Implementación de Aplicaciones Móviles en el Manejo de la Diabetes.....382
Capítulo 81
INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN ENFERMERÍA: Transformando los cuidados desde la evidencia a la practica...386
Capítulo 82
Intervenciones de enfermería con monitoreo remoto y tecnología en insuficiencia cardíaca.....391
Capítulo 83
Intervenciones de Enfermería en el Diagnóstico de Sibo.....396
Capítulo 84
La comunicación persuasiva como efecto placebo en la administración de inyecciones intramusculares.....400
Capítulo 85
La educación para la salud en la enfermedad celiaca.....405
Capítulo 86
La enfermería y los Hospitales Magnéticos.....409
Capítulo 87
La musicoterapia como herramienta para mejorar la calidad de vida en pacientes geriátricos.....413

Capítulo 88
Lactancia Materna, mastitis y uso de Probióticos.....418
Capítulo 89
Las Ostomías en el Embarazo desde atención primaria.....422
Capítulo 90
Lipedema: una realidad invisibilizada. Abordaje desde la enfermería para el diagnóstico y cuidado integral...426
Capítulo 91
Manejo de la Bolsa de Bogotá en el Abdomen Abierto.....430
Capítulo 92
Manejo del dolor en el paciente oncológico.....435
Capítulo 93
Manejo del dolor postoperatorio tras amputación: a propósito de un caso.....439
Capítulo 94
Manejo no farmacológico del estrés en el puerperio de la madre primeria desde la consulta de enfermería en atención primaria.....444
Capítulo 95
Mantenimiento del Reservorio Subcutáneo: Heparinización VS Salinización 449
Capítulo 96
Manual práctico de vendajes: innovación docente para la formación enfermera en la Facultad de Ciudad Real...453
Capítulo 97
Mapeo de activos y la salud comunitaria.....458
Capítulo 98
Más allá de Braden y Norton: IA aplicada a la prevención de UPP en pacientes hospitalizados.....462
Capítulo 99
Más Allá del Apósito: Decisiones enfermeras que cronifican o curan.....467
Capítulo 100
Modelos de liderazgo enfermero en el equipo SVAE.....471
Capítulo 101
Mucho más que tratamiento: la enfermería como clave en la experiencia del paciente con Insuficiencia Cardiaca.....476
Capítulo 102
Oblicuidad Pélvica Congénita. Tratamiento de Fisioterapia 481
Capítulo 103
Ocupación del quirófano de urgencias.....485
Capítulo 104
Paciente con politraumatismo atendido en medio rural. Caso clínico.....489
Capítulo 105
Papel de enfermería ante la Deshidratación- Rehidratación.....493
Capítulo 106
Papel de Enfermería en el duelo perinatal.....498
Capítulo 107
Papel de enfermería en la atención del paciente con ictus isquémico en fase aguda.....503
Capítulo 108
Papel de la enfermería en el estudio electrofisiológico cardiaco.....508
Capítulo 109
Papel de los anticonceptivos hormonales en pacientes con migraña: Riesgo de ictus.....513
Capítulo 110
Papel enfermero tras colangiopancreatografía retrógrada endoscópica 518
Capítulo 111
Patologia Dual a Proposito de un caso.....522

Capítulo 112
Pilotaje de Comunidades Terapéuticas: Una propuesta de aprendizaje colaborativo en la mejora de los cuidados básicos.....528
Capítulo 113
Pinzamiento sondaje vesical para su retirada ¿SI o NO?.....533
Capítulo 114
Politraumatismo grave en medio rural atendido por un HEMS. Caso Clínico.....538
Capítulo 115
Prescripción de ejercicio físico en atención primaria con adaptación al ciclo menstrual.....542
Capítulo 116
Presencia familiar durante procedimientos invasivos en urgencias, una revisión bibliográfica.....546
Capítulo 117
Prevención de caídas en personas mayores institucionalizadas: revisión de intervenciones enfermeras en España, una Revisión Bibliográfica.....550
Capítulo 118
Prevención del delirium en pacientes mayores hospitalizados: intervención Enfermera Basada en la Evidencia, una Revisión Bibliográfica.....555
Capítulo 119
Protección de Datos y Ética en Enfermería: Rol de la enfermería en los comités de ética de la investigación....559
Capítulo 120
Revisión bibliográfica sobre la Enfermera Especialista en Salud Mental en las Urgencias.....564
Capítulo 121
Revisión bibliográfica sobre los efectos de la Fisioterapia en el quiste de Baker.....568
Capítulo 122
Revisión Bibliográfica: Insomnio y uso de móviles.....572
Capítulo 123
Revisión bibliográfica: La hirudoterapia como tratamiento de la congestión venosa en reimplantes de dedo...577
Capítulo 124
Revisión de la actualidad en el uso de los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) en pacientes hematológicos.....581
Capítulo 125
Seguridad del Paciente en el proceso de Inmunización.....586
Capítulo 126
Sentido, Fé y Salud Mental: El Rol de la Espiritualidad en la Recuperación Emocional 590
Capítulo 127
Sistema de Monitorización Flash de Glucosa. Un avance en diabetes. 595
Capítulo 128
Tatuajes: Riesgos de los que nadie habla.....600
Capítulo 129
Técnica Mölndal: Una Solución Innovadora para Heridas Quirúrgicas.....604
Capítulo 130
Terapia espejo asistida con robot tras accidente cerebrovascular.....608
Capítulo 131
Termoterapia en el parto como alivio del dolor.....613
Capítulo 132
Transformando la Atención: El Impacto de las APPS para Enfermería.....617
Capítulo 133
Tratamiento con realidad virtual (RV) en Fisioterapia: Una revolución en la rehabilitación 622
Capítulo 134
Tratamiento de ulcera Venosa con Vendaje Compresivo Bi-Capa Urgo K2 Combinado Con Apósito Urgoclean Ag...627

Capítulo 135
Tratamiento fisioterapéutico del prolapso de órganos pélvicos (POP).....631
Capítulo 136
Uso de Apósitos de Fibras de Gelificación Reforzada (Biatain Fiber) en heridas de origen traumático.....635
Capítulo 137
"Uso de la aromaterapia durante el parto".....640
Capítulo 138
Uso de Sensores Intersticiales para el Control de la Glucemia en Pacientes con Diabetes: Un Enfoque Innovador en Enfermería.....644
Capítulo 139
Uso de Siliconas en Piel Perilesional a proposito de un caso.....649
Capítulo 140
Utilización de Crema anestésica en población pediátrica.....654
Capítulo 141
Vacunación Infantil: Una Revisión de Preocupaciones Parentales y Evidencia Científica.....659
Capítulo 142
Valoración enfermera en la prevención y manejo del shock hipovolémico intraoperatorio: revisión bibliográfica...665
Capítulo 143
Vía Intraósea en RCP: de la Evidencia a la Práctica.....669

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 1

A propósito de un caso: síndrome coronario agudo con elevación del ST.

Pérez Calvillo, David
Pérez Sánchez, Nuria
Pérez Carrión, Miriam
Pérez Sánchez, Ana María
Ruiz Sánchez, Ana Lucía

A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

David Pérez Calvillo (1), Miriam Pérez Carrión (1), Ana María Pérez Sánchez (1), Nuria Pérez Sánchez (1), Ana Lucía Ruiz Sánchez (1)
(1) Estudiante de Enfermería (Facultad de Enfermería de Ciudad Real)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El término "infarto agudo de miocardio" (IAM) o síndrome coronario agudo (SCA) se emplea cuando se produce una lesión isquémica en el miocardio evidenciada por un aumento en los niveles de troponina por encima del percentil 99. Las estrategias terapéuticas dependen del tipo de IAM diagnosticado mediante electrocardiograma (ECG) en función de si presenta elevación del segmento ST (SCACEST) o no (SCASEST) (1).

El SCACEST se caracteriza por la presencia de tres posibles criterios (2):
1) Molestia torácica o síntomas de isquemia durante al menos 30 minutos y
2) Elevación persistente del segmento ST en dos derivaciones consecutivas del ECG, que no remite con la administración de nitroglicerina o bien
3) Bloqueo de rama de nueva aparición con patrón isquémico en la repolarización.

El objetivo de este trabajo es ofrecer cuidados de Enfermería basados en la evidencia científica para un paciente tras sufrir un SCACEST.

METODOLOGÍA

Varón de 38 años que ingresa en unidad de cuidados intensivos (UCI) por SCACEST inferoposterior Killip I con oclusión aguda coronaria derecha proximal. Sin HTA, DM ni alergias medicamentosas conocidas. Dislipemia. Fumador (20 cigarros/día) y antecedentes familiares de IAM (madre y tío materno). Se somete a angioplastia primaria + stent farmacoactivo en sala de Hemodinámica. Durante su ingreso en UCI requiere monitorización de constantes vitales y oxigenoterapia. Además, se ofrecen cuidados del sistema de compresión radial implantado en Hemodinámica:

- El dispositivo se puede retirar a partir de las 4h tras la intervención.
- Desinflar el dispositivo a través de un tubo con la marca "air". Se desinfla poco a poco, retirando primero 5 cm de aire y esperando 5 minutos. Si no hay sangrado, se va desinflando 5 cm cada 10 minutos hasta que no quede nada de aire. Si no sangra, se puede retirar la pulsera radial.
- Si hay sangrado, se vuelve a inflar con 13 cc de aire, hasta un volumen máximo de 18 cc.
- **Indicaciones al paciente:** beber al menos 2 litros de agua en 24 horas, no hacer esfuerzos con la mano, avisar al enfermero/a si hay sangrado, o si detecta hormigueo, mano cianótica o dormida.

Imagen 1. Sistema de compresión radial implantado en Hemodinámica tras angioplastia primaria + stent farmacoactivo. Fuente: elaboración propia.

Imagen 3. Dispositivo de inflado del sistema de compresión radial. Fuente: elaboración propia.

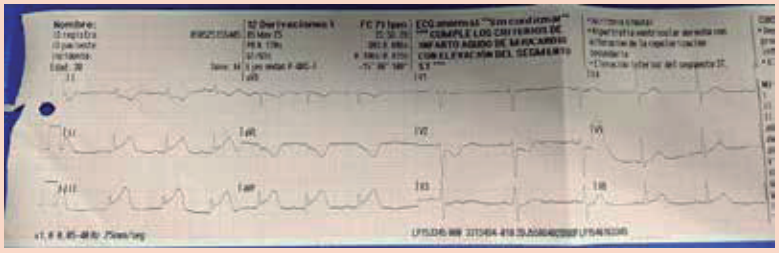


Imagen 2. Electrocardiograma previo a la intervención en Hemodinámica. Se pueden observar los segmentos ST elevados en las derivaciones II, III, aVF. Fuente: elaboración propia.

INTERVENCIONES		
NANDA	**NIC**	**NOC**
(00206) Riesgo de hemorragia	(6680) Monitorización de signos vitales	(0401) Estado hemodinámico
(00027) Volumen de líquido deficiente	(4120) Manejo del líquido	(0602) Estado de hidratación
(00311) Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	(4040) Cuidados cardíacos	(0403) Frecuencia cardíaca y ritmo
(00004) Riesgo de infección	(6610) Identificación de riesgos	(0703) Detección precoz de infección

Imagen 4. Electrocardiograma posterior a la intervención en Hemodinámica. Se puede observar la estabilización del segmento ST. Fuente: elaboración propia.

CONCLUSIONES

La angioplastia e implantación de stent farmacoactivo es una intervención eficaz para el manejo del SCACEST, pero requiere unos cuidados posteriores muy específicos. Por ello, el papel de las enfermeras de UCI es fundamental para prevenir y detectar las posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Ibañez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, y col. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation (2018). *European Heart Journal*;39:119-177.
(2) Unidad de Cuidados Intensivos HGUCR. Protocolo de manejo del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST no complicado en el servicio de Medicina Intensiva (2023). *Hospital General Universitario de Ciudad Real*;MIV-PR-05.
(3) Herdman TH, Kamitsuru S, eds. NANDA International: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª ed. Nueva York: Thieme; 2021.
(4) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes. 6ª ed. St. Louis: Elsevier; 2018.
(5) Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Nursing Interventions Classification (NIC). 7ª ed. St. Louis: Elsevier; 2018.

Resumen: *El síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) es una lesión isquémica del miocardio caracterizada por un aumento de troponina. El presente trabajo ofrece cuidados de Enfermería basados en la evidencia científica en un paciente varón de 38 años que ingresa en UCI por SCACEST. Se somete a angioplastia primaria + stent farmacoactivo, tras lo que se le implanta un sistema de compresión radial. El papel de las enfermeras de UCI es fundamental para prevenir y detectar las posibles complicaciones. Para ello, se busca evitar las hemorragias, asegurar la hidratación, valorar la función cardiovascular y prevenir las infecciones.*

Palabras Clave: *Síndrome Coronario Agudo - Infarto del Miocardio con Elevación del ST - Enfermería de Cuidados Críticos.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El término “infarto agudo de miocardio” (IAM) o síndrome coronario agudo (SCA) se emplea cuando se produce una lesión isquémica en el miocardio evidenciada por un aumento en los niveles de troponina por encima del percentil 99. Las estrategias terapéuticas dependen del tipo de IAM diagnosticado mediante electrocardiograma (ECG) en función de si presenta elevación del segmento ST (SCACEST) o no (SCASEST) (1). El SCACEST se caracteriza por la presencia de tres posibles criterios (2):

1) Molestia torácica o síntomas de isquemia durante al menos 30 minutos y

2) Elevación persistente del segmento ST en dos derivaciones consecutivas del ECG, que no remite con la administración de nitroglicerina o bien

3) Bloqueo de rama de nueva aparición con patrón isquémico en la repolarización.

El objetivo de este trabajo es ofrecer cuidados de Enfermería basados en la evidencia científica para un paciente tras sufrir un SCACEST.

Observación clínica:

Varón de 38 años que ingresa en unidad de cuidados intensivos (UCI) por SCACEST inferoposterior Killip I con oclusión aguda coronaria derecha proximal. Sin hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) ni alergias medicamentosas conocidas. Dislipemia. Fumador (20 cigarros/día) y antecedentes familiares de IAM (madre y tío materno). Se somete a angioplastia primaria + stent farmacoactivo en sala de Hemodinámica. Durante su ingreso en UCI requiere monitorización de constantes vitales y oxigenoterapia. Además, se ofrecen cuidados del sistema de compresión radial implantado en Hemodinámica:

- El dispositivo se puede retirar a partir de las 4h tras la intervención.

- Desinflar el dispositivo a través de un tubo con la marca ”air”. Se desinfla poco a poco, retirando primero 5 cm de aire y esperando 5 minutos. Si no hay sangrado, se va desinflando 5 cm cada 10 minutos hasta que no quede nada de aire. Si no sangra, se puede retirar la pulsera radial.

• Si hay sangrado, se vuelve a inflar con 13 cc de aire, hasta un volumen máximo de 18 cc.

• Indicaciones al paciente: beber al menos 2 litros de agua en 24 horas, no hacer esfuerzos con la mano, avisar al enfermero/a si hay sangrado, o si detecta hormigueo, mano cianótica o dormida.

Plan de Cuidados Enfermero

Diagnóstico 00206: Riesgo de hemorragia.

• NIC 6680: Monitorización de signos vitales.

• NOC 0401: Estado hemodinámico.

Diagnóstico 00027: Volumen de líquido deficiente.

• NIC 4120: Manejo del líquido.

• NOC 0602: Estado de hidratación.

Diagnóstico 00311: Riesgo de deterioro de la función cardiovascular.

• NIC 4040: Cuidados cardíacos.

• NOC 0403: Frecuencia cardíaca y ritmo.

Diagnóstico 00004: Riesgo de infección.

• NIC 6610: Identificación de riesgos.

• NOC 0703: Detección precoz de infección.

Discusión y conclusiones:

La angioplastia e implantación de stent farmacoactivo es una intervención eficaz para el manejo del SCACEST, pero requiere unos cuidados posteriores muy específicos. Por ello, el papel de las enfermeras de UCI es fundamental para prevenir y detectar las posibles complicaciones.

Bibliografía

1. Ibáñez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, y col. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European Heart Journal. 2018; 39:119-177.

2. Unidad de Cuidados Intensivos HGUCR. Protocolo de manejo del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST no complicado en el servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Ciudad Real. 2023; MIV-PR-05.

3. Herdman TH, Kamitsuru S, eds. NANDA International: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª ed. Nueva York: Thieme; 2021.

4. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes. 6ª ed. St. Louis: Elsevier; 2018.

5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Nursing Interventions Classification (NIC). 7ª ed. St. Louis: Elsevier; 2018.

Sindicato de Enfermería

Capítulo 2

A propósito de un caso: Síndrome piramidal

Brizuela Giganto, Lara
García Urruzola, Javier
Lorenzo Baza, María

A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME PIRAMIDAL

BRIZUELA GIGANTO L., GARCÍA URRUZOLA J., LORENZO BAZA M.

1 INTRODUCCIÓN

Este síndrome consiste en la compresión del nervio ciático que se ve influenciada por la hipertrofia o contractura del músculo piramidal dando lugar a un conjunto de signos y síntomas como pueden ser alteraciones sensitivas, motoras y tróficas de las zonas inervadas por este nervio.

2 OBSERVACIÓN CLÍNICA

- Varón de 58 años con un IMC de 29, lo que indica sobrepeso. Refiere dolor en la zona inguinal derecha con extensión hacia la cara lateral externa del muslo derecho, que mejora con el reposo y el decúbito. Además, se queja de pesadez en las piernas.
- Entre sus antecedentes figura que padece lumbalgias ocasionales en la zona sacroilíaca derecha, sin traumatismos previos. Presenta coxartrosis incipiente, degeneración meniscal (ambos en lado derecho) e insuficiencia venosa crónica.
- Durante la inspección se observa flexo en cadera y rodilla derechas, tendencia a la rotación externa de la cadera derecha y atrofia de cuádriceps derecho.
- Respecto a la movilidad pasiva, la flexión, aducción y rotación interna están limitadas en la cadera derecha con tope un poco rígido y dolor en la ingle al final del movimiento.
- Test de Fabere-Patrick positivo en la cadera derecha.

3 PLAN DE TRATAMIENTO

Los objetivos del plan de tratamiento han sido:

- Aliviar el dolor del paciente mediante masoterapia.
- Mejorar la movilidad de cadera y rodilla a través de terapia manual y cinesiterapia.
- Mejorar la relación agonista-antagonista de los rotadores de cadera con hidrocinesiterapia y estiramientos.
- Disminución de los síntomas derivados de la insuficiencia venosa, para ello se utilizó el vendaje compresivo y los cuidados posturales.

El tratamiento se dividió en dos fases. La primera constó de dos sesiones por semana, hasta la mejora del dolor y de la movilidad, aproximadamente hacia la segunda o tercera semana del inicio del tratamiento. A partir de aquí, comenzó la segunda fase, que consistió en una sesión a la semana, combinada con tres días de ejercicios domiciliarios.

4 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una vez finalizado el tratamiento, el paciente experimentó una disminución significativa del dolor gracias al amasamiento profundo y el pinzado rodado. La rearmonización articular según Sohier, redujo la sensación de dolor en la articulación coxofemoral. Y mejoró la amplitud articular de la cadera, junto con la actividad física, el ejercicio aeróbico y la hidroterapia. Con las técnicas de energía muscular se observó una mejoría en la movilidad de las articulaciones coxofemoral, ilio-sacra y rodilla, y a su vez, junto con la masoterapia, se redujo el espasmo y la hipertonía de los músculos psoas y tensor de la fascia lata, disminuyendo así el dolor del paciente en esa zona.

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: *Este síndrome consiste en la compresión del nervio ciático que se ve influenciada por la hipertrofia o contractura del músculo piramidal dando lugar a un conjunto de signos y síntomas como pueden ser alteraciones sensitivas, motoras y tróficas de las zonas inervadas por este nervio. En este capítulo, se describe el caso de un varón de 58 años y el plan de tratamiento fisioterapéutico pautado junto con los resultados obtenidos.*

Palabras Clave: *Piriformis Syndrome - Physiotherapy - Knee Osteoarthritis*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Este síndrome consiste en la compresión del nervio ciático que se ve influenciada por la hipertrofia o contractura del músculo piramidal dando lugar a un conjunto de signos y síntomas como pueden ser alteraciones sensitivas, motoras y tróficas de las zonas inervadas por este nervio.

Observación clínica:

Varón de 58 años con un IMC de 29, lo que indica sobrepeso. Refiere dolor en la zona inguinal derecha con extensión hacia la cara lateral externa del muslo derecho, que mejora con el reposo y el decúbito. Además, se queja de pesadez en las piernas.

Entre sus antecedentes figura que padece lumbalgias ocasionales en la zona sacroilíaca derecha, sin traumatismos previos. Presenta coxartrosis incipiente, degeneración meniscal (ambos en lado derecho) e insuficiencia venosa crónica.

Durante la inspección se observa flexo en cadera y rodilla derechas, tendencia a la rotación externa de la cadera derecha y atrofia de cuádriceps derecho.

Respecto a la movilidad pasiva, la flexión, aducción y rotación interna están limitadas en la cadera derecha con tope un poco rígido y dolor en la ingle al final del movimiento.

Test de Fabere-Patrick positivo en la cadera derecha.

Plan de Cuidados enfermero:

NANDA Dolor agudo (00132)

NOC 1605 Control del dolor 2102 Nivel de dolor

NIC 1400 Manejo del dolor 2210 Administración de analgésicos

6040 Terapia de relajación

NANDA Deterioro de la movilidad física (00085)

NOC 0208 Movilidad 0212 Nivel de independencia

NIC 0221 Terapia de ejercicios: ambulación 1800 Ayuda con el autocuidado 6490 Prevención de caídas

Plan de tratamiento fisioterapéutico:

Los objetivos del plan de tratamiento han sido:

• Aliviar el dolor del paciente mediante masoterapia.

• Mejorar la movilidad de cadera y rodilla a través de terapia manual y cinesiterapia.

• Mejorar la relación agonista-antagonista de los rotadores de cadera con hidrocinesiterapia y estiramientos.

• Disminución de los síntomas derivados de la insuficiencia venosa, para ello se utilizó el vendaje compresivo y los cuidados posturales.

El tratamiento se dividió en dos fases. La primera constó de dos sesiones por semana, hasta la mejora del dolor y de la movilidad, aproximadamente hacia la segunda o tercera semana del inicio del tratamiento. A partir de aquí, comenzó la segunda fase, que consistió en una sesión a la semana, combinada con tres días de ejercicios domiciliarios.

Discusión y Conclusiones:

Una vez finalizado el tratamiento, el paciente experimentó una disminución significativa del dolor gracias al amasamiento profundo y el pinzado rodado. La rearmonización articular según Sohier, redujo la sensación de dolor en la articulación coxofemoral. Y mejoró la amplitud articular de la cadera, junto con la actividad física, el ejercicio aeróbico y la hidroterapia.

Con las técnicas de energía muscular se observó una mejoría en la movilidad de las articulaciones coxofemoral, ilio-sacra y rodilla, y a su vez, junto con la masoterapia, se redujo el espasmo y la hipertonía de los músculos psoas y tensor de la fascia lata, disminuyendo así el dolor del paciente en esa zona.

Bibliografía

1. Correa González N, Macías Corbacho A. Síndrome piramidal. A propósito de un caso. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2008 Marzo; 34(3).

2. Pleguezuelos Cobo E, Merí Vived A, Guirao Cano L, Moreno Atanasio E. Atlas de puntos clave musculares en la práctica clínica. Madrid: Panamericana; 2008.

3. Morgado I, Pérez AC, Moguel M, Pérez Bustamante F, Torres LM. Guía de manejo clínico de la artrosis de cadera y rodilla. Revista de la Sociedad española del dolor. 2005 jun./Jul.; 12(5).

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 3

Alimentación complementaria vegetariana en el bebé

Sánchez Sánchez, Irene
Carrillo Palomo, Concepción

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA VEGETARIANA EN EL BEBÉ

Sánchez Sánchez, Irene; Carrillo Palomo, Concepción

1. INTRODUCCIÓN

- La **dieta vegetariana** consiste en la **exclusión de todo tipo de proteína animal, pescados y mariscos.** Clasificadas en: Dieta Semivegetariana, Pescetariana, Lacto-ovo-vegetariana, Lacto-vegetariana, Ovo-vegetariana, Macrobiótica, Vegana, Crudivegetariana y Frutariana.
- No existen datos oficiales, aunque se ha observado un **aumento en la tendencia.**
- La dieta vegetariana **no está desaconsejada**, siempre que sea equilibrada y bien planeada, garantizando la cobertura de ciertos nutrientes con la **suplementación adecuada.**
- La **alimentación complementaria** consiste en la introducción de alimentos sólidos o semisólidos en la dieta del bebé, a partir de los 6 meses aproximadamente.

2. OBJETIVOS

- Conocer tipos dietas vegetarianas, ventajas, desventajas, recomendaciones y precauciones.
- Proporcionar atención adecuada y evitar déficits nutricionales.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en manuales y anales de pediatría, hasta el año 2018. Realizada de mayo a junio de 2025, en español.

4. RESULTADOS

- **Suplementación obligatoria de Vitamina B12:** Lactantes y niños hasta 3 años: 5 µg en dosis única diaria o 250 µg dos veces por semana. Embarazadas y lactantes: 50 µg en dosis única diaria o 1.000 µg dos veces por semana.
- **Yodo y Omega 3:** Madres lactantes, considerarse según el tipo de dieta.
- **Fórmulas infantiles:** A base de soja o hidrolizadas de arroz. NO bebidas vegetales.
- **Alimentos integrales:** Recomendar su consumo.
- **Absorción de hierro**: Consumir alimentos ricos en vitamina C en comida principal.
- **Frutos secos y semillas:** En crema o molidos para asegurar buen aporte de proteínas.
- **Legumbres:** Como sustitutos de la proteína animal.
- **Otras recomendaciones:** Las generales de la alimentación complementaria.

5. CONCLUSIONES

La dieta vegetariana es una **buena opción** para los niños, promueve hábitos de vida **saludable**. Se debe tener buen conocimiento y enfoque de prevención para evitar deficiencias nutricionales. La **educación y apoyo** continuo **a las familias** es imprescindible.

6. BIBLIOGRAFÍA

SATSE

Resumen: *El consumo de dietas vegetarianas en las familias está aumentando, presentan* **ventajas nutricionales** *como ser ricas en fibra y vitaminas. Sin embargo, implican* **riesgos de deficiencias** *de nutrientes como la* **vitamina B12, vitamina D, hierro y omega-3***, especialmente en las más restrictivas.*

A la hora de iniciar la alimentación complementaria y durante el resto de infancia, es **obligatoria la suplementación con vitamina B12** *para lactantes, niños pequeños y madres lactantes.*

Un **asesoramiento profesional adecuado** *es indispensable para garantizar el crecimiento y desarrollo óptimo de los niños que siguen dieta vegetariana, asegurando que sea una opción saludable y sostenible.*

Palabras Clave: *Dieta vegetariana - Dieta saludable - Suplementos dietéticos*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Este síndrome consiste en la compresión del nervio ciático que se ve influenciada por la hipertrofia o contractura del músculo piramidal dando lugar a un conjunto de signos y síntomas como pueden ser alteraciones sensitivas, motoras y tróficas de las zonas inervadas por este nervio.

Observación clínica:

La dieta vegetariana consiste en la exclusión de todo tipo de proteína animal (aves, cerdo, vaca, cordero…), pescados y mariscos. Podemos clasificarla en:

• Dieta Semivegetariana o Vegetariana Parcial o Flexitarianos: Incluye vegetales, lácteos, huevos, y ocasionalmente pollo o pescado, excluyendo la carne roja

• Dieta Pescetariana: Basada en vegetales, pescados y mariscos.

• Dieta Lacto-ovovegetariana: Incluye vegetales, lácteos y huevos.

• Dieta Lactovegetariana: Incluye vegetales y algunos o todos los productos lácteos.

• Dieta Ovo-vegetariana: Incluye vegetales y huevos.

• Dieta Macrobiótica: Centrada en granos integrales, vegetales y legumbres, con limitación de procesados, grasas, azúcares y carnes.

• Dieta Vegana: Excluye todo producto de origen animal, incluyendo huevos, leche y miel.

• Dieta Crudivegetariana: Basada en alimentos crudos de origen vegetal, sin cocinar a más de 42°C.

• Dieta Frutariana: Se basa exclusivamente en frutas, algunas semillas, verduras y frutos secos, sin cocinar y evitando sal y aceites.

Ventajas de una Dieta Vegetariana Bien Planificada: Una dieta vegetariana equilibrada y bien planificada ofrece numerosos beneficios:

• Rica en nutrientes: Aporta fibra, magnesio, hierro férrico, ácido fólico, vitaminas C y E, ácidos grasos poliinsaturados n-6, carotenoides, flavonoides, fitoquímicos y antioxidantes.

• Mejores hábitos alimenticios: Tendencia a consumir más frutas y verduras y menos snacks y comida chatarra.

• Promoción de hábitos saludables: Favorece la adquisición de patrones de alimentación saludables desde la infancia.

• Índice de Masa Corporal (IMC) saludable: Los niños suelen presentar un IMC menor dentro del rango de normalidad.

• Recursos disponibles: Existen tablas de intercambio de macro y micronutrientes para facilitar la planificación de la dieta.

Desventajas y Riesgos Nutricionales: A pesar de sus ventajas, existe riesgo de deficiencias nutricionales si no se gestiona adecuadamente:

• Deficiencias comunes: Bajos niveles de grasa total, ácidos grasos poliinsaturados n-3, colesterol, yodo, zinc, vitamina B12 y vitamina D.

• Riesgo de déficit nutricional grave: Debido a las altas necesidades de crecimiento en la infancia, falta de asesoramiento adecuado, menor disponibilidad de alimentos alternativos fortificados para bebés, y el grado de restricción de la dieta (siendo vegana, crudivegetariana, frutariana y macrobiótica las de mayor riesgo).

Alimentación Complementaria en Bebé: Consiste en la introducción de alimentos sólidos o semisólidos en la dieta del bebé, a partir de los 6 meses aproximadamente. La lactancia materna sigue siendo la principal fuente de alimentación (exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años).

Actualmente además de la introducción de alimentos tradicional (progresión de texturas de puré a sólidos), existe otro método denominado Baby Led Weaning (BLW) donde se consume los alimentos enteros en vez de triturados.

Precauciones y Recomendaciones Generales para la Alimentación Complementaria:

• Introducción gradual: De uno en uno, preferentemente en las comidas principales para observar reacciones alérgicas.

• Alimentos a retrasar:

o Leche entera: A partir de los 12 meses.

o Yogur y queso tierno: Pequeñas cantidades a partir de los 9-10 meses.

o Verduras de hoja verde (acelgas, espinacas, borrajas): Evitar durante el primer año por su alto contenido en nitratos (riesgo de metahemoglobinemia o "síndrome del bebé azul"). Limitar a una ración diaria máxima entre el primer y tercer año.

o Pescados grandes con alto contenido de mercurio (pez espada, emperador, atún rojo, tiburón, cazón, lucio): Evitar hasta los 10 años.

• Evitar aditivos:

o Sal: No añadir a las comidas por riesgo de sobrecarga renal. La leche materna, la fórmula artificial y los alimentos cubren las necesidades de yodo.

o Azúcar y alimentos azucarados: Evitar en menores de 2 años.

o Miel: Evitar hasta el año de edad por riesgo de botulismo. Limitar su consumo a partir del año por su alto contenido de azúcar.

• Riesgo de atragantamiento: Evitar hasta los 3 años alimentos como uvas enteras, frutos secos enteros, palomitas de maíz y alimentos cortados en trozos redondos.

Objetivos:

• El objetivo principal es conocer los tipos de dietas vegetarianas, sus ventajas, desventajas, recomendaciones y precauciones.

• Proporcionar una atención e información adecuada a las familias, y así evitar el riesgo de déficits nutricionales en bebés que siguen estas dietas.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en manuales y anales de pediatría, limitando la búsqueda hasta el año 2018. La búsqueda se llevó a cabo de mayo a junio de 2025, en idioma español.

Resultados:

Para asesorar y guiar a las familias con bebés vegetarianos, las siguientes recomendaciones son clave:

• Suplementación obligatoria de Vitamina B12:

o Lactantes y niños pequeños (hasta 3 años): 5 µg en dosis única diaria o 250 µg dos veces por semana.

o Mujeres embarazadas y lactantes: 50 µg en dosis única diaria o 1.000 µg dos veces por semana.

• Yodo y Omega 3: En madres lactantes, debe considerarse según el tipo de dieta.

• Fórmulas infantiles: Fórmulas a base de soja o hidrolizadas de arroz. Nunca bebidas vegetales.

• Alimentos integrales: Recomendar su consumo.

• Absorción de hierro: Consumir alimentos ricos en vitamina C junto con la comida principal para favorecer la absorción.

• Frutos secos y semillas: Aumentar el consumo de frutos secos y semillas (en crema o molidos para evitar atragantamiento) para asegurar un buen aporte de proteínas.

• Legumbres: Introducir legumbres como sustitutos de la proteína animal.

• Otras recomendaciones: Seguir el resto de las recomendaciones generales para la alimentación complementaria.

Conclusiones:

Las dietas vegetarianas pueden ser una opción buena y enriquecedora para los niños, promoviendo hábitos de vida saludable. Se debe tener un buen conocimiento y enfoque de prevención para evitar deficiencias nutricionales. Por tanto, la educación y el apoyo continuo a las familias es imprescindible para asegurar el bienestar nutricional de estos bebés.

Bibliografía

1. Dieta vegetariana: MedlinePlus enciclopedia médica. MedlinePlus. Octubre 9, 2024. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002465.htm

2. Redecilla Ferreiro S, Moráis López A, Moreno Villares JM. Recomendaciones del Comité de Nutrición y Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría sobre las dietas vegetarianas. Anales de Pediatría. 2020;92(5):306. Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403319303789

3. Gutiérrez R M, Marín B V, Raimann T X, Le Roy O C. Dietas vegetarianas en Pediatría: Recomendaciones de la Rama de Nutrición. Andes Pediatrica. 2021;92(5):781-9. Disponible en: https://andespediatrica.cl/index.php/rchped/article/view/3787

4. Comité de Nutrición y Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Niños vegetarianos, ¿niños sanos? Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). 2019:65-78. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/pags._65-78_ninos_vegetarianos.pdf

5. Comité de Nutrición y Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones de la AEP sobre alimentación complementaria. Asociación Española de Pediatría. 2018. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 4

Aloinmunización en pacientes con Síndrome Mielodisplásico y Leucemia mieloide aguda.

Fernández González, Cristina
de la Puente Jiménez, Ana Maria
Villasclaras Fernández, Alba
Corral Tomás, María Elena
Marcos Provecho, María Teresa

ALOINMUNIZACIÓN EN PACIENTES CON SINDROME MIELODISPLÁSICO y LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

Cristina Fernández González, Ana De La Puente Jiménez, MªElena Corral Tomas, Alba Villasclaras Fernández, Mª Teresa Marcos Provecho. Servicio de Transfusión. Hospital Universitario de León.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias mieloides sobre todo el síndrome mielodisplásico (SMD) y la leucemia mieloide aguda (LMA), se caracterizan por alta demanda transfusional por lo que la aloinmunización es un desafío clínico en estos pacientes. Esta complicación puede dificultar la disponibilidad de unidades compatibles para transfusión, lo que resalta la importancia de evaluar su prevalencia y factores de riesgo en esta población.

OBJETIVOS

Documentar la incidencia de aloinmunización en pacientes diagnosticados de SMD y LMA atendidos en nuestro hospital en el último año evaluando la frecuencia de anticuerpos irregulares y factores asociados.

Se analizará la relación entre la cantidad de transfusiones recibidas y el desarrollo de anticuerpos irregulares y se identificarán los tipos de anticuerpos más frecuentes en esta población.

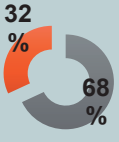
Con los resultados obtenidos se evaluará la necesidad de modificar nuestros protocolos de transfusión

METODOLOGÍA

- Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo analizando los datos de los pacientes con SMD y LMA transfundidos, registrando el número de transfusiones recibidas y la presencia de anticuerpos irregulares.
- Se analizan variables de edad, sexo y neoplasia hematológica, permitiendo una comparación detallada de la frecuencia de aloinmunización.
- La muestra es extraída de la revisión de 15.553 peticiones de pacientes transfundidos durante el año 2024.
- Se excluyeron pacientes que ya habían desarrollado anticuerpos previamente.
- Se prestó especial atención a las mujeres en edad fértil y a niños menores de 14 años, quienes reciben transfusiones isofenotipo Rh por protocolo.

RESULTADOS

POBLACIÓN DIANA



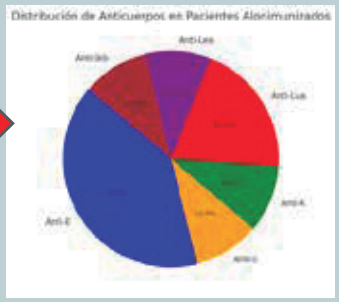
HOMBRES

MUJERES

Media edad 70 años

Recibieron un total:

- 3.472 concentrados de hematíes
- 411 irradiados
- **media de 34 concentrados de hematíes por paciente**.
- 1309 unidades de plaquetas,
- **promedio de 13 unidades por paciente.**



CONCLUSIONES

- La incidencia de aloinmunozación en nuestros pacientes diagnosticados de neoplasias mieloides con alta demanda transfusional es de un 10%, hecho que compromete su pronóstico.
- Es fundamental en pacientes que cumplan criterios de dependencia transfusional mantener una política estricta en hemoterapia respetando fenotipo Rh y Kell en caso de desarrollar alguna aloinmunización.
- No creemos preciso respetar el isofenotipo extendido a pacientes que presenten varios anticuerpos, ya que solamente encontramos un 1%.

Resumen: *Este estudio retrospectivo analiza la incidencia de aloinmunización en pacientes con SMD y LMA transfundidos durante 2024. Se revisaron 103 casos, con una media de edad de 75 años y alta demanda transfusional. El 10% desarrolló anticuerpos irregulares, principalmente del sistema Rh, Lua y Kell. La aloinmunización fue más frecuente en pacientes mayores, aunque también se detectó en un niño con LMA. Los resultados subrayan la necesidad de una política transfusional estricta, especialmente en pacientes dependientes, respetando fenotipos Rh y Kell. No se considera necesario extender el fenotipado salvo en casos con múltiples anticuerpos.*

Palabras Clave: *Anticuerpos - Fenotipo - Sindrome Mielodisplásico*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las neoplasias mieloides sobre todo el síndrome mielodisplásico (SMD) y la leucemia mieloide aguda (LMA), se caracterizan por alta demanda transfusional por lo que la aloinmunización es un desafío clínico en estos pacientes. Esta complicación puede dificultar la disponibilidad de unidades compatibles para transfusión, lo que resalta la importancia de evaluar su prevalencia y factores de riesgo en esta población.

Objetivos:

Documentar la incidencia de aloinmunización en pacientes diagnosticados de SMD y LMA atendidos en nuestro hospital en el último año evaluando la frecuencia de anticuerpos irregulares y factores asociados. Se analizará la relación entre la cantidad de transfusiones recibidas y el desarrollo de anticuerpos irregulares y se identificarán los tipos de anticuerpos más frecuentes en esta población. Con los resultados obtenidos se evaluará la necesidad de modificar nuestros protocolos de transfusión.

Metodología:

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo analizando los datos de los pacientes con SMD y LMA transfundidos, registrando el número de transfusiones recibidas y la presencia de anticuerpos irregulares. Se analizan variables de edad, sexo y neoplasia hematológica, permitiendo una comparación detallada de la frecuencia de aloinmunización.

Se envía consentimiento y es evaluado por el comité de ética de nuestro hospital.

La muestra es extraída de la revisión de 15.553 peticiones de pacientes transfundidos durante el año 2024. Se excluyeron pacientes que ya habían desarrollado anticuerpos previamente. Se prestó especial atención a las mujeres en edad fértil y a niños menores de 14 años, quienes reciben transfusiones isofenotipo Rh por protocolo.

Resultados:

Se analizaron 103 pacientes, de los cuales el 68% eran hombres y el 32% mujeres. Tres mujeres menores de 50 años fueron transfundidas isofenotipo Rh. El diagnóstico más frecuente fue SMD con el 70 % de pacientes, mientras que un 27 % tenían LMA y un 3% evolucionaron de SMD a LMA.

La media de edad de la muestra fue de 75 años (rango de 6-96 años).

Los pacientes recibieron un total de 3.472 concentrados de hematíes y 411 irradiados, siendo la media de 34 concentrados de hematíes por paciente. También recibieron un total de 1309 unidades de plaquetas, con un promedio de 13 unidades por paciente.

El 10% de esa muestra desarrolló anticuerpos: el 5% lo hicieron del sistema Rh (4% anti-E, 1% anti-c), el 1% anti-K, el 2% anti-Lua, el 1% anti-Lea y otro 1%anti-Jkb (paciente que hizo varios anticuerpos). La media de edad de los pacientes aloinmunizados fue de 80,1 años (rango 74 y 92 años), excepto un niño de 6 años con

LMA que, a pesar de recibir transfusión isofenotipo Rh, desarrolló un anti-Lea. El tiempo hasta la aloinmunización osciló entre 2 meses y 10 años, con un promedio de 28 meses.

Conclusiones:

La incidencia de aloinmunozación en nuestros pacientes diagnosticados de neoplasias mieloides con alta demanda transfusional es de un 10%, hecho que compromete su pronóstico.

Es fundamental en pacientes que cumplan criterios de dependencia transfusional mantener una política estricta en hemoterapia respetando fenotipo Rh y Kell en caso de desarrollar alguna aloinmunización. No creemos preciso respetar el isofenotipo extendido a pacientes que presenten varios anticuerpos, ya que solamente encontramos un 1%.

Bibliografía

1. Sanz C, Nomdedeu M, Belkaid M, et al. Aloinmunización de eritrocitos en pacientes transfundidos con síndrome mielodisplásico o leucemia mielomonocítica crónica [Internet]. [s.l.]: Patient Blood Management Spain; 2024 [citado 2025 Jun 15]. Disponible en recurso electrónico

2. Spooner M, Yu J, Wiseman T, et al. Extended Rhesus and Kell phenotypematched red blood cell (RBC) transfusions reduce RBC alloimmunization and RBC transfusion burden in patients with myeloid neoplasm. Blood. 2024;144(Suppl 1):5593. doi:10.1182/blood2024212000 ashpublications.org+1ashpublications.org+1

3. Viayna E, Gehrie EA, Blanchette C. Alloimmunization in myelodysplastic syndrome is associated with higher healthcare costs, longer hospitalizations, and increased mortality. Transfusion. 2024 Aug 7. doi:10.1111/trf.17966

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 5

Análisis de la Satisfacción Familiar con las visitas, el confort y la limpieza del box en la UCI.

García Fernández, María Gema
García Fernández, María Carmen.
Díaz Salcedo, Rocío
Sánchez-Bermejo Rodríguez-Barbero, María Cruces.
Montero Trujillo, María Montserrat
Muñoz Camargo, Juan Carlos

ANALISIS DE LA SATISFACCION FAMILIAR CON LAS VISITAS,CONFORT Y LIMPIEZA DE BOX EN LA UCI DEL HGUCR.

Garcia Fernández,MG ,García Fernández, MC,Diaz Salcedo , R,Sánchez-Bermejo Rodriguez-Barbero,MC, Montero Trujillo, MM ,Muñoz Camargo , JC.

Unidad de Medicina Intensiva. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

La experiencia de los familiares de pacientes ingresados en la UCI , no solo depende de la atención médica recibida , sino también del confort y limpieza de las instalaciones hospitalarias.
Un entorno limpio y cómodo no solo facilita la recuperación del paciente , sino que también proporciona tranquilidad a sus familiares.

OBJETIVO

Evaluar la percepcion de las familias sobre el confort y limpieza de la UCI en el HGUCR.

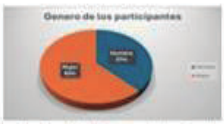
MATERIAL Y METODO

Estudio OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO , TRANSVERSAL , realizado en la UCI del HGUCR de febrero a junio de 2024.
Metodo de muestreo no probabilistico , reclutando a familiars directos , mayores de edad .Se recolectaron los datos a través de un cuestionario en papel y/o código QR.

VARIABLES : iluminacion de la unidad , nivel de ruido , limpieza general de la unidad , limpieza del box , comodidad de la cama , satisfaccion con las visitas , necesidad de sala de espera para los familiares.

ANALISIIS DE DATOS: se utilize el programa SPSS version 28.0
Se aseguro el anonimato y la confidencialidad de los datos.

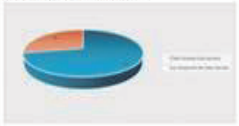
RESULTADOS



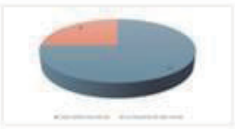
La edad media de los participantes fue de 48,4 años DE 14 con un mínimo de 21 y un máximo de 87 años.

	Sí	No
¿Está satisfecho con las instalaciones disponibles para los familiares (instalaciones de comida, bebida y baños)?	22(66.67%)	11(33.33%)
¿Le parece adecuado el lugar actual de estancia de las familias?	11(35.48%)	20(64.52%)
¿Cree necesaria la creación de una sala de espera específica para las familias de los pacientes de la UCI?	30(93.75%)	2 (6.25%)
¿Le ha parecido fácil encontrar la UCI el primer día?	27(81.82%)	6 (18.18%)
La sala de Información de UCI, ¿le ha resultado acogedora?	22(68.75%)	10(31.25%)

¿La limpieza general de la UCI le pareció adecuada?

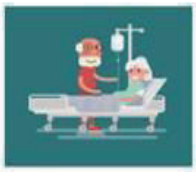


¿La impresión que ha tenido del BOX donde se ubicó su familiar con respecto a la limpieza y orden ha sido buena?



¿Le parece que su familiar ha estado confortable respecto a?

	SI	NO
LA EXISTENCIA DE RUIDOS EN LA UNIDAD	24 (72,7%)	6 (24,2%)
RESPECTO A LA ILUMINACIÓN EN LA UNIDAD	30 (90,9%)	1 (3%)
RESPECTO A LA COMODIDAD (CAMA) EN LA UNIDAD	30 (90,9%)	1 (3,0)
RESPECTO A SU INTIMIDAD EN LA UNIDAD	28 (84,8%)	3 (9,1%)



OPINION SOBRE LAS VISITAS

	S	NO
¿ESTÁ SATISFECHO CON LA S POLITICA S DE VISITA DE LA UCI?	28 (75,8%)	4 (12,1%)
¿LE GUSTARIA TENER MÁS FLEXIBILIDAD EN LAS HORAS DE VISITA?	29 (87,9%)	3 (9,1%)
¿EL NUMERO DE FAMILIARES QUE PUEDEN VISITAR AL ENFERMO (2 FAMILIARES POR VISITA), LE PARECE RAZONABLE PARA UN BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA UCI?	31 (96,9%)	1(3,1%)

CONCLUSION

Debemos trabajar para mejorar la calidad de la atencion sanitaria , no solo centrandonos en la atencion médica recibida ,sino valorando el confort , el bienestar y la limpieza de las instalaciones saniatrias.

Atender estas áreas , mejora la experiencia de los familiares durante la hospitalizacion en la UCI , contribuyendo a un entorno más acogedor y confortable.

BIBLIOGRAFÍA

1 https://dx.doi.org/10/CCM.0b013e.1811267es.medline.
2.http.//dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.12.008.medline,mediccion de la satisfacción los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos y sus familiares.
3.Berkow,L.R&Shields,Leenvironmental claning and desinfecction in the ICU.Critical Nursing Clinics of North América,21,1-11.

Resumen: *La experiencia de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) no solo depende de la atención medica recibida, sino también del confort y la limpieza de las instalaciones hospitalarias. Un entorno limpio y cómodo no solo facilita la recuperación del paciente, sino también proporciona tranquilidad a sus familiares.*

Este estudio se centra en evaluar la percepción de los familiares sobre el confort y la limpieza en la UCI, identificando tanto áreas de fortaleza como aspectos que necesitan mejoras.

Palabras Clave: *Limpieza - Confort - Visita Familiar*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La experiencia de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) es profundamente compleja, emocionalmente intensa y muchas veces traumática. Estos entornos hospitalarios, diseñados para el tratamiento de pacientes en estado crítico, impactan no solamente al enfermo, sino también a su entorno más cercano.

La importancia del entorno y la limpieza en la UCI es un aspecto clave tanto para la seguridad del paciente como para el bienestar emocional de sus familiares y del equipo de salud.

La experiencia de los familiares de pacientes ingresados en UCI no solo depende de la atención medica recibida, sino también del confort y la limpieza de las instalaciones hospitalarias. Un entorno limpio y cómodo no solo facilita la recuperación del paciente, sino que también proporciona tranquilidad a sus familiares.

Objetivos:

Este estudio se centra en avaluar la percepción de los familiares sobre el confort y la limpieza en la UCI, identificando tanto áreas de fortaleza como aspectos que necesitan mejoras.

Material y Método:

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal realizado en la UCI del HGUCR; la unidad consta de 21 camas y se realizó de febrero a junio de 2024.

Para la selección de la población de estudio y selección de la muestra, se utilizó un método de muestreo no probabilístico por conveniencia, reclutando familiares directos mayores de 18 años.

Los datos se recolectaron mediante un cuestionario estructurado en papel ó a través de QR según preferencia.

Las variables que medidas fueron: la iluminación en la UCI, Nivel de ruido; Comodidad de la cama, Limpieza general de la Unidad, Limpieza del espacio del paciente (BOX), Satisfacción con la normativa de visitas y La necesidad de sala de espera para familiares.

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva Frecuencia Absoluta y Relativa para variables cualitativas y Media con desviación estándar para variables cuantitativas. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 28.0.

Se solicitó el consentimiento de los participantes y se aseguró el anonimato y confidencialidad de los datos recolectados.

Resultados:

Se obtuvieron los siguientes resultados:

-La edad media de los participantes fue de 48,4 años, con un mínimo de 21 años y un máximo de 87 años.

-El 63% de la muestra eran mujeres, frente al 37% que eran hombres

-En cuanto a la limpieza general de la UCI, al 73% de la muestra le pareció adecuada, y un 27% opino que casi todas las veces.

-Respecto a la impresión que ha tenido del box donde se ubicó su familiar con respecto a la limpieza y orden ha sido buena para un 75% de los encuestados, frente a un 25% que opino que casi todas las veces.

- A la pregunta ¿está satisfecho con las instalaciones disponibles para los familiares (instalaciones de comida, bebida y baños)? Un 66,67% respondió: Si y un 33,3% respondió No.

-A la pregunta ¿Le parece adecuado el lugar actual de estancia de las familias? Un 64,52% respondió que No y un 35,4%, su respuesta fue SI.

-¿Cree necesaria la creación de una sala de espera específica para las familias de los pacientes de UCI? El 93,75% respondió que SI, y un 6,25% respondió, NO.

-¿Le ha parecido fácil encontrar la UCI el primer día?, un 81,82% respondió que, SI y un 18,18% respondió, NO.

- ¿La sala de información de la UCI, le ha resultado acogedora? Para un 68,7% le pareció adecuada y un 31,25% contesto que NO.

-Referente a si el paciente ha estado confortable en la unidad respecto a ruidos el 72,7% dijo que Si y el 24,2% contestó que NO.

-Respecto a la iluminación de la unidad el 90,9% le pareció adecuada, frente 10,1% que dijo que NO.

-En cuanto a la comodidad (cama) en la unidad, fue positiva para el 90,9%, frente a un 10,1% que contesto de forma negativa.

-En cuanto a las visitas, el 78,8% estaba satisfecho con las políticas de visitas, y un 12,1% estaba en desacuerdo.

-Lo que más demandan es tener más flexibilidad en las horas de visita, (87,9%) y les parece razonable el que solo pasen dos familiares por enfermo al 96,9% de los encuestados.

Conclusiones:

Los resultados indican una percepción mayoritariamente positiva sobre el confort del paciente y la limpieza en la UCI.

Las fortalezas incluyen una buena iluminación, niveles de ruido aceptables y camas confortables, así como altos estándares de limpieza tanto general como especifica del área del paciente. Sin embargo, existe una clara demanda por mejorar las instalaciones para familiares, especialmente mediante la creación de una sala de espera.

Atender estas áreas podría mejorar la experiencia de los familiares durante la hospitalización en la UCI, contribuyendo a un entorno más acogedor y confortable tanto para pacientes como para sus seres queridos.

Bibliografía

1. http:/dx.doi.org/10/CCM.0b013e,1811267ee.medline

2. http:dx.doi.org/10,1016/j.medin2013,12,008,medline,mediccion de la satisfacción de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos y sus familiares.

3.Berkow,LR&Shieldds,Leenvironmental Claning and desinfecction in the ICU, Critical Nursing Clinics of North america21,1-11,

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 6

"Análisis de los Efectos de la Dieta Cetogénica en la Salud Metabólica"

Gómez López, Belén Encarnación

“ANÁLISIS DE LOS EFECTOS DE LA DIETA CETOGÉNICA EN LA SALUD METABÓLICA”

(Gómez López, Belén Encarnación)

SATSE

XVI CONGRESO
DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA: INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO

INTRODUCCIÓN

La **dieta cetogénica** (o **keto**) es un tipo de alimentación **muy baja en carbohidratos**, **alta en grasas saludables** y **moderada en proteínas**, cuyo objetivo principal es poner al cuerpo en un estado llamado **cetosis**.

Es un estado metabólico en el que el cuerpo, al no tener suficientes carbohidratos (que normalmente usa como energía), **empieza a quemar grasa como fuente principal de combustible**, produciendo unas sustancias llamadas **cetonas**.

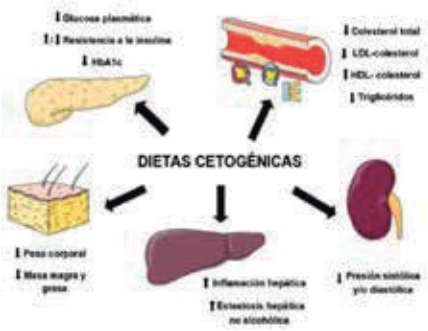
METODOLOGÍA

Esta revisión bibliográfica se ha realizado a través de la búsqueda en diferentes bases de datos electrónicas y en portales bibliográficos. Los descriptores en ciencias de la salud utilizados fueron “dieta cetogénica” y “cetosis”. Como filtros metodológicos se han utilizado, el período de tiempo comprendido entre 2022-2025 y como idiomas el inglés y el español.

El **objetivo principal** de esta revisión sistemática fue analizar los cambios metabólicos que produce la cetosis.

RESULTADOS

- Mejora del perfil lipídico al reducir los niveles de triglicéridos, pero produciendo aumento en los niveles de colesterol LDL.
- Podría ser más efectiva a corto plazo para personas con diabetes tipo 2 y sobrepeso/obesidad.
- Mejora de la microbiota intestinal.
- Mejora de los parámetros antropométricos, composición corporal y el control glucometabólico.
- Tiene potencial terapéutico en trastornos neurológicos (epilepsia) y cáncer.
- Reduce la inflamación y el estrés oxidativo.
- Ayuda a regular el equilibro energético y modula vías de señalización celular.
- Disminución rápida en los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c).
- Produce baja adherencia terapéutica.



CONCLUSIÓN

La investigación muestra que la dieta cetogénica presenta **múltiples beneficios** para la salud, aun así, la dieta mediterránea es una opción más sostenible a largo plazo, ya que presenta mejor adherencia terapéutica.

Es importante la **supervisión de un profesional de salud** al empezar con la dieta, dada la variabilidad en las respuestas individuales y los posibles riesgos asociados.

Resumen: *La dieta cetogénica (o keto) es un tipo de alimentación muy baja en carbohidratos, alta en grasas saludables y moderada en proteínas, cuyo objetivo principal es poner al cuerpo en un estado llamado cetosis.*

Es un estado metabólico en el que el cuerpo, al no tener suficientes carbohidratos (que normalmente usa como energía), empieza a quemar grasa como fuente principal de combustible, produciendo unas sustancias llamadas cetonas.

El objetivo principal de esta revisión sistemática fue analizar los cambios metabólicos que produce la cetosis.

Palabras Clave: *Dieta Cetogénica - Cetosis - Estado Metabólico*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La dieta cetogénica (o keto) es un tipo de alimentación muy baja en carbohidratos, alta en grasas saludables y moderada en proteínas, cuyo objetivo principal es poner al cuerpo en un estado llamado cetosis.

Es un estado metabólico en el que el cuerpo, al no tener suficientes carbohidratos (que normalmente usa como energía), empieza a quemar grasa como fuente principal de combustible, produciendo unas sustancias llamadas cetonas.

Metodología:

Esta revisión bibliográfica se ha realizado a través de la búsqueda en diferentes bases de datos electrónicas y en portales bibliográficos.

Los descriptores en ciencias de la salud utilizados fueron “dieta cetogénica” y “cetosis”. Como filtros metodológicos se han utilizado, el período de tiempo comprendido entre 2022-2025 y como idiomas el inglés y el español.

El objetivo principal de esta revisión sistemática fue analizar los cambios metabólicos que produce la cetosis.

Resultados:

Mejora del perfil lipídico al reducir los niveles de triglicéridos, pero produciendo aumento en los niveles de colesterol LDL.

Podría ser más efectiva a corto plazo para personas con diabetes tipo 2 y sobrepeso/obesidad.

Mejora del microbiota intestinal.

Mejora de los parámetros antropométricos, composición corporal y el control glucometabólico.

Tiene potencial terapéutico en trastornos neurológicos (epilepsia) y cáncer.

Reduce la inflamación y el estrés oxidativo.

Ayuda a regular el equilibro energético y modula vías de señalización celular.

Disminución rápida en los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c).

Produce baja adherencia terapéutica.

Conclusiones:

La investigación muestra que la dieta cetogénica presenta múltiples beneficios para la salud, aun así, la dieta mediterránea es una opción más sostenible a largo plazo, ya que presenta mejor adherencia terapéutica.

Es importante la supervisión de un profesional de salud al empezar con la dieta, dada la variabilidad en las respuestas individuales y los posibles riesgos asociados.

Bibliografía

1. Locke GJC. Comparación de la eficacia de la dieta cetogénica y la dieta mediterránea en el control de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con obesidad. Reincisol. 2025;4(7):1484-509.

2. Li M, Yuan J, Li M, Yuan J. Efectos de la dieta cetogénica muy baja en carbohidratos sobre el metabolismo de los lípidos en pacientes con diabetes mellitus de tipo II: un metaanálisis. Nutr Hosp. agosto de 2022;39(4):916-23.

3. Suárez LAC, Pindo MKP, Osorio MBS, Jaramillo CGM. Impacto de la dieta cetogenica en el metabolismo de carbohidratos y la salud en general. RECIMUNDO. 2024;8(2):45-52.

4. Baonza Cuenca MJ. Revisión sistemática sobre el impacto de la dieta cetogénica en deportes de fuerza. 2024 [citado 13 de abril de 2025]; Disponible en: https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/10971

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 7

Análisis del momento de aplicación del método piel con piel madre–hijo

Prado Rodríguez - Barbero, Montserrat

Análisis del momento de aplicación del método piel con piel madre-hijo

Autora: Prado Rodríguez – Barbero, Montserrat. Enfermera de la unidad de cirugía vascular y neurocirugía del HGUCR

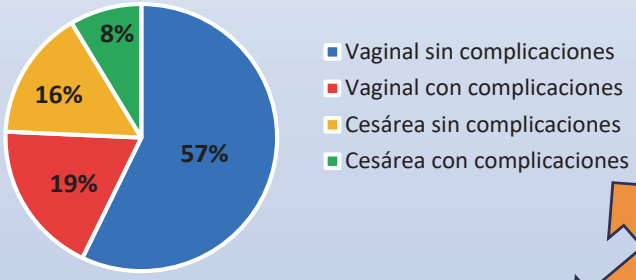
OBJETIVOS: conocer el momento en que han aplicado, si lo han hecho, el método piel con piel madre – hijo las mujeres que han sido madre, si se ha visto influenciada por alguna circunstancia en particular

RESULTADOS: se han obtenido tras el análisis de 70 respuestas dadas por participantes voluntarias y anónimas a las que se le ha dado la opción de multirrespuesta en el caso de haber tenido varios embarazos

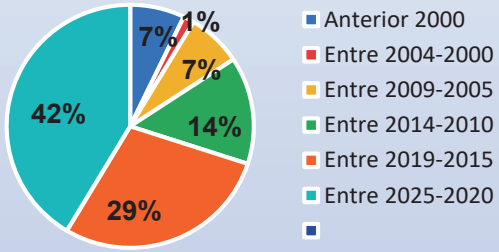
MATERIAL Y MÉTODOS:

- Diseño de la encuesta en GoogleForms
- Difusión a mujeres que han sido madres.
- Análisis de los resultados obtenidos en el periodo de apertura de la encuesta 20/05/2025 al 30/05/2025

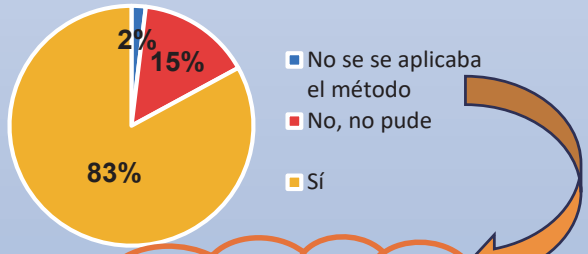
¿Qué tipo de parto tuviste?



¿En qué año fue?

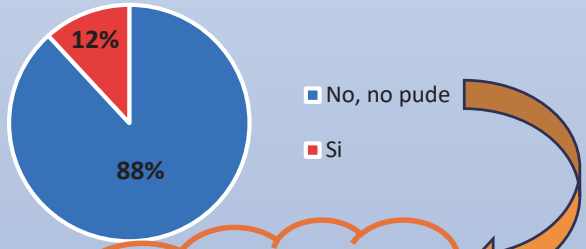


¿Realizaste <u>tras el parto vaginal</u> el método piel con piel madre - hijo inmediatamente después ya estando en la zona de recuperación?



¿Motivos por los que no se realizó?
Problemas bebé, en UCI
No se practicaba en la época
Desinformación
Inviable

¿Realizaste <u>tras la cesárea</u> el método piel con piel madre - hijo inmediatamente después ya estando en la zona de reanimación?



¿Motivos por los que no se realizó?
Por estar en reanimación no era posible esa opción
Problema bebé, UCI
Inviable

CONCLUSIONES :

Aunque la muestra no es de excesivo tamaño, ha sido variada en cuanto a los tipos de parto de las participantes lo que ha permitido valorar distintas experiencias. La mayoría de los partos se dieron hace 10 años.

Entre los tipos de partos los que se realizaron por vía vaginal sin complicaciones representan un mayor porcentaje. En el caso de las cesáreas destacan las que no tuvieron complicaciones.

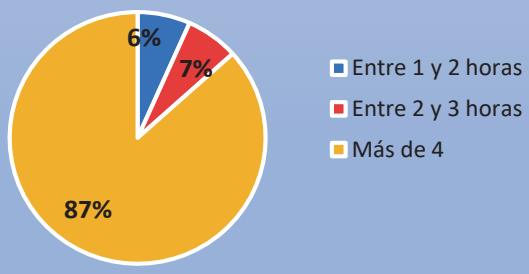
En cuanto a la aplicación del método piel con piel madre – hijo, 83% de las encuestadas que tuvieron parto vaginal lo realizaron y el resto no lo realizaron bien por complicaciones del niño, porque no se practicaba o porque no se daba esa información.

Sin embargo, los resultados con completamente opuestos para aquellas que tuvieron cesárea. Sólo un 12% lo pudieron realizar mientras que un 88% no lo pudieron poner en marcha por motivos como: problemas del bebé o que no era posible por el echo de estar en reanimación (respuesta muy frecuente)… pasando en su mayoría más de 4h hasta que están con el bebé.

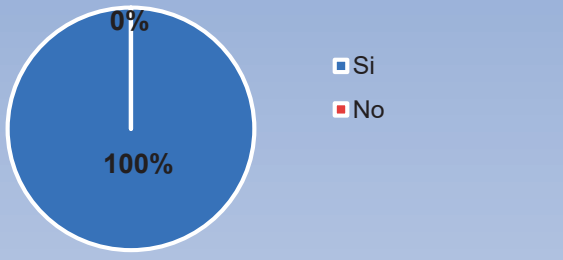
Curiosamente, a todas las encuestadas que pasaron por reanimación les hubiera gustado realizar el método piel con piel siendo una de las causas de no realizarlo el mero hecho de pasar por reanimación.

De echo este motivo ha sido abordado por la AEP (Asociación Española de Pediatría) que aboga por intentar implantarlo en las salas de reanimación siempre que la situación lo permita para ayudar así a conseguir una mejor adaptación del bebé y de la madre.

¿Cuánto tiempo apróximadamente pasó hasta que pudiste realizar el método piel con piel madre - hijo tras la cesarea?



¿Te hubiera gustado realizar el método piel con piel madre - hijo inmediatamente después ya estando en la zona de reanimación?



Resumen: *El método piel con piel madre-hijo es una técnica que se viene implementando cada vez más porque se ha demostrado que aporta beneficios tanto sobre la madre como sobre el bebé. De ahí que a través de este análisis se pretenda comprobar cuando es el momento inicial en el que se empieza a aplicar, si hay diferencias en relación al tipo de parto que haya tenido la madre y qué es lo que opinan al respecto.*

Palabras Clave: *Parto - Contacto piel con piel - Enfermera*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Desde hace unos años se está haciendo bastante hincapié en realizar el método piel con piel madre hijo porque se ha visto que ayuda a la adaptación del bebé en el nuevo entorno y una mejor evolución puerperal. De ahí que se haya querido analizar el momento en el que comienza a practicar dicho método y si estaba influenciado por algún factor como podría ser el tipo de parto.

Objetivos:

Conocer el momento en que han aplicado, si lo han hecho, el método piel con piel madre – hijo las mujeres que han sido madre, si se ha visto influenciada por alguna circunstancia en particular.

Material y Método:

Se procedió a realizar el diseño de la encuesta en GoogleForms que abordase los temas que queríamos tratar.

Se realizó la difusión de la encuesta a mujeres que habían sido madres

Y se procedió al análisis de los resultados obtenidos durante el periodo de tiempo que estuvo abierta la encuesta que abarcó el periodo comprendido desde el 20/05/2023 al 30/05/2023.

Resultado y Conclusiones:

Durante el periodo de tiempo en el que estuvo abierta la encuesta, se recibieron un total de 70 encuestas completadas por participantes voluntarias y anónimas a las que se le dio la opción de multirrespuesta en el caso de haber tenido varios embarazos.

Resultados que se han obtenido:

La mayoría de las encuestadas tuvieron el parto relativamente reciente entre el 2025-2020 (42%) y entre el 2019-1015 (29%), el resto abarca desde antes del 2000 hasta el 2014 (29%).

De todas ellas, el 57% tuvieron un parto vaginal sin complicaciones, seguidas de aquellas que tuvieron algún tipo de complicación, 19%. Al resto le practicaron una cesárea, entro de estas, 16% no sufrió ningún tipo de complicación y el 8% sufrió algún tipo de complicación.

En relación a la pregunta de si realizaron el método piel con piel madre-hijo inmediatamente después, nos encontramos con dos vertientes:

La de aquellas madres que tuvieron parto vaginal y las de aquellas que le tuvieron que practicar una cesárea.

Dentro de las que tuvieron parto vaginal, la mayoría 83%, indican que si lo practicaron inmediatamente después estando ya en la zona de reanimación. El resto, 17% comentan que no hicieron por diversos motivos: problemas del bebe, se encontraron en la UCI, por la época en la que ocurrió no se practicaba, no tenían esa información o no era viable. Estos datos reflejan una tendencia positiva hacia la humanización del parto, donde se prioriza el contacto temprano entre madre e hijo.

Sin embargo, es importante destacar que, en el caso de las cesáreas, solo un 12% de las madres reportaron haber tenido un contacto piel con piel inmediato, lo que subraya la necesidad de mejorar las prácticas en este tipo de intervenciones para favorecer el vínculo afectivo y los beneficios fisiológicos para el recién nacido.

En el caso de las madres que tuvieron una cesárea y que diversos factores impidieron la realización del contacto piel con piel inmediato con sus recién nacidos (88%), algunos de los motivos que indicaron, se destacan: estancia en la sala de reanimación (tras la intervención quirúrgica, es habitual que las madres sean trasladadas a una unidad de reanimación para supervisar su recuperación. Durante este período, el contacto con el bebé puede verse limitado o diferido, de hecho la mayoría de ellas tardo más de 4h en poder estar con el bebé), las condiciones médicas del bebé o de la madre.

En este contexto, se planteó a las madres que habían experimentado una cesárea la siguiente pregunta:

¿Te hubiera gustado realizar el método piel con piel madre-hijo inmediatamente después, ya estando en la zona de reanimación?

La respuesta fue unánime: el 100% de las participantes expresaron su deseo de haber podido llevar a cabo el contacto piel con piel en ese momento.

Este resultado recalca la importancia que las madres otorgan a esta práctica y su deseo de establecer un vínculo inmediato con sus recién nacidos, incluso en circunstancias que tradicionalmente han limitado su implementación.

La AEP (Asociación Española de Pediatría) aboga por implementar esta práctica en las salas de reanimación tras las cesáreas siempre que las condiciones médicas lo permitan, con el fin de promover el bienestar tanto de la madre como del bebé, por lo que quizás haya que revisar los protocolos para facilitar el contacto piel con piel en estas circunstancias.

Bibliografía

1. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11(11):CD003519.

2. García López F, Sáez Sáez A, Pallás Alonso CR, Comité de Lactancia Materna de la AEP. Contacto piel con piel en el parto y la cesárea: recomendaciones para su implementación. An Pediatr (Barc). 2021;95(2):124.e1–124.e8.

3. World Health Organization. Implementation of early essential newborn care: clinical practice guideline. Geneva: WHO; 2020.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 8

Aplicación de los sistemas de apoyo a la atención de enfermería con IA en unidades de cuidados intensivos

Jiménez García, Víctor Manuel
Vega Vázquez, Francisco Javier
Robles Carrión, José

APLICACIÓN DE LOS SISTEMAS DE APOYO A LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON IA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

SATSE

VÍCTOR MANUEL JIMÉNEZ GARCÍA*, FRANCISO JAVIER VEGA VÁZQUEZ*, JOSÉ ROBLES CARRIÓN*

*Enfermero Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

INTRODUCCIÓN

La Inteligencia Artificial (IA) ha revolucionado la atención en enfermería y UCI mediante sistemas de apoyo a la toma de decisiones (DSS). Estos sistemas ayudan a los profesionales a tomar decisiones informadas y optimizan los flujos de trabajo. Sus aplicaciones incluyen monitoreo, predicción de riesgos y personalización de tratamientos. Los beneficios principales son la mejora de resultados y la reducción de errores. Sin embargo, enfrentan desafíos como la integración tecnológica y la capacitación del personal.

OBJETIVO

Identificar la aplicación de los Sistemas de Apoyo a la Toma de Decisiones con IA en Enfermería y UCI

METODOLOGÍA

RESULTADOS

La búsqueda inicial reportó 1720 artículos, que tras lectura de título y resumen se seleccionaron 337. Un análisis más en profundidad y tras cribaje, **20 artículos** fueron finalmente seleccionados. Se establecieron las siguientes **categorías temáticas** en base a resultados de los artículos seleccionados.

ANÁLISIS PREDICTIVO

- Los sistemas de IA en UCI analizan datos en tiempo real con algoritmos predictivos para detectar precozmente condiciones críticas como sepsis y falla orgánica.
- Utilizan modelos de aprendizaje automático, tanto supervisados como no supervisados, para identificar síntomas como el delirium.
- Esta alerta temprana permite intervenciones rápidas y puede reducir la mortalidad.

PLANES DE CUIDADOS PERSONALIZADOS

- Los sistemas impulsados por IA en UCI son fundamentales para personalizar planes de cuidados mediante el análisis de datos específicos del paciente.
- El uso de IA en la personalización del cuidado es particularmente beneficioso en el manejo de casos complejos donde los métodos tradicionales pueden ser insuficientes.

SISTEMAS DE APOYO A LA DECISIÓN

- Los sistemas de apoyo a la decisión potenciados por IA proporcionan recomendaciones en tiempo real a los proveedores de atención sanitaria.
- Optimizan la asignación de recursos y aseguran el cumplimiento de las mejores prácticas.
- Ayudan a reducir la carga cognitiva en los profesionales de la salud.

OPTIMIZACIÓN DE FLUJO DE TRABAJO Y CUIDADO DE ENFERMERÍA

- La IA está mejorando el cuidado de enfermería en UCI al optimizar los flujos de trabajo y aumentar la seguridad del paciente.
- Automatiza tareas rutinarias y ofrece predicciones, permitiendo a las enfermeras centrarse en una atención más personalizada.
- El monitoreo continuo con IA facilita la detección rápida de cambios en la condición del paciente.

CONCLUSIÓN

Los sistemas de apoyo a la toma de decisiones con IA tienen el potencial de revolucionar las unidades de enfermería y cuidados intensivos al optimizar la toma de decisiones clínicas, los resultados de los pacientes y los flujos de trabajo. Sin embargo, la implementación exitosa de estos sistemas requiere abordar desafíos técnicos, éticos y operativos. Al priorizar la transparencia, la colaboración y la formación continua, la comunidad sanitaria puede aprovechar al máximo el potencial de los DSS con IA para brindar una atención de alta calidad centrada en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

+UVM

UCI +UVM

Resumen: *La integración de la Inteligencia Artificial (IA) en la atención médica ha revolucionado la atención al paciente, especialmente en enfermería y unidades de cuidados intensivos (UCI). Los sistemas de apoyo a la toma de decisiones (DSS) basados en IA se han convertido en herramientas poderosas que ayudan a los profesionales sanitarios a tomar decisiones informadas, optimizar los flujos de trabajo y mejorar los resultados de los pacientes. Esta revisión bibliográfica explora las aplicaciones, los beneficios, los desafíos y las futuras direcciones de los DSS con IA en enfermería y UCI, basándose en estudios de investigación recientes.*

Palabras Clave: *Unidades de cuidados intensivos - Inteligencia artificial - Enfermeras*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La integración de la Inteligencia Artificial (IA) en la atención médica ha revolucionado la atención al paciente, especialmente en enfermería y unidades de cuidados intensivos (UCI). Los sistemas de apoyo a la toma de decisiones (DSS) basados en IA se han convertido en herramientas poderosas que ayudan a los profesionales clínicos a tomar decisiones informadas, optimizar los flujos de trabajo y mejorar los resultados de los pacientes. Esta respuesta explora las aplicaciones, los beneficios, los desafíos y las futuras direcciones de los DSS con IA en enfermería y UCI, basándose en estudios de investigación recientes.

Objetivos:

Identificar la aplicación de los Sistemas de Apoyo a la Toma de Decisiones con Inteligencia Artificial en Enfermería y en la unidad de cuidados intensivos.

Material y Método:

Criterios de inclusión:

Estudios llevados a cabo con pacientes adultos (≥18 años) admitidos en UCI publicados en los últimos diez años.

Plan de estrategia y búsqueda

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica entre marzo y mayo de 2025 utilizando la siguiente estrategia de búsqueda: ("intensive care unit" OR "ICU" OR "critical care") AND ("intervention" OR "strategy") AND (nurs*) AND ("artificial intelligence"). La búsqueda se llevó a cabo en las siguientes bases de datos: PubMed/MEDLINE, Scopus y CINAHL.

Métodos para extraer y sintetizar los datos de la revisión

La revisión de los artículos fue llevada a cabo por dos investigadores independientes utilizando la plataforma Rayyan. Para la extracción y análisis de datos se empleó una tabla ad hoc que incluía: (1) Características generales: país, diseño, paciente; (2) tipos de intervenciones identificadas; (3) principales resultados.

Resultado:

Se incluyeron 337 artículos tras obtener 1720 artículos, que, tras revisión, 20 artículos fueron incluidos finalmente en la revisión de la literatura. Se identificaron las siguientes categorías temáticas que definían las aplicaciones de los Sistemas de Apoyo a la Toma de Decisiones con IA en Enfermería y UCI:

1. Toma de Decisiones Clínicas y Análisis Predictivo

Los DSS con IA se emplean para analizar datos de pacientes, identificar patrones y predecir posibles complicaciones. Por ejemplo, estos sistemas pueden predecir los niveles de gravedad de los pacientes, lo que permite al personal de enfermería asignar recursos de forma más eficaz. El análisis predictivo también desempeña un papel crucial en la detección temprana de enfermedades críticas como la sepsis y la insuficiencia orgánica, lo que permite intervenciones oportunas (Lemos et al., 2024).

2. *Planes de Cuidados Personalizados*

Los DSS con IA pueden generar planes de cuidados personalizados adaptados a las necesidades individuales del paciente. Por ejemplo, el sistema AI-AntiDelirium utiliza reglas para activar intervenciones individualizadas basadas en factores de riesgo de delirio, mejorando así la adherencia a las guías basadas en la evidencia (Zhang et al., 2024).

3. *Monitoreo en Tiempo Real y Sistemas de Alerta*

Los sistemas de monitoreo basados en IA analizan continuamente los signos vitales y otros datos clínicos, generando alertas en tiempo real ante cambios críticos. Esto permite al personal de enfermería responder con prontitud a posibles problemas, mejorando así la seguridad del paciente (Lemos et al., 2024).

4. *Alivio de la Carga de Trabajo y Eficiencia*

Los DSS de IA pueden automatizar tareas rutinarias, como la documentación y la entrada de datos, reduciendo la carga administrativa del personal de enfermería. Esto permite al personal de enfermería centrarse más en la atención directa al paciente, mejorando así la eficiencia general (Ventura-Silva et al., 2024).

Conclusiones:

Los sistemas de apoyo a la toma de decisiones con IA tienen el potencial de revolucionar las unidades de enfermería y cuidados intensivos al optimizar la toma de decisiones clínicas, los resultados de los pacientes y los flujos de trabajo. Sin embargo, la implementación exitosa de estos sistemas requiere abordar desafíos técnicos, éticos y operativos. Al priorizar la transparencia, la colaboración y la formación continua, la comunidad sanitaria puede aprovechar al máximo el potencial de los DSS con IA para brindar una atención de alta calidad centrada en el paciente.

Bibliografía

1. Atinelle Teles Novais Lemos, Elton Lemos Silva, João Victor Lemos Silva, Joana Damásio, Felipe Freire Correia, Gabriela Chaves Calixto, et al. Use of ai in the icu for monitoring critical patients: a literature review. 2024;6(3).

2. Chunyan Su, Y. Liu, Xiaoshu Zhou, Rongsong Tang, Min Yang, Jingpin Wang, et al. The Applications and challenges of artificial intelligence in nursing. Interdiscip Nurs Res. 2024;

3. João Miguel Almeida Ventura-Silva, María Manuela Martins, Letícia de Lima Trindade, Ana da Conceição Alves Faria, Soraia Cristina de Abreu Pereira, Samuel Spiegelberg Züge, et al. Artificial Intelligence in the Organization of Nursing Care: A Scoping Review. Nurs Rep. 2024;14(4):2733-45.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 9

Atención Sanitaria en la prevención y detección de la Mutilación Genital femenina (MGF)

Martínez Bermúdez, Laura

ATENCIÓN SANITARIA EN LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF)

Autor: Laura Martínez Bermúdez

INTRODUCCIÓN

La **mutilación genital femenina (MGF)** comprende todos los procedimientos de ablación parcial o total de los genitales externos femeninos y otras lesiones de los órganos genitales de la mujer causado por razones culturales u otras y no con fines médicos. Esta práctica no brinda ningún beneficio, solo complicaciones, a corto plazo, como hemorragias graves, dolor intenso o problemas urinarios entre otros, y a largo plazo, como problemas menstruales, infecciones, daños psicológicos o problemas durante el embarazo y parto aumentando la probabilidad de muerte perinatal.

Es reconocida internacionalmente como una **violación de los Derechos Humanos y de los Derechos de la Infancia**, además de violar los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho de las personas a no ser sometidas a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida en el caso de que se produzca la muerte. Además de ser una manifestación extrema de discriminación por razón de género.

En la actualidad más de 230 millones de mujeres y niñas en el mundo han sufrido algún tipo de mutilación genital femenina en los 30 países de África, Oriente Medio y Asia, donde se realizan estas prácticas. La edad a que mayoritariamente son sometidas a esta mutilación varía mucho de una zona a otra, y oscila entre la lactancia y los 15 años.

Tipos:

- **Tipo I:** resección parcial o total del glande del clítoris y/o del prepucio del clítoris.
- **Tipo II:** resección parcial o total del glande del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.
- **Tipo III**: Infibulación: estrechamiento de la abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin resección del prepucio y del glande del clítoris.
- **Tipo IV:** cualquier otro procedimiento lesivo de los genitales femeninos con fines no médicos, como la punción, la perforación, la incisión, el raspado o la cauterización de la zona genital.

La mutilación genital femenina es, pues, una práctica cultural que se realiza en el contexto de una comunidad y de un grupo, que la justifica por creencias desde distintos ámbitos: costumbre y tradición, control de la sexualidad, funciones reproductivas, de higiene, estéticas o religiosas.

OBJETIVO

Analizar y describir la actuación para la detección y la prevención de la MGF en pacientes con potencial riesgo de ser sometidas a esta práctica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica sobre la prevención de la mutilación genital femenina en España. Para ello se han consultado las bases de datos: Pubmed, Crochrane, Google Académico y las páginas web de la OMS, Ministerio de Sanidad…Se han utilizado las palabras clave: "mutilación genital femenina", "prevención". Se han recopilado artículos y ha sido seleccionados aquellos artículos con fecha posterior a 2018 en inglés y español.

RESULTADOS

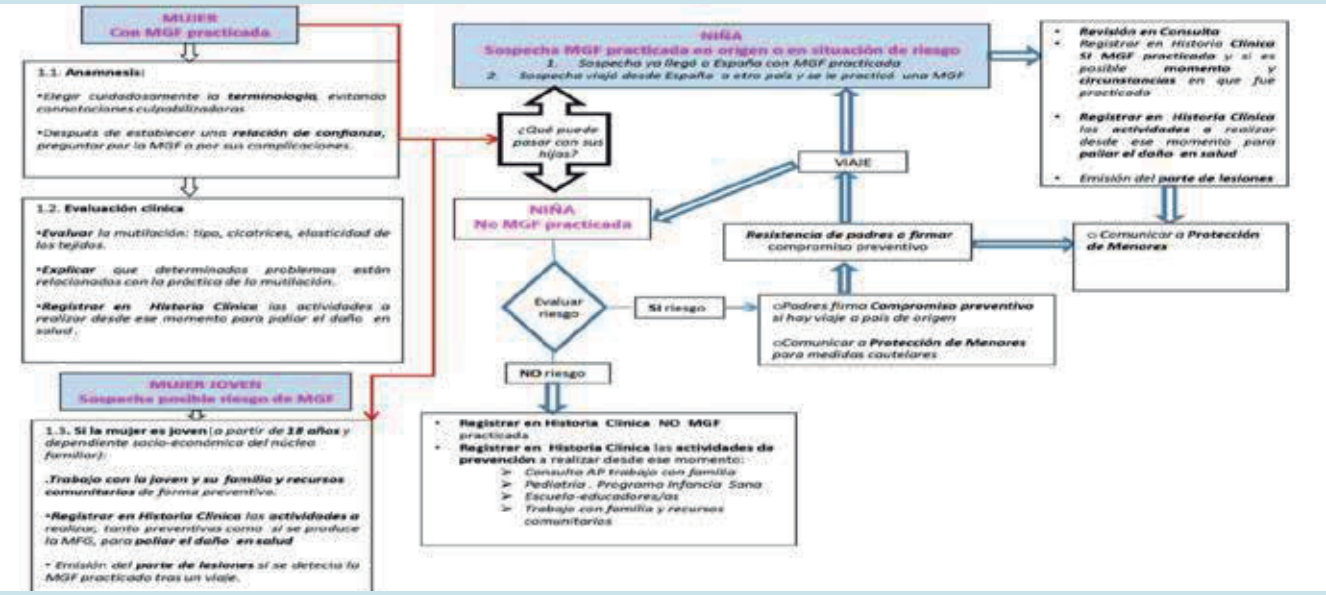
Los profesionales sanitarios ocupan un lugar clave en la detección, prevención e intervención de la MGF, debido a que trabajan directamente con la población de riesgo. Por esta razón, es básico y necesario el trabajo de sensibilización y formación de sus profesionales.

Las actuaciones de los profesionales sanitarios se deben realizar desde una **perspectiva integral, multi e interdisciplinar**, con la finalidad de procurar una coordinación de acciones y garantizar la continuidad de cuidados a la persona mutilada y a la familia. La prevención está dirigida, por un lado, a **"informar-sensibilizar"** para procurar que las familias cambien de actitud ante la mutilación. Y, por otro lado, a **"anticipar"**, es decir, a actuar antes de que se practique la MGF para impedirla, para lo que resulta necesario detectar las situaciones de riesgo de MGF. Por ello, la actividad preventiva se puede realizar en varios momentos:

- En las **actividades de educación sanitaria** que se desarrollan fundamentalmente en el ámbito atención primaria y salud comunitaria.
- Con carácter general, con ocasión de las **consultas programadas o protocolizadas existentes**, por ejemplo, el programa /protocolo de promoción de la salud infantil.
- De una manera puntual, bien en la consulta programada o a demanda, **antes del viaje de la niña al país de origen**. El objetivo es que las madres y los padres conozcan las implicaciones de toda índole que supone esta práctica y puedan tomar decisiones en contra de la MGF.

En muchas ocasiones, el primer contacto entre los servicios sanitarios y la mujer mutilada no es a causa de la MGF, sino por consecuencias derivadas de ella como ITUs de repetición, infertilidad, problemas psicológicos, etc. Pero fundamentalmente, el primer contacto con el servicio sanitario, se produce durante el embarazo.

En el siguiente algoritmo del Ministerio de Sanidad se resume el protocolo de actuación ante sospecha y detección de la MGF en niñas y mujeres:



CONCLUSIÓN

La MGF es una violación contra los Derechos Humanos y los Derechos de la Infancia y una muestra extrema de discriminación por razón de género que tiene graves consecuencias para la salud física, psíquica y social de la mujer y niña a la que se le practica, pudiendo llegar incluso a producir la muerte de la víctima.

La prevención es uno de los pasos prioritarios en la erradicación de esta forma específica de violencia, a través de la información y sensibilización, así como la detección de los grupos de riesgo y la actuación anticipativa, siendo los profesionales sanitarios un grupo clave para alcanzar este fin.

Es muy importante trabajar con las mujeres que han sufrido MGF, puesto que las mujeres mutiladas pueden y deben beneficiarse cuanto antes y en la medida de lo posible de una **acción terapéutica reparadora** del daño causado, ellas mismas son un **indicador de posible riesgo** en caso de tener hijas propias o convivir con niñas de su misma familia o etnia y pueden ser **transmisoras de esta práctica**, por lo que debe iniciarse un abordaje educativo y preventivo de nuevas situaciones.

Resumen: *La mutilación genital femenina es una violación contra los Derechos Humanos y los Derechos de la infancia que atenta contra la salud de millones de mujeres y niñas en todo el mundo. Es una práctica cultural y no médica, que se justifica con diferentes motivos y que puede tener consecuencias graves para la salud e incluso la muerte a las mujeres y niñas en las que se practica.*

Palabras Clave: *"prevención" "mutilación genital femenina"*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos de ablación parcial o total de los genitales externos femeninos y otras lesiones de los órganos genitales de la mujer causado por razones culturales u otras y no con fines médicos. Esta práctica no brinda ningún beneficio, solo complicaciones, a corto plazo, como hemorragias graves, dolor intenso o problemas urinarios entre otros, y a largo plazo, como problemas menstruales, infecciones, daños psicológicos o problemas durante el embarazo y parto aumentando la probabilidad de muerte perinatal.

Es reconocida internacionalmente como una violación de los Derechos Humanos y de los Derechos de la Infancia, además de violar los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho de las personas a no ser sometidas a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida en el caso de que se produzca la muerte. Además de ser una manifestación extrema de discriminación por razón de género.

En la actualidad más de 230 millones de mujeres y niñas en el mundo han sufrido algún tipo de mutilación genital femenina en los 30 países de África, Oriente Medio y Asia, donde se realizan estas prácticas. La edad a que mayoritariamente son sometidas a esta mutilación varía mucho de una zona a otra, y oscila entre la lactancia y los 15 años.

Tipos:

• **Tipo I:** resección parcial o total del glande del clítoris y/o del prepucio del clítoris.

• **Tipo II:** resección parcial o total del glande del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.

• **Tipo III:** Infibulación: estrechamiento de la abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin resección del prepucio y del glande del clítoris.

• **Tipo IV:** cualquier otro procedimiento lesivo de los genitales femeninos con fines no médicos, como la punción, la perforación, la incisión, el raspado o la cauterización de la zona genital.

La mutilación genital femenina es, pues, una práctica cultural que se realiza en el contexto de una comunidad y de un grupo, que la justifica por creencias desde distintos ámbitos: costumbre y tradición, control de la sexualidad, funciones reproductivas, de higiene, estéticas o religiosas.

Objetivos:

Analizar y describir la actuación para la detección y la prevención de la MGF en pacientes con potencial riesgo de ser sometidas a esta práctica.

Material y Método:

Revisión bibliográfica sobre la prevención de la mutilación genital femenina en España. Para ello se han consultado las bases de datos: Pubmed, Crochrane, Google Académico y las páginas web de la OMS, Ministerio de Sanidad…Se han utilizado las palabras clave: "mutilación genital femenina", "prevención". Se han recopilado artículos y ha sido seleccionados aquellos artículos con fecha posterior a 2018 en inglés y español.

Resultados:

Los profesionales sanitarios ocupan un lugar clave en la detección, prevención e intervención de la MGF, debido a que trabajan directamente con la población de riesgo. Por esta razón, es básico y necesario el trabajo de sensibilización y formación de sus profesionales.

Las actuaciones de los profesionales sanitarios se deben realizar desde una perspectiva integral, multi e interdisciplinar, con la finalidad de procurar una coordinación de acciones y garantizar la continuidad de cuidados a la persona mutilada y a la familia. La prevención está dirigida, por un lado, a "informar-sensibilizar" para procurar que las familias cambien de actitud ante la mutilación. Y, por otro lado, a "anticipar", es decir, a actuar antes de que se practique la MGF para impedirla, para lo que resulta necesario detectar las situaciones de riesgo de MGF. Por ello, la actividad preventiva se puede realizar en varios momentos:

• En las actividades de educación sanitaria que se desarrollan fundamentalmente en el ámbito atención primaria y salud comunitaria.

• Con carácter general, con ocasión de las consultas programadas o protocolizadas existentes, por ejemplo, el programa /protocolo de promoción de la salud infantil.

• De una manera puntual, bien en la consulta programada o a demanda, antes del viaje de la niña al país de origen. El objetivo es que las madres y los padres conozcan las implicaciones de toda índole que supone esta práctica y puedan tomar decisiones en contra de la MGF.

Conclusión:

La MGF es una violación contra los Derechos Humanos y los Derechos de la Infancia y una muestra extrema de discriminación por razón de género que tiene graves consecuencias para la salud física, psíquica y social de la mujer y niña a la que se le práctica, pudiendo llegar incluso a producir la muerte de la víctima.

La prevención es uno de los pasos prioritarios en la erradicación de esta forma específica de violencia, a través de la información y sensibilización, así como la detección de los grupos de riesgo y la actuación anticipativa, siendo los profesionales sanitarios un grupo clave para alcanzar este fin.

Es muy importante trabajar con las mujeres que han sufrido MGF, puesto que las mujeres mutiladas pueden y deben beneficiarse cuanto antes y en la medida de lo posible de una acción terapéutica reparadora del daño causado, ellas mismas son un indicador de posible riesgo en caso de tener hijas propias o convivir con niñas de su misma familia o etnia y pueden ser transmisoras de esta práctica, por lo que debe iniciarse un abordaje educativo y preventivo de nuevas

Bibliografía

1. **World Health Organization**. *Female genital mutilation: key facts. Geneva: WHO; 2023.*

2. **Ministerio de Sanidad.** *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2019.*

3. **Kaplan A, Chamblin M, Londoño L, Martín M, Hernández M**. *Female genital mutilation/cutting: health professionals' training needs in prevention and management. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1093.*

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 10

Atención y cuidados en pacientes con intoxicaciones agudas

España Jara, Lucía

ATENCIÓN Y CUIDADOS EN PACIENTES CON INTOXICACIONES AGUDAS

XVI Congreso de Investigación SATSE Ciudad Real

LUCIA ESPAÑA JARA

INTRODUCCIÓN

Las intoxicaciones agudas son una causa común de ingreso en urgencias y requieren atención inmediata. Pueden derivar de la ingestión, inhalación, absorción o exposición a sustancias tóxicas. Requieren una intervención rápida y eficaz para evitar complicaciones graves y mejorar el pronóstico del paciente.

METODOLOGÍA

- Fuentes: PubMed, Scopus, SciELO (2019-2024).
- Artículos sobre atención de enfermería en intoxicaciones agudas.
- Artículos analizados: 25 publicaciones relevantes.

OBJETIVO 1 Identificar causas frecuentes de intoxicación aguda

OBJETIVO 2 Describir intervenciones óptimas de enfermería

OBJETIVO 3 Evaluar el impacto de la formación continua del personal

RESULTADOS

INTERVENCIONES

Evaluación inicial: ABC, signos vitales, escala Glasgow

Descontaminación: Lavado gástrico, carbón activado, antídotos

Monitoreo: Signos, síntomas, balance hídrico, protocolos clínicos

Educación preventiva: Riesgos domésticos, almacenamiento seguro, programas comunitarios

CAUSAS FRECUENTES

- **Medicamentos**: Opioides, antidepresivos, benzodiacepinas
- **Químicos domésticos:** Detergentes, pesticidas
- **Sustancias psicoactivas:** Alcohol, drogas recreativas

CONCLUSIÓN

La enfermería es clave en el manejo de intoxicaciones agudas, desde la atención inmediata hasta la prevención. La estandarización de protocolos y la formación constante del personal son esenciales para una atención eficaz, segura y humanizada.

SATSE

Resumen: *Las intoxicaciones agudas son frecuentes en urgencias y exigen intervenciones rápidas por parte del personal de enfermería. Las causas más comunes incluyen medicamentos, sustancias químicas y drogas recreativas. La enfermería desempeña un rol clave en la evaluación inicial, monitoreo, descontaminación y administración de tratamientos, así como en la educación preventiva. El uso de protocolos estandarizados y la capacitación continua mejoran la calidad de atención y reducen complicaciones. Este trabajo destaca la importancia del enfoque integral y multidisciplinario en el manejo de estas emergencias para garantizar una atención eficaz, segura y centrada en el paciente.*

Palabras Clave: *Intoxicación aguda - Atención de enfermería - Capacitación en salud*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las intoxicaciones agudas constituyen una causa habitual de atención en los servicios de urgencias y representan un reto significativo para el equipo de enfermería. Estas situaciones pueden derivar de la ingestión, inhalación, absorción o exposición a sustancias tóxicas que afectan rápidamente el estado de salud del paciente. Requieren una intervención rápida y eficaz para evitar complicaciones graves y mejorar el pronóstico del paciente.

El personal de enfermería juega un rol clave en la evaluación inicial, monitoreo constante, administración de tratamientos y soporte vital, así como en la educación preventiva a pacientes y familiares.

Objetivos:

• Determinar las principales causas de intoxicaciones agudas que se presentan en los servicios de urgencias.

• Describir las intervenciones de enfermería que se consideran óptimas para el manejo de estos pacientes.

• Evaluar el impacto de la formación continua en el desempeño del personal de enfermería frente a casos de intoxicación aguda.

Material y Método:

Se llevó a cabo una revisión de la literatura consultando bases de datos como PubMed, Scopus y Scielo, incluyendo estudios publicados entre 2019 y 2024. Se seleccionaron artículos originales, revisiones sistemáticas y guías clínicas que abordaran la atención y cuidados en enfermería para pacientes con intoxicaciones agudas. Se excluyeron artículos enfocados exclusivamente en intoxicaciones crónicas o pediátricas específicas sin relación con la atención general. Se analizaron 25 artículos relevantes que abordaron aspectos clínicos, intervenciones de enfermería, protocolos y resultados en el manejo de intoxicaciones.

Resultados:

1. Causas frecuentes de intoxicaciones agudas

Entre las intoxicaciones más habituales en los servicios de urgencias se encuentran las provocadas por medicamentos (como opioides, antidepresivos y benzodiacepinas), productos químicos domésticos (incluyendo detergentes y pesticidas), y sustancias psicoactivas como el alcohol y drogas recreativas. Los estudios indican que el perfil del paciente intoxicado varía según factores demográficos y sociales, siendo frecuente la intoxicación intencional en adultos jóvenes y accidental en niños y ancianos. Estas intoxicaciones pueden afectar diversos sistemas orgánicos, siendo crítico un manejo temprano para evitar daños mayores.

2. Intervenciones de enfermería en el manejo

La actuación inicial en intoxicaciones agudas incluye:

• **Evaluación inmediata**: el personal de enfermería es responsable de realizar una valoración rápida y completa del estado del paciente, priorizando la vía aérea, respiración y circulación (ABC). La evaluación incluye signos vitales, nivel de conciencia mediante la escala de Glasgow, y búsqueda de signos específicos como olor, coloración o lesiones cutáneas

• **Descontaminación**: se destaca la importancia de iniciar medidas de descontaminación cuando sea pertinente, tales como lavado gástrico, administración de carbón activado o antídotos específicos, siempre bajo prescripción médica.

• **Monitoreo y manejo integral**: la atención integral implica la colaboración interdisciplinaria, pero la enfermería mantiene un rol central en el seguimiento cercano del paciente, registro de signos y síntomas, y administración puntual de tratamientos. Se recomienda el uso de protocolos estandarizados para asegurar la calidad y seguridad, reduciendo errores y mejorando la respuesta ante complicaciones como arritmias, insuficiencia respiratoria o daño renal. La hidratación adecuada, control del balance hídrico y manejo del dolor son cuidados complementarios fundamentales.

• **Educación**: la enfermería tiene un papel destacado en la educación para la prevención de intoxicaciones, orientando sobre el almacenamiento seguro de medicamentos y productos tóxicos, identificación de riesgos domésticos, y primeros auxilios básicos. Los programas educativos dirigidos a pacientes y comunidad han demostrado reducción en la incidencia de intoxicaciones accidentales.

3. Impacto de la capacitación en enfermería

La formación específica para el personal de enfermería ha demostrado mejorar significativamente el manejo clínico de intoxicaciones agudas. La combinación de capacitación teórica y práctica fortalece las competencias para realizar valoraciones rápidas, administrar tratamientos adecuados y comunicarse eficazmente dentro del equipo multidisciplinario.

Conclusión:

La atención y cuidados de pacientes con intoxicaciones agudas requieren un enfoque integral, en el que la enfermería es protagonista en la evaluación inicial, monitorización continua y manejo de intervenciones específicas. La aplicación de protocolos estandarizados y la colaboración multidisciplinaria son claves para mejorar los resultados clínicos y prevenir complicaciones. Además,

la educación y prevención desde el ámbito de enfermería son estrategias fundamentales para reducir la ocurrencia de intoxicaciones. Es necesario fomentar la capacitación continua del personal de enfermería en el manejo de estas emergencias para garantizar una atención segura, eficaz y humanizada.

Bibliografía

1. Abebe AM, Kassaw MW, Shewangashaw NE. Assessment of knowledge and practice of nurses on initial management of acute poisoning in Dessie referral hospital Amhara region, Ethiopia, 2018. BMC Nurs. 2019;18:60. doi:10.1186/s12912-019-0387-2

2. Allam ZA, Mohammed SM, Ismail AL, et al. Effect of emergent nursing educational intervention on nurses' performance for patients with acute poisoning. Tanta Sci Nurs J. 2021;21(2):224-232.

3. Li Y, Wei J, Xu H, et al. Construction of nursing-sensitive quality indicators for acute poisoning in emergency departments: An e-Delphi study. J Adv Nurs. 2024;80(11):4736-4749. doi:10.1111/jan.16266

4. Mamo Abebe A, Wudu Kassaw M, Estifanos Shewangashaw N. Assessment of knowledge and practice of nurses on initial management of acute poisoning in Dessie referral hospital Amhara region, Ethiopia, 2018. BMC Nurs. 2019;18:60. doi:10.1186/s12912-019-0387-2

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 11

Autocontrol en Diabetes Mellitus tipo 1 mediante sistema de medición continua de glucosa flash.

Aceña Martínez, Silvia
Pascual Ortega, Sonia

AUTOCONTROL EN DIABETES MELLITUS TIPO 1 MEDIANTE SISTEMA DE MEDICIÓN CONTINUA DE GLUCOSA FLASH

SILVIA ACEÑA MARTÍNEZ, SONIA PASCUAL ORTEGA.

SATSE

INTRODUCCIÓN

La diabetes es un trastorno metabólico a nivel global en la que la mayor parte de la población afectada debe regularse periódicamente a lo largo del día los niveles de glucosa en sangre. Con la intención de mejorar la calidad de vida de estas personas se ha intentado desarrollar un sensor de glucosa no invasivo.

La glucemia capilar es un parámetro fundamental en el manejo diario de la diabetes mellitus tipo 1. Con el avance de las tecnologías han aparecido en el mercado nuevos dispositivos que permiten un cálculo inmediato de la glucosa en el líquido intersticial, un procedimiento menos cruento, sencillo e indoloro.

Freestyle libre permite medir la glucosa en sangre mediante un sensor que recoge y almacena valores de glucosa durante el día y la noche, la Monitorización Flash.

La Monitorización Flash de glucosa mejora las variables de control glucémico y parámetros de calidad de vida. También permite visualizar un gráfico diario de las mediciones que queda guardado, de manera que los resultados pueden ser evaluados a lo largo del perÍodo de duración del sensor. Y permite establecer alarmas de hipo e hiperglucemia para que los pacientes puedan normalizar su glucemia

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de las siguientes bases de datos: PubMed, Biblioteca de SACYL y Google Académico. Se localizaron 20 artículos, aceptando varios de ellos que pertenecían a los criterios de inclusión: revisiones sistemáticas, y revisiones bibliográficas, en español o inglés, publicadas desde el año 2013 al 2022 cuyos sujetos de estudio son niños y adultos.

OBJETIVOS

- Investigar, desarrollar y validar un sensor no invasivo para la estimación del nivel de glucosa en sangre.
- Evaluar la calidad de vida y el control glucémico tras el inicio de la monitorización flash de glucosa en pacientes con diabetes mellitus tipo 1.

PALABRAS CLAVE

Diabetes mellitus, FreeStyle Libre, monitorización Flash de glucosa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los sistemas de monitorización de glucosa en tejido subcutáneo ofrecen la posibilidad de una valoración continua y dinámica de los niveles de glucosa intersticial. Aún tratándose de sistemas menos precisos que los medidores de glucemia capilar, han demostrado ciertos beneficios en la mejora del control glucémico, y la disminución de la variabilidad glucémica en pacientes con diabetes tipo 1 en tratamiento intensivo.

La monitorización continua de glucosa, junto con el tratamiento insulínico intensivo, son una herramienta útil para reducir aún más la hemoglobina glicosilada aplicada en pacientes seleccionados con diabetes tipo 1, que hayan recibido una correcta educación diabetológica para la utilización de estos sistemas.

Los dispositivos de medición continua de glucosa son herramientas útiles en el manejo de la diabetes mellitus, especialmente en aquellos que reciben insulina, permitiendo reajustes en el tratamiento personalizado.

BIBLIOGRAFÍA

SCAN ME

Resumen: *La diabetes es un trastorno metabólico a nivel global en la que la mayor parte de la población afectada debe regularse periódicamente a lo largo del día los niveles de glucosa en sangre. Con la intención de mejorar la calidad de vida de estas personas se ha intentado desarrollar un sensor de glucosa no invasivo.*

La glucemia capilar es un parámetro fundamental en el manejo diario de la diabetes mellitus tipo 1.

Desde hace unos años se están desarrollando sistemas para conocer los niveles de glucemia sin necesidad de realizar punciones capilares.

Palabras Clave: *Diabetes Mellitus - Freestyle Libre - Monitorización Flash de Glucosa*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La diabetes mellitus (DM) es uno de los problemas más graves de salud pública en todo el país. El factor más preocupante es la falta de control de la misma, lo que incide de manera directa, causando daños severos a la salud y la calidad de vida del paciente y familiares, así como una carga económica al país. Por lo tanto, el desarrollo de un método no invasivo para la medición de la glucemia proporcionaría a los pacientes una forma sencilla e indolora de monitoreo y, en consecuencia, un mejor control de la diabetes y el retraso o eliminación de las complicaciones que a largo plazo produce la enfermedad.

La monitorización flash de glucosa (MFC) mejora las variables de control glucémico y parámetros de calidad de vida. También permite visualizar Un gráfico diario de las mediciones que queda guardado, de manera que los resultados pueden ser evaluados a lo largo del periodo de duración del sensor. Y permite establecer alarmas de hipo e hiperglucemia para que los pacientes puedan normalizar su glucemia [(1)].

El manejo de los niveles de glucemia puede llegar a ser un auténtico reto. Hay múltiples factores que juegan un papel importante en el éxito/fracaso de la terapia con insulina (como pueden ser el tipo y duración de insulina empleada, el manejo dietético, y La actividad física realizada); La monitorización de la glucemia de forma frecuente y fiable sigue siendo una ventaja para los pacientes diabéticos a la hora de tomar decisiones en el ajuste de la dosis. [(2,3)].

Los sensores de glucosa en tiempo real mejoran los niveles hemoglobina glicada, en adultos y niños con mal control glucémico [(4)].

Objetivos:

• Investigar, desarrollar y validar un sensor no invasivo para la estimación del nivel de glucosa en sangre.

• Evaluar la calidad de vida y el control glucémico tras el inicio de la monitorización flash de glucosa en pacientes con diabetes mellitus tipo 1.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de las siguientes bases de datos: PubMed, Biblioteca de SACYL y Google Académico. Se localizaron 20 artículos, aceptando varios de ellos que pertenecían a los criterios de inclusión: revisiones sistemáticas, y revisiones bibliográficas, en español o inglés, publicadas desde el año 2013 al 2024 cuyos sujetos de estudio son niños y adultos.

Resultados y Conclusiones:

Los sistemas de monitorización de glucosa en tejido subcutáneo ofrecen la posibilidad de una valoración continua y dinámica de los niveles de glucosa intersticial. Aun tratándose de sistemas menos precisos que los medidores de glucemia capilar, han demostrado ciertos beneficios en la mejora del control glucémico, y la disminución de la variabilidad glucémica en pacientes con diabetes tipo 1 en tratamiento intensivo.

La monitorización continua de glucosa, junto con el tratamiento insulínico intensivo, son una herramienta útil para reducir aún más la hemoglobina glicosilada aplicada en pacientes adultos seleccionados con diabetes tipo 1, que hayan recibido una correcta educación diabetológica para la utilización de estos sistemas.

Los dispositivos de medición continua de glucosa son herramientas útiles en el manejo de la diabetes mellitus, especialmente en aquellos que reciben insulina, permitiendo reajustes en el tratamiento personalizado.

Bibliografía

1. Corradini S, Pilosio B, DondiF, et al. Accuracy of a Flash Glucose Monitoring System in Diabetic People. Vet Intern Med 2016; 30 (4): 983-988.

2. Fleeman L.M, Rand JS. Evaluation of day-to-day variability of serial blood glucosa . concentration curves in diabetic person, Am Vet Assoc 2013; 222(3): 317-321.

3. Alt N, Kley S, Haessig M, Reusch CE. Day-to day variability of bloodglucose concentration curves generated al home in people with diabetes mellitus. Am Vet Assoc 2017; 230(7): 1011-1017.

4. Deiss D, BolinderJ, RivelineJP, Batelino T, Bosi E, Tubiana Rufi R, Improved glycemic control in poorly controled patients with type 1 diabetes using real-time continuous glucosa monitoring Diabetes Care. 2016;29:2730-2.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 12

Autolesiones en el Trastorno Límite de Personalidad: actitudes, formación y abordaje de enfermería

Rivera Cortina, Marina
Sobrino Martín, Alba
Redondo Culebras, Laura
Rolando Calle, Celia

XVI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

Autolesiones en el Trastorno Límite de Personalidad: actitudes, formación y abordaje de enfermería

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por una **inestabilidad emocional intensa, impulsividad, y patrones relacionales disfuncionales**. Un rasgo común es la autolesión, que puede presentarse tanto con intención suicida como sin ella. Las diferencias entre estos comportamientos no siempre son evidentes para los profesionales de salud mental y urgencias, lo cual afecta tanto la calidad de la atención como los resultados clínicos.

OBJETIVOS

- Explorar las diferencias clínicas entre las conductas autolesivas suicidas y no suicidas en mujeres con TLP.
- Analizar las actitudes de los profesionales de la salud hacia pacientes con TLP que se autolesionan.
- Evaluar la efectividad de intervenciones educativas dirigidas a mejorar las actitudes de los profesionales de la salud hacia pacientes con TLP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica. Búsqueda en la base de datos PubMed y Cochrane.
Términos Mesh (Medical Subjecs Headings) o Decs (Descriptores en Ciencia de la Salud) combinándolo con los operadores booleanos AND, OR y NOT.

Criterios de inclusión:

- Artículos en español, inglés y francés.
- Artículos que traten sobre pacientes con trastorno límite de la personalidad.
- Artículos que traten las autolesiones en estos pacientes y el abordaje en enfermería

Criterios de exclusión:

- Idioma distinto al español, inglés y francés.
- Artículos que traten las autolesiones en pacientes con una patología distinta al trastorno límite de personalidad.

RESULTADOS

El estudio de Maddock et al. identificó que ciertos métodos de autolesión, como la autoingesta o el apuñalamiento, se asocian con **mayor intencionalidad suicida**. También, cuando el acto no alivia el malestar emocional, suele indicar mayor riesgo. Commons Treloar y Lewis observaron que el personal de **urgencias** muestra **actitudes más negativas** hacia pacientes con TLP, mientras que la experiencia y formación específica del **personal de salud mental**, se asociaban con actitudes más comprensivas y un **mejor manejo de la situación**. En su ensayo posterior, demostraron que una **breve intervención educativa** puede cambiar significativamente las actitudes del personal, promoviendo un abordaje más empático y eficaz.

CONCLUSIONES

La autolesión en el Trastorno Límite de la Personalidad puede diferenciarse clínicamente según el método y la función emocional del acto. Las **actitudes del personal sanitario** influyen directamente en la calidad del abordaje, siendo más negativas en urgencias. La **formación específica** mejora significativamente la comprensión y el trato hacia estos pacientes, lo que refuerza la necesidad de **programas educativos continuos** para reducir el estigma y optimizar la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maddock GR, Carter GL, Murrell ER, Lewin TJ, Conrad AM. Distinguishing Suicidal from Non-Suicidal Deliberate Self-Harm Events in Women with Borderline Personality Disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2010 Jun;44(6):574–82.
2. Commons Treloar AJ, Lewis AJ. Targeted Clinical Education for Staff Attitudes Towards Deliberate Self-Harm in Borderline Personality Disorder: Randomized Controlled Trial. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2008 Jan;42(11):981–8.
3. Commons Treloar AJ, Lewis AJ. Professional Attitudes Towards Deliberate Self-Harm in Patients With Borderline Personality Disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry [Internet]. 2008 Jan;42(7):578–84. Available from: http://dro.deakin.edu.au/view/DU:30017851?print_friendly=true

Autores:
Rivera Cortina, Marina
Sobrino Martín, Alba
Redondo Culebras, Laura
Rolando Calle, Celia

Resumen: *El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se asocia con alta prevalencia de conductas autolesivas, tanto suicidas como no suicidas. Esta revisión analiza tres estudios que abordan la distinción clínica entre estos comportamientos, las actitudes profesionales hacia pacientes con TLP y la efectividad de programas de formación orientados a mejorar dichas actitudes. Los hallazgos sugieren que factores como el método utilizado y la percepción de resolución del malestar por parte del paciente son clave para identificar la intención suicida. Asimismo, la formación específica puede mejorar significativamente las actitudes del personal sanitario, especialmente en servicios de urgencias.*

Palabras Clave: *Trastorno límite de la personalidad - Autolesión - Salud mental.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El TLP se caracteriza por una inestabilidad emocional intensa, impulsividad, y patrones relacionales disfuncionales. Un rasgo común es la autolesión, que puede presentarse tanto con intención suicida como sin ella. Las diferencias entre estos comportamientos no siempre son evidentes para los profesionales de salud mental y urgencias, lo cual afecta tanto la calidad de la atención como los resultados clínicos. A ello se suma el estigma que frecuentemente enfrentan estos pacientes, influenciado por la formación previa y experiencia de los profesionales.

Objetivos:

• Esta revisión tiene como propósito:

• Explorar las diferencias clínicas entre las conductas autolesivas suicidas y no suicidas en mujeres con TLP.

• Analizar las actitudes de los profesionales de la salud hacia pacientes con TLP que se autolesionan.

• Evaluar la efectividad de intervenciones educativas dirigidas a mejorar las actitudes de los profesionales de la salud hacia pacientes con TLP.

Material y Método:

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de una búsqueda en la base de datos PubMed y Cochrane.

Se ha desarrollado utilizando los términos Mesh (Medical Subjecs Headings) o Decs (Descriptores en Ciencia de la Salud) combinándolo con los operadores booleanos AND, OR y NOT.

Criterios de inclusión:

• Artículos en español, inglés y francés.

• Artículos que traten sobre pacientes con trastorno límite de la personalidad.

• Artículos que traten las autolesiones en estos pacientes y el abordaje en enfermería.

Criterios de exclusión:

• Idioma distinto al español, inglés y francés.

• Artículos que traten las autolesiones en pacientes con una patología distinta al trastorno límite de personalidad.

Resultados:

En un estudio de Maddock et al. realizado con 70 mujeres australianas diagnosticadas de TLP, se analizaron 302 episodios de autolesión mediante la "Parasuicide History Interview". Los eventos fueron clasificados según su intencionalidad suicida o no suicida. Se encontró que las conductas como la ingesta de medicamentos, el apuñalamiento y el intento de salto desde alturas tienen una probabilidad significativamente mayor de asociarse con intención suicida. También se observó que la autolesión suicida tendía a estar más planificada y se acompañaba de una mayor carga emocional, como sentimientos de desesperanza y desesperación, en comparación con los actos no suicidas, que solían responder a impulsos momentáneos o a la necesidad de regular emociones intensas.

En cuanto a las actitudes profesionales, Commons Treloar y Lewis hallaron que el personal de urgencias mostraba actitudes de desconfianza, estigmatización y frustración ante este tipo de pacientes. Por el contrario, los profesionales de salud mental manifestaban actitudes significativamente más comprensivas, ya que observaron que una mayor experiencia y formación específica en TLP se asociaban con actitudes más comprensivas y un mejor manejo de la situación.

En otro estudio, se evaluó un programa educativo breve dirigido a mejorar las actitudes del personal sanitario ante las autolesiones en pacientes con TLP. En este ensayo controlado aleatorizado participaron 99 profesionales de salud mental y urgencias, quienes fueron asignados a un grupo experimental (que recibió una sesión educativa breve de 3 horas sobre TLP y autolesión) o a un grupo control. Se utilizó una escala de actitudes profesionales antes y después de la intervención. Los resultados indicaron que el grupo que recibió formación mostró una mejora significativa en su percepción del valor terapéutico del tratamiento para personas con TLP, así como en su disposición a trabajar con estos pacientes. También se redujo la creencia de que la autolesión en estos casos era meramente manipulativa, y aumentó el reconocimiento de la complejidad del sufrimiento emocional implicado.

Conclusiones:

Los estudios revisados muestran que las conductas autolesivas en personas con Trastorno Límite de la Personalidad no siempre implican intención suicida, pero ciertos métodos (como la ingesta de fármacos o el apuñalamiento) y la percepción de ineficacia emocional del acto se asocian con mayor riesgo suicida.

Asimismo, se evidencian diferencias importantes en las actitudes de los profesionales hacia estos pacientes. El personal de urgencias tiende a mostrar mayor rechazo y frustración hacia estos, mientras que los profesionales con más experiencia o formación específica en TLP presentan actitudes más positivas.

Por último, se confirma que las intervenciones educativas breves pueden mejorar significativamente la percepción del personal sanitario hacia el TLP, favoreciendo un abordaje más empático y efectivo.

Bibliografía

1. Maddock GR, Carter GL, Murrell ER, Lewin TJ, Conrad AM. Distinguishing Suicidal from Non-Suicidal Deliberate Self-Harm Events in Women with Borderline Personality Disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2010 Jun;44(6):574–82.

1. Commons Treloar AJ, Lewis AJ. Targeted Clinical Education for Staff Attitudes Towards Deliberate Self-Harm in Borderline Personality Disorder: Randomized Controlled Trial. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2008 Jan;42(11):981–8.

3. Commons Treloar AJ, Lewis AJ. Professional Attitudes Towards Deliberate Self-Harm in Patients With Borderline Personality Disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry [Internet]. 2008 Jan;42(7):578–84. Available from: http://dro.deakin.edu.au/view/DU:30017851?print_friendly=true

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 13

Beneficios de la cura con sal ante un granuloma umbilical.

Manzaneque López, Gemma
Tentea, Laura Luminita.
Diaz Gallego, César
López Ruiz, Cecilia María.

BENEFICIOS DE LA CURA CON SAL ANTE UN GRANULOMA UMBILICAL

XVI Congreso de Investigación SATSE. Ciudad Real.

Manzaneque López G; Tentea Laura. L; Diaz Gallego C; López Ruiz C.M: Enfermería especializada en obstetricia-ginecología y enfermería

INTRODUCCIÓN

Tras la caída del cordón umbilical, puede producirse una alteración del proceso de cicatrización conocido como granuloma umbilical. Su causa es desconocida y se relacionada con una infección leve o subclínica del muñón umbilical o un retraso de la caída del cordón.
Debido a su evolución, el granuloma umbilical puede producir complicaciones infecciosas, por lo que ante la ausencia de una resolución espontánea habrá que tratarlo.

METODOLOGÍA

OBJETIVOS: evaluar los beneficios de la cura con sal para la resolución del granuloma umbilical.
MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión bibliográfica mediante las bases de datos Google Scholar, PubMed, MEDLINE y EMBASE, utilizando palabras clave «granuloma umbilical» y «tratamiento con sal» para identificar los artículos relacionados.

RESULTADOS

Existen resultados beneficiosos sobre el tratamiento con sal común para el granuloma umbilical.
En todos los estudios el tratamiento se realiza en casa durante 3 días, tras asesorar a los cuidadores en la aplicación de la sal y programar las citas de seguimiento para evaluar cualquier efecto adverso así como las recurrencias. Las tasas de curación con sal, oscilaron entre el 53,33 % y el 100 %. Los casos que no respondieron fueron por diagnosticar un granuloma en vez de un pólipo.

CONCLUSIÓN

La aplicación de sal común es una forma de tratamiento beneficiosa ya que es simple, efectiva y económica, sin recurrencias. Puede ser aplicada en casa por los cuidadores.
Por lo tanto, su practicidad y seguridad evita complicaciones derivadas de fármacos o cirugías y permite un seguimiento único por parte de enfermería en consulta de pediatría o de matrona.

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: *El granuloma umbilical es una afección benigna que se produce en el periodo neonatal. Es una lesión húmeda y rosada en la base del cordón umbilical de causa desconocida pero relacionada con infección leve o subclínica, que si no se solventa espontáneamente necesita tratamiento. Por lo que uno de los tratamientos más beneficiosos por su rápida curación, bajo coste, manejo sencillo y no aparición de recidivas ha sido el tratamiento con sal común. Donde la figura de la enfermera especialista al cuidado de estos bebés cobra un papel único para su resolución.*

Palabras Clave: *Ombligo - Granuloma - Sal*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Tras la caída del cordón umbilical, puede producirse una alteración del proceso de cicatrización conocida como granuloma umbilical. Su causa es desconocida y se relacionada con una infección leve o subclínica del muñón umbilical o un retraso de la caída del cordón.

Debido a su evolución, el granuloma umbilical puede producir complicaciones infecciosas, por lo que ante la ausencia de una resolución espontánea habrá que tratarlo.

Objetivos:

Evaluar los beneficios de la cura con sal para la resolución del granuloma umbilical.

Material y Método:

Revisión bibliográfica en las bases de datos Google Scholar, PubMed, MEDLINE y EMBASE, utilizando las palabras clave «granuloma umbilical» y «tratamiento con sal» para identificar los artículos relacionados.

Resultados:

Existen resultados beneficiosos en estudios sobre el tratamiento con sal común para el granuloma umbilical.

Este se realizó en casa durante 3 días, tras asesorar a los cuidadores en la aplicación de la sal y programar las citas de seguimiento para evaluar el resultado, cualquier efecto adverso y las recurrencias.

Las tasas de curación con sal, según los diferentes estudios, oscilaron entre el 53,33 % y el 100 %. Los casos que no respondieron fueron por diagnosticar un granuloma en vez de un pólipo.

Conclusiones:

La aplicación de sal común es una forma de tratamiento beneficiosa ya que es simple, efectiva y económica, sin recurrencias. Puede ser aplicada en casa por los cuidadores. Por lo tanto, su practicidad y seguridad evita complicaciones derivadas de fármacos o cirugías y permite un seguimiento único por parte de enfermería en consulta de pediatría o de matrona.

Bibliografía

1. Haftu H, Bitew H, Gebrekidan A, Gebrearegay H. The outcome of salt treatment for umbilical granuloma: A systematic review. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2020;14:2085–92. Disponible en: http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S283011

2. Bagadia J, Jaiswal S, Bhalala KB, Poojary S. Pinch of salt: A modified technique to treat umbilical granuloma. Pediatr Dermatol [Internet]. 2019;36(4):561–3. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/pde.13851

3. Banerjee A, Munghate G, Bodhanwala M, Bendre PS. Treatment of umbilical granuloma in infants with topical application of common salt: A scoping review. J Pediatr Surg [Internet]. 2023;58(9):1843–8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2023.03.007

4. Srinivas Jois R, Rao S. Management of umbilical granuloma in infants: A systematic review of randomised controlled trials. Aust J Gen Pract [Internet]. 2021;50(8):589–94. Disponible en: http://dx.doi.org/10.31128/AJGP-04-20-5371

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 14

Beneficios de la Lactancia Materna

Navarro Díez, Macarena
González Redondo, María

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

INTRODUCCIÓN: La lactancia materna es reconocida mundialmente como la forma ideal de alimentación para los lactantes, especialmente durante los primeros seis meses de vida. Diversas organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, seguida de la introducción de alimentos complementarios adecuados junto con la continuación de la lactancia hasta los 2 años o más.

OBJETIVOS:

-Conocer los beneficios de la lactancia materna para el recién nacido y la madre
-Conocer los cuidados de enfermería para LACTANCIA MATERNA.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre los beneficios de la lactancia materna. Utilizamos bases de datos como Pub Med, Scielo, Dialmet utilizando descriptores DeCS, seleccionando los artículos adecuados y recopilando datos sobre el tema. Palabras clave: “lactancia materna exclusiva” “leche materna” “enfermería y lactancia”

RESULTADOS:

Beneficios para el bebé:
-Es el alimento que mejor se adapta a sus necesidades
-Siempre disponible en cantidad y temperatura.
-Menor riesgo de infecciones, además disminuye el riesgo de alergia y de algunas enfermedades (diabetes, obesidad, celiaquía).
-Correcto desarrollo de la estructura bucal y dental.
-Mejora el desarrollo neurológico
-Favorece el vínculo madre-bebé

Beneficios para la madre:
-Previene la depresión postparto y facilita la recuperación tras el parto: contracción uterina, menor riesgo de infecciones y hemorragia.
-Efector protector frente cáncer de mama y ovario, y la osteoporosis.

Si el personal sanitario realiza un buen trabajo, resaltando los cuidados de enfermería de forma empática y con respeto, resolviendo cuestiones y preocupaciones generan una mayor confianza y se consigue establecer mejor la lactancia.

SATSE

CONCLUSIONES

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico. Además, desde el punto de vista emocional, le asegura una adecuada relación de apego seguro con su madre; ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura.

Macarena Navarro y María González

Resumen: *La lactancia materna es reconocida mundialmente como la forma ideal de alimentación para los lactantes, especialmente durante los primeros seis meses de vida.*

Los objetivos del trabajo son conocer los beneficios de la lactancia materna y conocer los cuidados de enfermería para lactancia materna.

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre los beneficios de la lactancia materna.

La leche materna es el alimento que mejor se adapta a sus necesidades, más equilibrado y el de mejor digestión. Aparece menor riesgo de infecciones y de algunas enfermedades y mejora el desarrollo neurológico favoreciendo el vínculo afectivo madre-bebé.

Palabras Clave: *Lactancia Materna Exclusiva - Leche Materna - Enfermería y Lactancia*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La lactancia materna es reconocida mundialmente como la forma ideal de alimentación para los lactantes, especialmente durante los primeros seis meses de vida. Diversas organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, seguida de la introducción de alimentos complementarios adecuados junto con la continuación de la lactancia hasta los 2 años o más.

Objetivos:

- Conocer los beneficios de la lactancia materna para el recién nacido y la madre

- Conocer los cuidados de enfermería para LACTANCIA MATERNA.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre los beneficios de la lactancia materna. Utilizamos bases de datos como Pub Med, Scielo, Dialnet utilizando descriptores DeCS, seleccionando los artículos adecuados y recopilando datos sobre el tema.

Palabras clave: “lactancia materna exclusiva” “leche materna” “enfermería y lactancia”

Resultados:

Beneficios para el bebé:

- Es el alimento que mejor se adapta a sus necesidades, el más equilibrado y el de mejor digestión.

- Siempre disponible en cantidad y temperatura.

- Menor riesgo de infecciones gastrointestinales y respiratorias, además disminuye el riesgo de alergia y de algunas enfermedades (diabetes, obesidad, celiaquía).

- Correcto desarrollo de la estructura bucal y dental.

- Mejora el desarrollo neurológico y favorece el vínculo afectivo madre-bebé.

Para la madre:

- Previene la depresión postparto y facilita la recuperación tras el parto: contracción uterina, menor riesgo de infecciones y hemorragia.

- Efecto protector frente al cáncer de mama, ovario y la osteoporosis.

En varios artículos encontramos que, si el personal sanitario realiza un buen trabajo, resaltando los cuidados de enfermería de forma empática y con respeto, resolviendo cuestiones y preocupaciones que puedan surgir antes y durante el periodo, generan una mayor confianza y se consigue establecer mejor la lactancia materna y mantenerla el mayor tiempo posible para beneficiarse al máximo de ella.

Conclusiones:

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico. Además, desde el punto de vista emocional, le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre; ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura. Por todo ello, la lactancia materna es considerada el método de referencia para la alimentación y crianza del lactante y el niño pequeño.

Es importante tener en cuenta factores culturales, sociales y económicos que pueden afectar la práctica de la lactancia materna, así como promover políticas públicas que la apoyen, como licencias de maternidad y espacios de apoyo para la lactancia materna.

Bibliografía

1. Díaz AR. “Cuidados de enfermería en la lactancia materna” [Internet]. Publicacionescientificas.es. [citado el 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: http://publicacionescientificas.es/wp-content/uploads/2020/08/3144-Elena-Saavedra-publicado.pdf

2. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2017 [citado el 18 de septiembre de 2024];88(1):07–14. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0370-41062017000100001

3. Ballard O, Morrow AL. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. Pediatr Clin North Am. 2013;60(1):49–74. doi:10.1016/j.pcl.2012.10.002

4. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva: World Health Organization; 2013. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/79198

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 15

Burnout y Enfermería

Campos García, Ana
Maza Igual, Beatriz

Burnout y Enfermería

Autoras: Campos García, Ana. Maza Igual, Beatriz
Hospital Comarcal de Laredo

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Burnout o también conocido de desgaste ocupacional, se produce cuando un trabajador sufre una sobrecarga de trabajo y estrés por encima de sus posibilidades durante largos periodos de tiempo.

La OMS lo define como "un síndrome que resulta de estresores crónicos del trabajo que no han sido afrontados exitosamente".

"El Síndrome del trabajador quemado" se manifiesta por un estado de agotamiento físico y mental que se prolonga en el tiempo y llega a afectar a la personalidad y la autoestima del trabajador, desencadenando en diversas patologías psíquicas e incluso físicas.

OBJETIVO:

Identificar las principales causas que ocasionan la aparición de este trastorno en los profesionales de enfermería.

METODOLOGÍA:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos como CUIDEN y PUBMED, así como una búsqueda libre en Google Académico. Se seleccionaron los artículos relacionados con la temática entre los años 2005-2025.

PALABRAS CLAVE: Burnout, agotamiento emocional, estrés, enfermería.

RESULTADOS:

Tras el análisis de los diferentes artículos seleccionados los resultados obtenidos fueron que el Síndrome del quemado es una patología muy frecuente en los profesionales de la salud, actualmente está reconocida como una enfermedad de desgaste profesional. Debido a la progresiva manifestación de sus síntomas debemos de estar atentos para que se pueda abordar precozmente.

Algunos de los síntomas descritos son:

- Depresión
- Ansiedad
- Insomnio
- Cansancio físico y emocional; desgaste, agotamiento
- Despersonalización (irritabilidad, actitud negativa hacia los demás)
- Falta de realización personal (desmotivación, baja productividad)
- Problemas gastrointestinales

Por otro lado, obtuvimos ciertas medidas preventivas y estrategias para superar el Burnout:

- Técnicas de relajación: yoga, meditación…
- Terapia psicológica
- Estilos de vida saludable, dieta saludable, disminución de la ingesta de cafeína y nicotina
- Realizar deporte
- Fomentar un buen ambiente laboral y trabajo en equipo
- Reparto equitativo de las tareas
- Realización de pequeños descansos durante la jornada laboral

CONCLUSIONES:

Podemos concluir que desgraciadamente el Síndrome del quemado es una enfermedad ya reconocida entre el personal sanitario y que cada vez está más en auge debido a la excesiva carga de trabajo, la precariedad laboral, la complejidad de compaginar el trabajo con una vida social y familiar saludable, así como la continua exposición a enfermedades transmisibles y la muerte.

Es por todo ello que debemos prestar atención a los síntomas e intentar identificarlos precozmente para poder prevenirlos y ponerles freno, realizando campañas informativas, charlas, talleres, cursos… para que los trabajadores los reconozcan y sepan las medidas a adoptar si se encuentran ante este síndrome; debido a que las consecuencias de padecerlo repercuten negativamente tanto en el ámbito laboral, ya que se produce una insatisfacción laboral desencadenando un bajo rendimiento y se llega al absentismo, así como en la vida personal del trabajador, provocando una afectación física, psíquica y social para la persona.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hernández Mendoza E, Cerezo Reséndiz S, López Sandoval M.G. Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2007; 15 (3): 161-166.
2. Fernández García M.V, Zárate Grajales R.A, Bautista Paredes L, Domínguez Sánchez P, Ortega Vargas C, Cruz Corchado M et al. Síndrome de Burnout y Enfermería. Evidencia para la práctica. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2012; 20 (1): 45-53.
3. Redón Montoya M. S, Peralta Peña S. L, Hernández Villa E. A, Hernández Reyna I, Vargas Maria R, Favela Ocaño M. A. Síndrome de burnout en personal de enfermería en unidades de cuidados críticos y hospitalización. Enferm glob. 2020; 19 (59): 479-506.
4. Morales Rodriguez A. M, Cobos López G, Ramos Galindo E. Prevención del Burnout en Enfermería. SANUM. 2021; 5 (1): 62-77.

Resumen: *El Síndrome de Burnout se produce por una sobrecarga de trabajo y estrés mantenido en el trabajador durante largos periodos de tiempo, llegando a un agotamiento físico y mental, lo que afecta a la personalidad y la autoestima del trabajador, desencadenando diferentes patologías psíquicas y físicas.*

Al analizar los diferentes artículos hemos podido conocer los diversos síntomas además de ciertas medidas preventivas y estrategias para superarlo.

Podemos concluir que es una enfermedad reconocida dentro del personal sanitario, a la cual debemos dar visibilidad, conociendo sus síntomas e intentando anteponernos a ellos para prevenir dicha enfermedad y evitar sus consecuencias.

Palabras Clave: *Burnout - Estrés - Enfermería*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Síndrome de Burnout o también conocido de desgaste ocupacional, se produce cuando un trabajador sufre una sobrecarga de trabajo y estrés por encima de sus posibilidades durante largos periodos de tiempo.

La OMS lo define como “un síndrome que resulta de estresores crónicos del trabajo que no han sido afrontados exitosamente”.

“El Síndrome del trabajador quemado” se manifiesta por un estado de agotamiento físico y mental que se prolonga en el tiempo y llega a afectar a la personalidad y la autoestima del trabajador, desencadenando en diversas patologías psíquicas e incluso físicas.

Objetivo:

Identificar las principales causas que ocasionan la aparición de este trastorno en los profesionales de enfermería.

Metodología:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos como CUIDEN y PUBMED, así como una búsqueda libre en Google Académico. Se seleccionaron los artículos relacionados con la temática entre los años 2005-2025.

PALABRAS CLAVE: Burnout, agotamiento emocional, estrés, enfermería.

Resultados:

Tras el análisis de los diferentes artículos seleccionados los resultados obtenidos fueron que el Síndrome del quemado es una patología muy frecuente en los profesionales de la salud, actualmente está reconocida como una enfermedad de desgaste profesional. Debido a la progresiva manifestación de sus síntomas debemos de estar atentos para que se pueda abordar precozmente.

Algunos de los síntomas descritos son:

- Depresión
- Ansiedad
- Insomnio
- Cansancio físico y emocional; desgaste, agotamiento
- Despersonalización (irritabilidad, actitud negativa hacia los demás)
- Falta de realización personal (desmotivación, baja productividad)
- Problemas gastrointestinales

Por otro lado, obtuvimos ciertas medidas preventivas y estrategias para superar el Burnout:

- Técnicas de relajación: yoga, meditación…
- Terapia psicológica
- Estilos de vida saludable, dieta saludable, disminución de la ingesta de cafeína y nicotina
- Realizar deporte
- Fomentar un buen ambiente laboral y trabajo en equipo
- Reparto equitativo de las tareas
- Realización de pequeños descansos durante la jornada laboral

Conclusiones:

Podemos concluir que desgraciadamente el Síndrome del quemado es una enfermedad ya reconocida entre el personal sanitario y que cada vez está más en auge debido a la excesiva carga de trabajo, la precariedad laboral, la complejidad de compaginar el trabajo con una vida social y familiar saludable, así como la continua exposición a enfermedades transmisibles y la muerte.

Es por todo ello que debemos prestar atención a los síntomas e intentar identificarlos precozmente para poder prevenirlos y ponerles freno, realizando campañas informativas, charlas, talleres, cursos… para que los trabajadores los reconozcan y sepan las medidas a adoptar si se encuentran ante este síndrome; debido a que las consecuencias de padecerlo repercuten negativamente tanto en el ámbito laboral, ya que se produce una insatisfacción laboral desencadenando un bajo rendimiento y se llega al absentismo, así como en la vida personal del trabajador, provocando una afectación física, psíquica y social para la persona.

Bibliografía

1. Hernández Mendoza E, Cerezo Reséndiz S, López Sandoval M.G. Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2007; 15 (3): 161-166.

2. Fernández García M.V, Zárate Grajales R.A, Bautista Paredes L, Domínguez Sánchez P, Ortega Vargas C, Cruz Corchado M et al. Síndrome de Burnout y Enfermería. Evidencia para la práctica. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2012; 20 (1): 45-53.

3. Redón Montoya M. S, Peralta Peña S. L, Hernández Villa E. A, Hernández Reyna I, Vargas Maria R, Favela Ocaño M. A. Síndrome de burnout en personal de enfermería en unidades de cuidados críticos y hospitalización. Enferm glob. 2020; 19 (59): 479-506.

4. Morales Rodriguez A. M, Cobos López G, Ramos Galindo E. Prevención del Burnout en Enfermería. SANUM. 2021; 5 (1): 62-77.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 16

Buzzy® y ShotBlocker®: Estrategias para el alivio del dolor en pediatría.

Sánchez Sánchez, Irene

BUZZY® Y SHOTBLOCKER® : ESTRATEGIAS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN PEDIATRÍA

Sánchez Sánchez, Irene

1. INTRODUCCIÓN

- Numerosas técnicas requieren uso de **agujas,** generando **miedo** al dolor y **ansiedad** en la población **pediátrica**.
- **ShotBlocker®** pequeño dispositivo de plástico con forma de "C", puntos redondeados y un orificio central donde se administra la inyección. Alivia el dolor y desvía la atención del niño.
- **Buzzy®** dispositivo de plástico con motor vibrador y bolsa de hielo. Se coloca sobre la piel, de 3 a 5 cm encima del punto de inyección. Combina la aplicación de frío, vibración potente y distracción, anulando la sensación de dolor.
- Estos dispositivos toman en cuenta el aspecto **físico**, necesidades **psicológicas** y **emocionales**, del **niño y su familia.**
- Su **uso** no está ampliamente extendido en la mayoría de los entornos pediátricos, por **desconocimiento** y **falta de disponibilidad** en los centros sanitarios.

2. OBJETIVOS

- Conocer evidencia científica de los principales dispositivos para el manejo del dolor en pediatría.
- Conocer su uso y eficacia y fomentar su puesta en práctica por parte de las enfermeras pediátricas.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en bases de datos como: Pubmed, ScienceDirect y Google Scholar.

- Criterios de inclusión: Artículos gratuitos. Idioma: castellano o inglés. ≥ 2019. Población: 3 a 14 años.
- Criterios de exclusión: Artículos de pago. < 2019. Población: mayor de 14 años.

Se seleccionan 5 Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA).

4. RESULTADOS

- **ShotBlocker® y Buzzy® en la administración de insulina:** Ambos son efectivos para aliviar el dolor y la ansiedad, siendo Buzzy® ligeramente más eficaz.
- **ShotBlocker® y Buzzy® en la vacunación:** Los dos dispositivos, lograron reducir el dolor y la ansiedad en adolescentes, no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre ellos.
- **Canalización vía intravenosa con ShotBlocker®:** El uso de ShotBlocker® redujo los niveles de dolor subjetivo.
- **Inyección intravenosa en hospitalización con Buzzy®:** El uso de Buzzy® reduce el dolor sin afectar la tasa de éxito de la inyección, ni su duración en niños pequeños.
- **Inyección intramuscular ShotBlocker® y Buzzy®:** Buzzy® reduce el dolor significativamente más que ShotBlocker®, aunque también mostró una disminución del dolor. Se recomienda utilizar Buzzy® como primera opción, seguido de ShotBlocker®.

5. CONCLUSIONES

Ambos dispositivos demuestran **beneficios en la reducción del dolor y la ansiedad**, sin alterar la ejecución de las técnicas. Su **uso** debe ser **recomendado e implementado,** ya que **mejora** la calidad de los **cuidados**. Una parte importante para **humanizar** los cuidados es la **individualización** de los dispositivos, puesto que en función de la edad y las preferencias del niño o adolescente, será más conveniente el uso de uno u otro.

6. BIBLIOGRAFÍA

SATSE

Resumen: *Los procedimientos relacionados con agujas en enfermería pediátrica generan miedo y ansiedad en los niños y sus familias. Dispositivos como Buzzy® y ShotBlocker® ofrecen manejo no farmacológico del dolor, humanizando la atención.*

Esta revisión sistemática reveló que ambos son efectivos en reducir el dolor y la ansiedad en situaciones como: administración de insulina, vacunación e inyecciones intramusculares e intravenosas, siendo Buzzy® a menudo más eficaz. A pesar de sus beneficios, su uso no está extendido por desconocimiento y falta de disponibilidad. Se concluye que ambos mejoran la calidad de los cuidados y deben implementarse, adaptando su uso a cada niño.

Palabras Clave: *Manejo del dolor - Pediatría - Comodidad del paciente*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En la práctica de enfermería pediátrica, numerosas técnicas requieren el uso de agujas, como la inmunización mediante vacunas, la administración de medicación intramuscular o intravenosa, la canalización de accesos vasculares o la terapia con insulina. Todos estos procedimientos **generan miedo al dolor y ansiedad** en la población pediátrica, lo que a su vez puede influir negativamente en sus futuras interacciones con el sistema de salud y afectar a sus familias indirectamente.

El **manejo del dolor** a través de dispositivos como **Buzzy® o ShotBlocker®** tiene el potencial de mejorar significativamente la calidad de los cuidados. Estos dispositivos toman en cuenta no solo el aspecto físico del niño, sino también sus necesidades psicológicas y emocionales, así como las de su familia, promoviendo una atención más **humanizada**.

ShotBlocker® es un pequeño dispositivo de plástico con forma de "C". Posee puntos redondeados en la parte posterior que entran en contacto con la piel, y un orificio central por donde se administra la inyección. Su diseño está pensado para **aliviar el dolor y desviar la atención del niño** durante el procedimiento.

Buzzy® es un dispositivo de plástico que incorpora un motor vibrador y una bolsa de hielo. Se coloca sobre la piel, generalmente de 3 a 5 cm por encima del punto de inyección, sujetándose con un torniquete. Actúa combinando la **aplicación de frío, una vibración potente y la distracción**, con el objetivo de anular la sensación de dolor.

A pesar de que diversos estudios han demostrado los **beneficios** de estos dispositivos y el conocimiento sobre su existencia, su uso **no está ampliamente extendido** en la mayoría de los entornos pediátricos. Esto se debe principalmente al **desconocimiento** de su existencia y a la **falta de disponibilidad** de los mismos en los centros sanitarios.

Objetivo:

• Conocer la evidencia científica de los principales dispositivos para el manejo del dolor en pediatría.

- Conocer su uso y eficacia para fomentar su puesta en práctica por parte de las enfermeras pediátricas.

Material y Método:

Para la elaboración de esta revisión sistemática, se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como: Pubmed, ScienceDirect y Google Scholar.

Resultados:

Se analizaron varios ECA que evaluaron la eficacia de diferentes técnicas de inyección en diversas situaciones pediátricas:

• **ShotBlocker® y Buzzy® en la administración de insulina**: Los niños con **diabetes tipo I** necesitan inyecciones subcutáneas de insulina varias veces al día, lo que a menudo les causa **dolor y ansiedad recurrentes**, y puede dificultar la adherencia al tratamiento. Este estudio demostró que tanto **ShotBlocker®** como **Buzzy®** son efectivos para aliviar el dolor y la ansiedad en esta población, siendo **Buzzy® ligeramente más eficaz**.

• **ShotBlocker® y Buzzy® en la vacunación**: La **inmunización** mediante vacunas es uno de los procedimientos más frecuentes en la etapa pediátrica. Sin embargo, puede generar **alta ansiedad anticipatoria, fobia a las agujas y falta de adherencia** a los calendarios de vacunación, tanto en niños como en sus familias. En este estudio, ambos dispositivos, **ShotBlocker® y Buzzy®**, lograron reducir el dolor y la ansiedad en adolescentes, aunque no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre ellos.

• **Canalización vía intravenosa con ShotBlocker®**: La inserción de una **vía intravenosa** en niños a menudo provoca reacciones como llanto, gritos, movimientos bruscos y tensión muscular. Esto obliga a los enfermeros a invertir tiempo adicional en tranquilizar y persuadir al niño, y en algunos casos, incluso a inmovilizarlo. Como resultado, el procedimiento puede durar más de lo esperado, causar dolor y requerir múltiples intentos. En este estudio, se demostró que el uso de **ShotBlocker® redujo los niveles de dolor subjetivo** en comparación con el grupo de control.

• **Inyección intravenosa en hospitalización con Buzzy®**: La **hospitalización** es un proceso complejo para los niños, y el procedimiento más estresante y que más miedo les provoca es la **inyección intravenosa**. Esta dificultad complica el trabajo del personal de enfermería pediátrica para la canalización y aumenta la probabilidad de necesitar más intentos. En este estudio, se demostró que **Buzzy® reduce el dolor** sin afectar la tasa de éxito de la inyección, ni su duración en niños pequeños.

• **Inyección intramuscular ShotBlocker® y Buzzy®**: Diversos factores influyen en el dolor y el estrés durante las inyecciones intramusculares, incluyendo la técnica, el lugar de la inyección, las habilidades del enfermero, las características del fármaco y el uso de métodos farmacológicos y no farmacológicos. En este estudio, se demostró que el uso de **Buzzy® reduce el dolor significativamente** más que ShotBlocker®, aunque este último también mostró una disminución del dolor. Por ello, se recomienda utilizar **Buzzy® como primera opción, seguido de ShotBlocker®**.

Conclusiones:

En conclusión, ambos dispositivos demuestran **beneficios en la reducción del dolor y la ansiedad**, sin alterar la ejecución de las técnicas. Por lo tanto, su **uso** debe ser **recomendado e implementado**, ya que mejora la calidad de los **cuidados**. Una parte importante para **humanizar** los cuidados es la **individualización** de los dispositivos, puesto que, en función de la edad y las preferencias del niño o adolescente, será más conveniente el uso de uno u otro.

Bibliografía

1. Sivri Bilgen B, Balcı S. The Effect on Pain of Buzzy® and ShotBlocker® during the Administration of Intramuscular Injections to Children: A Randomized Controlled Trial. Journal of Korean Academy of Nursing [Internet]. 2019 [cited 2025 Jun 9];49(4):486–94. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31477677/

2. Cho YH, Chiang YC, Chu TL, Chang CW, Chang CC, Tsai HM. The Effectiveness of the Buzzy Device for Pain Relief in Children During Intravenous Injection: Quasirandomized Study. JMIR Pediatr Parent 2022;5(2):e15757 https://pediatrics.jmir.org/2022/2/e15757 [Internet]. 2022 Apr 29 [cited 2025 Jun 9];5(2):e15757. Available from: https://pediatrics.jmir.org/2022/2/e15757

3. Naser SA, Al-Fayyadh S. Impact of Shot Blocker on Alleviating Peripheral Intravenous Cannulation Associated Pain among School-Aged Children: A RandomizedControlledTrial. Malaysian Journal of Nursing. 2024 Oct 1;16(2):74–86.

4. Sari D, Onder HE, Taskiran N, Yardimci F, Tas SK. Effects of Buzzy and ShotBlocker on Pain and Anxiety During Immunization in Children: A Randomized Controlled Trial. Pain Management Nursing. 2025;

5. Samy Rady EL-mahdy E, Mahmoud El-khedr S, Mohamed Elrifaey S, Elsayed Elaraby M. Tanta Scientific Nursing Journal Effect of Shot Blockers versus Buzzy Bee Distractor on Relieving Pain and Anxiety Level during Insulin Injection among Children with Type I Diabetes. 2023.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 17

Caso clínico de Enfermería obstétrico–Ginecológica “Embarazo de alto riesgo sin controlar”.

Almarcha Lanzarote, Ángela

CASO CLÍNICO DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA

"EMBARAZO DE ALTO RIESGO SIN CONTROLAR"

XVI CONGRESO
DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA: INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO

Ángela Almarcha Lanzarote, Matrona en Hospital General de Tomelloso

1. Introducción

La atención prenatal reduce la morbilidad-mortalidad materna y perinatal, los partos prematuros y el número de recién nacidos con bajo peso al nacer. También permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo (1-4).

2. Observación clínica

36sg

- Migrante (28 años), marroquí.
- **G3C2** (2 cesáreas anteriores en su país, motivo desconocido).
- Importante barrera idiomática.
- No aporta controles de ningún tipo.
- Se extrae analítica completa con serologías, orina y exudado vagino-rectal para SGB.
- Se realiza ecografía abdominal y RCTG para control del bienestar fetal.
- Resultados analíticos/ecográficos: **diabetes gestacional mal controlada y feto macrosómico**.
- Se programa **cesárea en sem 38** por contraindicación de parto vaginal y diabetes mal controlada.

3. PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

M.Gordon:

1. Percepción/Gestión: Mala gestión de la propia salud (Escaso/Nulo control prenatal).
2. Nutrición/Metabolismo: Mal control de diabetes.
3. Eliminación: Sin alteraciones.
4. Actividad/Ejercicio: Sin alteraciones. No realiza ejercicio físico regular.
5. Sueño/Descanso: Sin alteraciones.
6. Cognición/ Percepción: Barrera idiomática.
7. Autopercepción/Autoconcepto: Sin alteraciones.
8. Rol/Relaciones: Sin alteraciones.
9. Sexualidad/Reproducción: Sin alteraciones.
10. Afrontamiento/Tolerancia al estrés: Sin alteraciones.
11. Valores/Creencias: Sin alteraciones.

NANDA

00276–Autogestión de la salud ineficaz

00489–Riesgo de manejo ineficaz del patrón de glucosa en sangre

00292–Comportamientos ineficaces en el mantenimiento de la salud

NIC

5510-Educación para la salud

5614-Enseñanza: dieta prescrita

2120-Manejo de la hiperglucemia

NOC

1622-Conducta de adherencia: dieta prescrita

1607-Conducta de salud prenatal

1619-Automanejo: diabetes

4. DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La OMS recomienda una atención prenatal que incluya al menos ocho consultas, lo que puede reducir la mortalidad perinatal en hasta ocho por cada mil nacimientos.Estas consultas deben incluir la promoción de la salud, la detección y el diagnóstico de enfermedades, y la prevención de complicaciones.

Organización Mundial de la Salud

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahued-Ahued JR, Tena-Tamayo C, Campos Castolo EM, Manuel Lee GR, Sánchez González JM, et al. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. Ginecol Obstet Mex 2003; 71(8): 409-20.
2. Hernández-Andrade E, Guzmán-Huerta M, García-Cavazos R, Ahued-Ahued JR. Diagnóstico prenatal en el primer trimestre, ¿a quién y cómo? Ginecol Obstet Mex 2002; 70(12): 607-12.
3. United States Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. Maternal, infant, and child health: chapter 16, vol. II. 2nd ed. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2000. Disponible en: http://www.healthypeople.gov/document/ html/volume2/16mich.htm. [Consulta: 17 de mayo de 2010].
4. Sánchez Nuncio HR, Pérez Toga G, Pérez Rodríguez P, Vázquez Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Méd IMSS 2005; 43(5): 377-80.

Resumen: *El presente trabajo trata de un caso muy habitual en este hospital comarcal y en otros de la zona. Pacientes gestantes, sobre todo migrantes de Sudamérica, Marruecos y este de Europa, que acuden en las etapas finales del embarazo, sin control prenatal alguno o con un control deficiente en el país de origen. Cuando llegan a nuestras consultas, ya es tarde para realizar determinadas pruebas y, muchas de ellas, son portadoras de enfermedades crónicas, infecciosas, previas al embarazo o a raíz de este, que aumenta el riesgo de morbi-mortalidad materno-fetal y que, sin duda, aumenta los costes sanitarios.*

Palabras Clave: *Embarazo - Atención Prenatal - Mortalidad Materna*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La atención prenatal reduce la morbilidad-mortalidad materna y perinatal, los partos prematuros y el número de recién nacidos con bajo peso al nacer. También permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo.

Observación Clínica:

Mujer migrante de 28 años, procedente de Marruecos. Embarazada de 36 semanas de gestación (SG), es el tercer embarazo, tiene 2 cesáreas anteriores en su país (ella y su marido no saben bien el motivo, ella presenta una importante barrera idiomática). No aporta controles de ningún tipo. Se extrae analítica completa con serologías, orina y exudado vagino-rectal para estreptococo agalactiae del grupo B (SGB). Se realiza ecografía abdominal y registro cardiotocográfico (RCTG) para control del bienestar fetal. En los resultados analíticos se objetiva una diabetes gestacional mal controlada y en la ecografía un feto macrosómico. Se programa cesárea en semana 38 por contraindicación de parto vaginal y diabetes con mal control.

Plan de cuidados enfermero:

Valoración según patrones funcionales de M.Gordon:

1. Percepción/Gestión: Mala gestión de la propia salud (Escaso/Nulo control prenatal).
2. Nutrición/Metabolismo: Mal control de diabetes.
3. Eliminación: Sin alteraciones.
4. Actividad/Ejercicio: Sin alteraciones. No realiza ejercicio físico regular.
5. Sueño/Descanso: Sin alteraciones.
6. Cognición/ Percepción: Barrera idiomática.
7. Autopercepción/Autoconcepto: Sin alteraciones.
8. Rol/Relaciones: Sin alteraciones.

9. Sexualidad/Reproducción: Sin alteraciones.

10. Afrontamiento/Tolerancia al estrés: Sin alteraciones.

11. Valores/Creencias: Sin alteraciones.

Diagnósticos NANDA:

00276 –Autogestión de la salud ineficaz

00489 –Riesgo de manejo ineficaz del patrón de glucosa en sangre

00292 –Comportamientos ineficaces en el mantenimiento de la salud

Intervenciones NIC:

5510-Educación para la salud

5614-Enseñanza: dieta prescrita

2120-Manejo de la hiperglucemia

Resultados NOC:

1622-Conducta de adherencia: dieta prescrita

1607-Conducta de salud prenatal

1619-Automanejo: diabetes

Discusión y Conclusiones:

La OMS recomienda una atención prenatal que incluya al menos ocho consultas, lo que puede reducir la mortalidad perinatal en hasta ocho por cada mil nacimientos. Estas consultas deben incluir la promoción de la salud, la detección y el diagnóstico de enfermedades, y la prevención de complicaciones.

Bibliografía

1. Ahued-Ahued JR, Tena-Tamayo C, Campos Castolo EM, Manuel Lee GR, Sánchez González JM, et al. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. Ginecol Obstet Mex 2003; 71(8): 409-20.

2. Hernández-Andrade E, Guzmán-Huerta M, García-Cavazos R, Ahued-Ahued JR. Diagnóstico prenatal en el primer trimestre, ¿a quién y cómo? Ginecol Obstet Mex 2002; 70(12): 607-12.

3. United States Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. Maternal, infant, and child health: chapter 16, vol. II. 2nd ed. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2000. Disponible en: http://www.healthypeople.gov/document/ html/ volume2/16mich.htm. [Consulta: 17 de mayo de 2010].

4. Sánchez Nuncio HR, Pérez Toga G, Pérez Rodríguez P, Vázquez Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Méd IMSS 2005; 43(5): 377-80.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 18

Caso clínico de enfermería obstétrico–ginecológica: “Hematoma perineal en el postparto inmediato”

Almarcha Lanzarote, Ángela

SATSE | XVI CONGRESO DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA: INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO | UCLM UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA

CASO CLÍNICO DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA

"HEMATOMA PERINEAL EN EL POSTPARTO INMEDIATO"

Ángela Almarcha Lanzarote, Matrona en Hospital General de Tomelloso

1 INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto es la principal causa de morbimortalidad materna a nivel mundial. En ocasiones, el sangrado puede no ser evidente acumulándose en los tejidos en forma de hematoma, siendo las localizaciones más frecuentes la vulva, la vagina/área paravaginal y el retroperitoneo.
El síntoma más característico es el dolor en las primeras 24 horas postparto y las técnicas de imagen permiten localizar su ubicación y, así, elegir la intervención más adecuada.

2 OBSERVACIÓN CLÍNICA

Puérpera de 32 años en su primer día postparto tras parto mediante ventosa tipo kiwi para alivio de expulsivo. Presenta un dolor moderado-intenso (EVA=7/8) y abombamiento equimótico en área perineal derecha. AP: varices en cara lateral derecha de vagina. FIV. NAMC. No cirugías previas. AO: 2 gestaciones y 1 aborto espontáneo. 41 semanas de gestación. Inducción por EVP con prostaglandinas y oxitocina. RN mujer, Apgar 9/10, no REA, peso 3400gr.

3 PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

Valoración según patrones funcionales de M.Gordon:

1. Percepción/Gestión: Sin alteraciones
2. Nutrición/Metabolismo: Sin alteraciones. Ha desayunado.
3. Eliminación: Dolor.
4. Actividad/Ejercicio: Movilidad limitada por dolor.
5. Sueño/Descanso: Mala calidad del sueño limitada por dolor y amamantamiento del recién nacido.
6. Cognición/ Percepción: Sin alteraciones.
7. Autopercepción/Autoconcepto: Sin alteraciones.
8. Rol/Relaciones: Sin alteraciones.
9. Sexualidad/Reproducción: no valorable en este momento.
10. Afrontamiento/Tolerancia al estrés: muestra buena tolerancia al estrés.
11. Valores/Creencias: Sin alteraciones.

Diagnósticos **NANDA:**

00132–Dolor agudo
00085–Movilidad física deteriorada
00407–Riesgo de patrón de sueño ineficaz

Intervenciones **NIC:**

2300-Administración de medicación (Analgésicos)
2900-Asistencia quirúrgica (Drenaje del hematoma en quirófano).
3660-Cuidados de las heridas

Resultados **NOC:**

1605-Control del dolor
1102-Curación de la herida: por primera intención
0003-Descanso

4 DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

No hay consenso acerca del manejo de esta entidad. En situaciones de estabilidad hemodinámica y hematomas de pequeño tamaño (menor a 5 cm) es posible el tratamiento conservador. El manejo quirúrgico y la embolización radioguiada son otras posibilidades de tratamiento.

Resumen: *Caso real de hematoma perineal en puérpera tras primer hijo mediante parto con ventosa tipo Kiwi para alivio del expulsivo. Este mostró sintomatología antes de las 24h postparto, con inflamación de la vagina, junto con equimosis, induración y dolor. Tras valoración ginecológica se decidió drenaje del hematoma en quirófano y sutura. El resultado y la evolución fueron favorables.*

En este trabajo reside se expone la importancia de una adecuada valoración perineal postparto, tanto de los puntos sangrantes y la pertinencia de suturarlos como de la evolución de la perineorrafia y la aparición de síntomas compatibles con la formación de un hematoma.

Palabras Clave: *Episiotomía - Hematoma - Parto*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La hemorragia postparto es la principal causa de morbimortalidad materna a nivel mundial. En ocasiones, el sangrado puede no ser evidente acumulándose en los tejidos en forma de hematoma, siendo las localizaciones más frecuentes la vulva, la vagina/área paravaginal y el retroperitoneo (1).

El síntoma más característico es el dolor en las primeras 24 horas postparto y las técnicas de imagen permiten localizar su ubicación y, así, elegir la intervención más adecuada (2).

Observaciones Clínicas:

Puérpera de 32 años en su primer día postparto tras parto mediante ventosa tipo kiwi para alivio de expulsivo. Presenta un dolor moderado-intenso (EVA=7/8) y abombamiento equimótico en área perineal derecha.

Antecedentes personales (AP): varices en cara lateral derecha de vagina. Fecundación in vitro (FIV). No alergias medicamentosas conocidas (NAMC). No cirugías previas. Antecedentes obstétricos (AO): 2 gestaciones y 1 aborto espontáneo. 41 semanas de gestación. Inducción por embarazo en vías de prolongación (EVP) con prostaglandinas y oxitocina. Recién nacido mujer, Apgar 9/10, no precisa reanimación (REA), peso 3400gr.

Plan de Cuidados:

Valoración según patrones funcionales de Marjory Gordon:

1. Percepción/Gestión: Sin alteraciones

2. Nutrición/Metabolismo: Sin alteraciones. Ha desayunado.

3. Eliminación: Dolor.

4. Actividad/Ejercicio: Movilidad limitada por dolor.

5. Sueño/Descanso: Mala calidad del sueño limitada por dolor y amamantamiento del recién nacido.

6. Cognición/ Percepción: Sin alteraciones.

7. Autopercepción/Autoconcepto: Sin alteraciones.

8. Rol/Relaciones: Sin alteraciones.

9. Sexualidad/Reproducción: no valorable en este momento.

10. Afrontamiento/Tolerancia al estrés: muestra buena tolerancia al estrés.

11. Valores/Creencias: Sin alteraciones.

Diagnósticos NANDA:

00132–Dolor agudo

00085–Movilidad física deteriorada

00407–Riesgo de patrón de sueño ineficaz

Intervenciones NIC:

2300-Administración de medicación (Analgésicos)

2900-Asistencia quirúrgica (Drenaje del hematoma en quirófano).

3660-Cuidados de las heridas

Resultados NOC:

1605-Control del dolor

1102-Curación de la herida: por primera intención

0003-Descanso

Discusión/Conclusiones:

No hay consenso acerca del manejo de esta entidad. En situaciones de estabilidad hemodinámica y hematomas de pequeño tamaño (menor a 5 cm) es posible el tratamiento conservador (3). El manejo quirúrgico y la embolización radioguiada son otras posibilidades de tratamiento.

Bibliografía

1. Zahn CM, Yeomans ER. Postpartum hemorrhage: placenta accreta, uterine inversion, and puerperal hematomas. Clin Obstet Gynecol 1990; 33:422.

2. Guerriero S, Ajossa S, Bargellini R, Amucano G, Marongiu D, Melis GB. Puerperal vulvovaginal hematoma: sonographic findings with MRI correlation. J Clin Ultrasound 2004; 32:415

3. Benrubi G, Neuman C, Nuss RC, Thompson RJ. Vulvar and vaginal hematomas: a retrospective study of conservative versus operative management. South Med J 1987; 80:991.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 19

Caso clínico: ictus vs epilepsia en paciente joven.

Corredor Ródenas, María Teresa
Mora Muñoz, Juan David
Bascuñán Escudero, Sara Isabel
Gijón Ruiz, María Gracia
García Díaz, María de los Reyes
Díaz Fernández, Elena

CASO CLINICO:ICTUS VS EPILEPSIA EN PACIENTE JOVEN.

Corredor Rodenas, MT; Mora Muñoz, JD; Bascuñan Escudero, SI; Gijón Ruiz, MG; García Díaz, MR; Díaz Fernández, E.

Introducción.

El Ictus y la Epilepsia son dos condiciones neurológicas que, aunque distintas, pueden estar estrechamente relacionadas en ciertos casos.

El Ictus es una enfermedad cerebrovascular producida por la disminución u obstrucción del flujo sanguíneo en una zona del cerebro y como consecuencia las células no reciben el oxígeno necesario y dejan de funcionar. El Ictus también puede ser denominado como accidente cerebrovascular (ACV), embolia o trombosis.

La Epilepsia, por otro lado, es una afección caracterizada por la presencia de convulsiones recurrentes debido a una actividad eléctrica anormal en el cerebro.

La Enfermedad Vascular en el paciente adulto joven es poco frecuente, la prevalencia esta entre el 1%- 12%. La edad media de aparición de Ictus ha ido disminuyendo en los últimos años debido a un incremento en la prevalencia de factores de riesgo vasculares, como: HTA, DM. Dislipemia, obesidad…

Observación Clínica.

Hombre de 30 años, sin antecedentes de interés. Antecedente familiar: Déficit de factor VII de coagulación.

Acude al PAC por mareo, presentando alteración del lenguaje, repitiendo constantemente la misma frase, tras carrera de 10K.

Consciente y colaborador.

Constantes Vitales, TA: 110/70 mmHg, Glucemia: 84mg/dl, FC: 100lx`, Sat: 98%.

ECG: Normal.

Se canaliza vía venosa, se activa Código Ictus. Derivación hospitalaria.

Plan de Cuidados Enfermeros.

Valoración Inicial (M. Gordon). Patrones funcionales alterados.

Patrón 1. Percepción- Cuidado de la Salud.
Patrón 4. Actividad y ejercicio.
Patrón 5. Sueño y descanso.
Patrón 7. Autopercepción y autodescanso.

Resultados

NANDA .(Diagnósticos Enfermeros)

-Disposición para mejorar la autogestión de la salud. (00298). Patrón 1.
-Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad. (00299). Patrón 4
-Disposición para mejorar el patrón del sueño. (00417). Patrón 5.
-Disposición para mejorar los conocimientos de salud. (00499). Patrón 7.

NOC

-Conducta de Autocuidado
-Signos Vitales.
-Toma de decisiones.
-Respuesta a la medicación.
-Aceptación: Estado de salud.
-Conducta de mejora del sueño.
-Participación en el ejercicio.
-Conocimiento: Manejo de la enfermedad.

NIC

-Favorecimiento del ejercicio.
-Manejo del confort.
-Ayuda con el autocuidado.
-Mejora del sueño.
-Enseñanza: Medicamentos prescritos.
-Educación de la salud.

Discusión.

Se realiza Código Ictus Intrahospitalario, donde se comienza la administración tratamiento trombolítico (Fibrinólisis IV de stroke mimic), a los 60 minutos de iniciar hay una mejoría de los síntomas, desapareciendo estos a las 2 horas de comenzar el tratamiento.
Presenta a las 48 horas de evolución una crisis focal secundariamente generalizada de área motora suplementaria izquierda probablemente.
Las pruebas diagnósticas realizadas se encuentran dentro de la normalidad (AG, TAC, AngioTC de TSA y PW, RM Craneal, Duplex TSA- TC, Holter EKG), exceptuando EEG con anomalía intermitente inespecífica frontotemporal izquierda sin actividad epileptiforme.
Se plantea episodio negativo inicial de afasia como la crisis convulsiva pueden ser ambos de origen comicial focal no lesional.
En primer lugar se le pone un antiagregante plaquetario (Adiro 200mgr), se retira posteriormente tras revisiones y antiepiléptico (Kepra 500mgr) que se mantiene actualmente.

Conclusiones.

La buena coordinación y rapidez de actuación interprofesional ha sido esencial en la resolución del caso, remitiendo los síntomas de la enfermedad prácticamente a la totalidad, mejorando el estado físico- psicológico del paciente. Un diagnóstico rápido así como la elaboración de un plan de cuidados son fundamentales en el abordaje de la enfermedad para prevenir secuelas irreversibles que afecten a la calidad de vida del enfermo.

XVI CONGRESO DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA: INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO.
Ciudad Real. 1 al 10 de octubre de 2025.

Resumen: *Se hace referencia a un Caso Clínico de un paciente que presenta una serie de síntomas/ signos que hacen pensar en un Ictus cerebral activando en primer lugar Código Ictus extrahospitalario.*

Después de llevar a cabo el protocolo de Código Ictus intrahospitalaria, evoluciona presentando convulsión.

Desarrollamos este caso, su proceso y el tratamiento pautado y cómo llega a llevar una vida totalmente normal a pesar del diagnóstico.

Palabras Clave: *Ictus - Epilepsia - Fibrinólisis*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Ictus y la Epilepsia son dos condiciones neurológicas que, aunque distintas, pueden estar estrechamente relacionadas en ciertos casos.

El Ictus es una enfermedad cerebrovascular producida por la disminución u obstrucción del flujo sanguíneo en una zona del cerebro y como consecuencia las células no reciben el oxígeno necesario y dejan de funcionar. El Ictus también puede ser denominado como accidente cerebrovascular (ACV), embolia o trombosis.

La Epilepsia, por otro lado, es una afección caracterizada por la presencia de convulsiones recurrentes debido a una actividad eléctrica anormal en el cerebro.

La Enfermedad Vascular en el paciente adulto joven es poco frecuente, la prevalencia esta entre el 1%- 12%. La edad media de aparición de Ictus ha ido disminuyendo en los últimos años debido a un incremento en la prevalencia de factores de riesgo vasculares, como: HTA, DM, dislipemia, obesidad…

Observación Clínica:

Hombre de 30 años, sin antecedentes de interés. Antecedente familiar: Déficit de factor VII de coagulación.

Acude al PAC por mareo, presentando alteración del lenguaje, repitiendo constantemente la misma frase, tras carrera de 10K.

Consciente y colaborador.

Constantes Vitales, TA: 110/70 mmHg, Glucemia: 84mg/dl, FC: 100lx`, Sat: 98%.

ECG: Normal.

Se canaliza vía venosa, se activa Código Ictus. Derivación hospitalaria.

Plan de Cuidados:

- Valoración Inicial (M. Gordon). Patrones funcionales alterados.

Patrón 1. Percepción- Cuidado de la Salud.

Patrón 4. Actividad y ejercicio.

Patrón 5. Sueño y descanso.

Patrón 7. Autopercepción y autodescanso.

Resultados:

NANDA (Diagnósticos Enfermeros):

- Disposición para mejorar la autogestión de la salud. (00298). Patrón 1.
- Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad. (00299). Patrón 4
- Disposición para mejorar el patrón del sueño. (00417). Patrón 5.
- Disposición para mejorar los conocimientos de salud. (00499). Patrón 7.

NOC: -Conducta de Autocuidado.

- Signos Vitales.
- Toma de decisiones.
- Respuesta a la medicación.
- Aceptación: Estado de salud.
- Conducta de mejora del sueño.
- Participación en el ejercicio.
- Conocimiento: Manejo de la enfermedad.

NIC: -Favorecimiento del ejercicio.

- Manejo del confort.
- Ayuda con el autocuidado.
- Mejora del sueño.
- Enseñanza: Medicamentos prescritos.
- Educación de la salud.

Discusión:

Se realiza Código Ictus Intrahospitalario, donde se comienza la administración tratamiento trombolítico (Fibrinólisis IV de Stroke Mimic), a los 60 minutos de iniciar hay una mejoría de los síntomas, desapareciendo estos a las 2 horas de comenzar el tratamiento.

Presenta a las 48 horas de evolución una crisis focal secundariamente generalizada de área motora suplementaria izquierda probablemente.

Las pruebas diagnósticas realizadas se encuentran dentro de la normalidad (AG, TAC, AngioTC de TSA y PW, RM Craneal, Duplex TSA- TC, Holter EKG), exceptuando EEG con anomalía intermitente inespecífica frontotemporal izquierda sin actividad epileptiforme.

Se plantea episodio negativo inicial de afasia como la crisis convulsiva pueden ser ambos de origen comicial focal no lesional.

En primer lugar, se le pone un antiagregante plaquetario (Adiro 200mgr), se retira posteriormente tras revisiones y antiepiléptico (Kepra 500mgr) que se mantiene actualmente.

Conclusión:

La buena coordinación y rapidez de actuación interprofesional ha sido esencial en la resolución del caso, remitiendo los síntomas de la enfermedad prácticamente a la totalidad, mejorando el estado físico-psicológico del paciente. Un diagnóstico rápido, así como la elaboración de un plan de cuidados son fundamentales en el abordaje de la enfermedad para prevenir secuelas irreversibles que afecten a la calidad de vida del enfermo.

El ictus en pacientes jóvenes tiene un pronóstico funcional y vital que suele ser mejor que en pacientes mayores, pero las consecuencias socioeconómicas pueden verse afectadas y repercute directamente sobre la población activa.

Bibliografía

1. González-Gomez FJ, Pérez Torre P,Defelipe A, Vera R, Matute C, Cruz Culebras A, et al. Ictus en adultos jóvenes: incidencia, factores de riesgo, tratamiento y pronóstico. 2016; 216 (7):345- 351.

2. Tejada Meza H, Artal Roy J, Pérez Lázaro C et al. Epidemiología y características del ictus isquémico en el adulto joven de Aragón. Neurología 2019.

3. Schneider S, Vibo R, Tana N, Kõrv J. Mortality in young adults patients with acute ischaemic stroke. Acta Neurol Scand 2020; 141 (3): 242- 249

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 20

Caso clínico: tromboembolismo pulmonar tras consumo de nitrito de amilo

Carrero Ruiz, Carmen
Vázquez Rodríguez-Barbero, Inmaculada
Merino Viedma, María Elena
Matas Rubio, Clara
Aguirre Romero, Ana Belén
Tapiador García, Sara

CASO CLINICO: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR TRAS CONSUMO DE NITRITO DE AMILO

AUTORES: CARRERO RUIZ C, VAZQUEZ RODRIGUEZ-BARBERO I, MERINO VIEDMA ME, TAPIADOR GARCIA S, MATAS RUBIO C, AGUIRRE ROMERO A B

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Pulmonar (HTP) es un aumento de la Presión Media de la Arteria Pulmonar (PAPm) por encima de 25 mmHg. Es una enfermedad crónica y progresiva, de baja prevalencia, pero alto impacto por su elevada mortalidad.

Se define Tromboembolismo Pulmonar (TEP) como la oclusión total o parcial de la circulación pulmonar, ocasionada por un coágulo sanguíneo proveniente de la circulación venosa sistémica, incluidas las cavidades derechas y que, dependiendo de su magnitud, puede o no originar síntomas. Está considerada como una urgencia cardiovascular. La presentación clínica puede ser muy variable y presentarse desde un shock o hipotensión sostenida a disnea leve. Por lo general los signos clínicos más frecuentes son taquicardia y taquipnea.

Los inhalantes volátiles son un numeroso grupo de sustancias muy lipofílicas que facilitan una rápida absorción al Sistema Nervioso Central (SNC). Entre ellas destacan los solventes orgánicos, adhesivos, aerosoles, combustibles, gases anestésicos y los Poppers (nitrito de amilo). Pueden producir ataxia, diplopía, alteración del nivel de conciencia, alucinaciones o convulsiones. El abuso crónico de estas sustancias puede provocar secuelas neurológicas como neuropatía periférica, enfermedad cerebelosa, leucoencefalopatía desmielinizante y demencia. Los inhalantes pueden producir efectos potencialmente fatales sobre el sistema cardiovascular.

OBJETIVO

Determinar los cuidados enfermeros que precisa un paciente crítico diagnosticado de un tromboembolismo pulmonar tras consumo de popper.

PALABRAS CLAVE

- Embolia pulmonar (pulmonary embolism)
- Enfermería de cuidados críticos (critical care nursing)
- Hipertensión pulmonar (pulmonary hypertension)

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 22 años que ingresa el 15/05/2025 a las 4.32h en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tras acudir al servicio de urgencias por disnea y dolor en pierna derecha desde hace unos días. Tras la ingesta de antinflamatorios no esteroideos (AINEs) comienza súbitamente con malestar general, palidez, sudoración y disminución del nivel de consciencia. Días anteriores consumo de Popper.

Antecedentes personales:

- No alergias conocidas.
- Obesidad.
- Fumador y consumidor de tóxicos.
- Sin tratamiento habitual.

Situación al ingreso:

- Constantes vitales: presión arterial 60/40mmhg. Saturación de oxígeno en sangre 64%. Frecuencia cardiaca: 160lpm. Hipotérmico (temperatura de 33ºC).
- Bajo nivel consciencia con agitación psicomotriz, precisando varias dosis de benzodiacepinas.
- Insuficiencia respiratoria aguda con patrón respiratorio Kussmaul precisando oxigenoterapia con mascarilla con reservorio a 15 litros y posterior intubación orotraqueal para conectar a ventilación mecánica.
- Mal estado general. Palidez cutánea. Hipoperfundido.

Pruebas complementarias.

- Angiotac y ecocardiograma transtorácico; donde se objetivan signos de HTP severa y ventrículo derecho (VD) dilatado y disfuncionante.
- Tóxicos en orina positivos a metanfetaminas.
- Canalización de catéter Swan Ganz donde se evidencia HTP severa.

Evolución en la UCI.

El 15/5/2025 a las 10:47h tras 6 horas de tratamiento, no mejoría clínica, con persistencia de HTP severa, se decide traslado a centro de referencia para oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) y posibilidad de trasplante pulmonar.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

NANDA	NOC	NIC
00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	0601 Equilibrio hídrico	4120 Manejo de líquidos 580 Sondaje vesical
00030 Deterioro del intercambio de gases	0403 Estado respiratorio: ventilacion	3390 Ayuda a la ventilación 4210 Monitorización hemodinámica invasiva
00032 Patron respiratorio ineficaz	0402 Estado respiratorio intercambio gaseoso	3320 Oxigenoterapia 3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva.
00200 Riesgo de disminucion de la perfusion tisular cardiaca	0400 Efectividad de la bomba cardiaca	4090 Manejo de la arritmia
00004 Riesgo de infección (r/c procedimientos invasivos)	1924 Control del riesgo: proceso infeccioso	6540 Control de infecciones

DISCURSIÓN Y CONCLUSIONES

Las sustancias volátiles inhaladas sensibilizan el miocardio a catecolaminas endógenas, que favorece la aparición de arritmias malignas. Los poppers, debido a su efecto vasodilatador, pueden producir hipotensión grave y síncopes, especialmente si se utilizan junto a inhibidores de la fosfodiesterasa como el sildenafilo.

El creciente uso de las drogas de abuso entre los más jóvenes de la sociedad está provocando problemas graves en la salud de estos pacientes. Es importante llevar a cabo planes de cuidados de enfermería, basados en la evidencia para mejorar la atención de estos pacientes, así como continuar con la educación sanitaria desde los colegios, para concienciar de los problemas que conlleva el uso de las drogas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Madrid, LJ., Soto Benavides, D. C., Palma González, L. D., Camacho Arias, N. P., & Shion Pérez, J. F. (2024). Tromboembolismo pulmonar: actualización post pandemia de COVID -19. Revista científica de salud Y desarrollo humano, 5 (2).
2. Gómez-Melo L, González-Pérez CA, León-Bernal D, Maldonado-Velasco AS, Ramírez-Rodríguez JE, Ortiz MI. Tromboembolia pulmonar. Publicación semestral, educación y salud boletín científico instituto de ciencias de la salud universidad autónoma del estado de hidalgo, Vol. 10, No. 20(2022) 181-187
3. Zagolin M, Llancaqueo M. Hipertensión pulmonar: importancia de un diagnóstico precoz y tratamiento específico. Revista médica Clínica Las Condes 2015; 26 (3): 344-56.
4. Climent Diaz B, Lobo Antuña V. Ponencia: complicaciones físicas de las drogas de abuso. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. V encuentro internacional “estilos de vida vs hábitos tóxicos” “prevenir las drogas es vivir”.(2024) ISSN 1028-9933.
5. Vargas Solórzano A. Tromboembolismo pulmonar (TEP). Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2015; LXXII (614): 31-6.

Resumen: *La Hipertensión Pulmonar es un aumento de la Presión Media Arterial Pulmonar. Es una enfermedad crónica y progresiva, de baja prevalencia, pero elevada mortalidad. Un Tromboembolismo Pulmonar (TEP) es la oclusión de la circulación pulmonar, ocasionada por un coágulo sanguíneo Los inhalantes de abuso como el nitrito de amilo pueden producir efectos fatales sobre el sistema cardiovascular. Se trata de un caso clínico de un paciente de 22 años que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos por un TEP tras consumir nitrito de amilo que finalmente precisa traslado para oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) y posible trasplante pulmonar.*

Palabras Clave: *- Embolia pulmonar (pulmonary embolism) - Enfermería de cuidados críticos (Critical care nursing) - Hipertensión pulmonar (pulmonary hypertension)*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Hipertensión Pulmonar (HTP) es un aumento de la Presión Media de la Arteria Pulmonar (PAPm) por encima de 25 mmHg. Es una enfermedad crónica y progresiva, de baja prevalencia, pero alto impacto por su elevada mortalidad.

Se define Tromboembolismo Pulmonar (TEP) como la oclusión total o parcial de la circulación pulmonar, ocasionada por un coágulo sanguíneo proveniente de la circulación venosa sistémica, incluidas las cavidades derechas y que, dependiendo de su magnitud, puede o no originar síntomas. Está considerada como una urgencia cardiovascular. La presentación clínica puede ser muy variable y presentarse desde un shock o hipotensión sostenida a disnea leve. Por lo general los signos clínicos más frecuentes son taquicardia y taquipnea.

Los inhalantes volátiles son un numeroso grupo de sustancias muy lipofílicas que facilitan una rápida absorción al Sistema Nervioso Central (SNC). Entre ellas destacan los solventes orgánicos, adhesivos, aerosoles, combustibles, gases anestésicos y los Poppers (nitrito de amilo). Pueden producir ataxia, diplopía, alteración del nivel de conciencia, alucinaciones o convulsiones. El abuso crónico de estas sustancias puede provocar secuelas neurológicas como neuropatía periférica, enfermedad cerebelosa, leucoencefalopatía desmielinizante y demencia. Los inhalantes de abuso pueden producir efectos potencialmente fatales sobre el sistema cardiovascular.

Objetivo:

Determinar los cuidados enfermeros que precisa un paciente crítico diagnosticado de un Tromboembolismo Pulmonar tras consumo de Popper.

Observación clínica:

Varón de 22 años que ingresa el 15/05/2025 a las 4.32h en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tras acudir al Servicio de Urgencias por disnea y dolor en pierna derecha desde hace unos días. Tras la ingesta de Antinflamatorios No esteroideos (AINEs) comienza súbitamente con malestar general, palidez, sudoración y disminución del nivel de consciencia. Días anteriores consumo de Popper.

Antecedentes personales:

• No alergias conocidas.

• Obesidad.

• Fumador y consumidor de tóxicos.

• Sin tratamiento habitual.

Situación al ingreso:

• Constantes vitales: Presión arterial 60/40mmHg. Saturación de oxígeno en sangre 64%. Frecuencia cardiaca:160lpm. Hipotérmico (Temperatura de 33ºC).

• Bajo nivel consciencia con agitación psicomotriz, precisando varias dosis de Benzodiacepinas.

• Insuficiencia respiratoria aguda con patrón respiratorio Kussmaul precisando oxigenoterapia con mascarilla con reservorio a 15 litros y posterior intubación orotraqueal para conectar a ventilación mecánica.

• Mal estado general. Palidez cutánea. Hipoperfundido.

Pruebas complementarias.

• Angiotac y ecocardiograma transtorácico; donde se objetivan signos de HTP severa y Ventrículo Derecho (VD) dilatado y disfuncionante.

• Tóxicos en orina positivos a metanfetaminas.

• Canalización de catéter Swan Ganz donde se evidencia HTP severa.

Evolución en la UCI.

El 15/5/2025 a las 10:47h tras 6 horas de tratamiento, no mejoría clínica, con persistencia de HTP severa, se decide traslado a Centro de Referencia para oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) y posibilidad de trasplante pulmonar.

Plan de cuidados enfermero:

NANDA:

- 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

NOC:

- 0601 Equilibrio hídrico

NIC:

- 4120 Manejo de líquidos

- 580 Sondaje vesical

NANDA:

- 00030 Deterioro del intercambio de gases

NOC:

- 0403 Estado respiratorio: ventilación

NIC:

- 3390 Ayuda a la ventilación

- 4210 Monitorización hemodinámica invasiva

NANDA:

- 00032 Patrón respiratorio ineficaz

NOC:

- 0402 Estado respiratorio intercambio gaseoso

NIC:

- 3320 Oxigenoterapia

- 3300 Manejo de la ventilación mecánica invasiva

NANDA:

- 00200 Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca

NOC:

- 0400 Efectividad de la bomba cardiaca

NIC:

- 4090 Manejo de la arritmia

NANDA:

- 00004 Riesgo de infección (r/c procedimientos invasivos)

NOC:

- 1924 Control del riesgo: proceso infeccioso

NIC:

- 6540 Control de infecciones

Discusión y Conclusiones:

Las sustancias volátiles inhaladas sensibilizan el miocardio a catecolaminas endógenas, que favorece la aparición de arritmias malignas. Los Poppers, debido a su efecto vasodilatador, pueden producir hipotensión grave y síncopes, especialmente si se utilizan junto a inhibidores de la fosfodiesterasa como el sildenafilo.

El creciente uso de las drogas de abuso entre los más jóvenes de la sociedad está provocando problemas graves en la salud de estos pacientes. Es importante llevar a cabo planes de cuidados de enfermería, basados en la evidencia para mejorar la atención de estos pacientes, así como

continuar con la educación sanitaria desde los colegios, para concienciar de los problemas que conlleva el uso de las drogas.

Bibliografía

1. Sánchez Madrid, L. J., Soto Benavides, D. C., Palma González, L. D., Camacho Arias, N. P., & Shion Pérez, J. F. (2024). Tromboembolismo pulmonar: actualización post pandemia de COVID -19. Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano, 5(2).

2. Gómez-Melo L, González-Pérez CA, León-Bernal D, Maldonado-Velasco AS, Ramírez-Rodríguez JE, Ortiz MI. Tromboembolia pulmonar. Publicación semestral, Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Vol. 10, No. 20(2022) 181-187

3. Zagolin M, Llancaqueo M. Hipertensión pulmonar: importancia de un diagnóstico precoz y tratamiento específico. Revista médica clínica Las Condes 2015; 26(3): 344-56.

4. Climent Diaz B, Lobo Antuña V. Ponencia: Complicaciones físicas de las drogas de abuso. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. V Encuentro Internacional “Estilos de vida vs Hábitos tóxicos” “Prevenir las drogas es vivir”. (2024) ISSN 1028-9933.

5. Vargas Solórzano A. Tromboembolismo pulmonar (TEP). Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2015; LXXII (614): 31-6

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 21

Caso clínico; Actuación de Enfermería ante un niño con enfermedad celíaca

Angulo Núñez, M Mar
Renedo Díez, Andrés
Hernández Porras, Lara
García Martín, Beatriz
Arnaiz Nieto, Verónica
García Castilla, Javier

CASO CLÍNICO ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN NIÑO CON ENFERMEDAD CELÍACA

MARIA MAR ANGULO NUÑEZ, ANDRES RENEDO DIEZ, LARA HERNANDEZ PORRAS, BEATRIZ GARCÍA MARTÍN, VERONICA ARNAIZ NIETO

INTRODUCCIÓN

Paciente de 21 meses de edad, sin problemas de salud previos, que ingresa procedente de Consulta externa de pediatría por pérdida de peso en los últimos meses, así como rechazo de las tomas y deposiciones malolientes voluminosas, también presenta distensión abdominal y discreto edema en extremidades inferiores.

Diagnóstico	NOC	NIC
00002 Desequilibrio nutricional por defecto: Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, aversión a comer y perdida de peso.	**1004 Estado Nutricional** Indicadores: 100402 Ingestión de nutrientes. 100405 Peso	**1100 Manejo de la nutrición**
00069 Afrontamiento inefectivo (cuidadores): Incertidumbre, falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.	**1302 Afrontamiento de problemas** Indicadores: 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo.	**5230 Aumentar el afrontamiento**

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Mala comedora con rechazo de las tomas y deposiciones frecuentes en número .

- ITU(12meses) con tto ambulatorio.
- GEA(19 meses) por Campilobacter Jejuni.
- Analíticas con IgA Ac.antitransglutaminasa negativo.

Los padres hacen preguntas acerca del "futuro" de su hija (tratamiento, duración de la estancia en el hospital, creencia de las diferentes pruebas diagnósticas,..).

Patrón Nutrición / Metabolismo:
Afebril. Peso: 9.750. Talla: 81.5 cm. P. Cefálico: 47cm.
Pérdida de peso, perdida de apetito.
Bien hidratada, ligera palidez cutánea, abdomen blando depresible, no doloroso a palpación, distendido, meteorizado.
Buen higiénico social, acompañada por sus padres.

Patrón Eliminación:
Deposiciones malolientes voluminosas en número de 3 - 4 al día.

DISCUSIÓN

El objetivo es mejorar el estado nutricional de la niña, que coma en cantidad y calidad suficiente.
Tras confirmar eldiagnóstico de: Enfermedad celíaca es dada de alta (6º día de hospitalización).
Se deriva a Atención Primaría, se le realiza Informe de Continuidad de Cuidados

- *Vigilancia y Seguimiento de factores psicosociales.*
- *El manejo de la nutrición a fin de mejorar su estado nutricional.*
- *Apoyo emocional a los padres y medidas de afrontamiento. Aconsejamos asociaciones.*
- *Control y seguimiento Peso/ Talla.*

CONCLUSIÓN

Este caso muestra la labor integral del profesional de enfermería, que no solo se enfoca en los aspectos biomédicos de la enfermedad de la niña, sino también en el apoyo a la familia, que deberá adaptarse a una nueva realidad. Al finalizar, se hace un llamado a la empatía y a recordar la importancia de las herramientas básicas del trabajo enfermero, como la observación, la escucha activa y la atención a los signos y síntomas de los pacientes, ya que a veces estas pueden llevar a diagnósticos más rápidos. También se resalta que los objetivos en la atención sanitaria no deben verse solo como estadísticas, sino como una responsabilidad ética hacia la sociedad.

Resumen: *La enfermedad celíaca conlleva la realización de una dieta de por vida, lo que origina en el individuo y familia limitaciones que son factores de riesgo para un desarrollo saludable.*

En la época del diagnóstico se generan variadas reacciones, en un principio normales, pero con riesgo considerable de que se puedan cronificar y se conviertan en desajustadas.

En la situación actual la ansiedad y los problemas de alimentación son los más destacables en los celíacos y sus familias. La dificultad con respecto a la enfermedad la encuentran en la carestía de la dieta y en no conocer que contiene gluten.

Palabras Clave: *Enfermedad Celíaca - Glutenes - Dieta sin gluten*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Paciente de 21 meses de edad, sin problemas de salud previos, que ingresa procedente de Consulta externa de pediatría por pérdida de peso en los últimos meses, así como rechazo de las tomas y deposiciones malolientes voluminosas, también presenta distensión abdominal y discreto edema en extremidades inferiores.

Observaciones clínicas:

Mala comedora con rechazo de las tomas y deposiciones frecuentes en número.

o ITU(12 meses) con tto ambulatorio.

o GEA(19 meses) por Campilobacter Jejuni.

o Analíticas con IgA Ac.antitransglutaminasa negativo.

Los padres hacen preguntas acerca del “futuro” de su hija (tratamiento, duración de la estancia en el hospital, creencia de las diferentes pruebas diagnósticas...).

Patrón Nutrición / Metabolismo:

Afebril. Peso: 9.750. Talla: 81.5 cm. P. Cefálico: 47cm. Pérdida de peso, pérdida de apetito. Bien hidratada, ligera palidez cutánea, abdomen blando depresible, no doloroso a palpación, distendido, meteorizado. Buen higiénico social, acompañada por sus padres.

Patrón Eliminación:

Deposiciones malolientes voluminosas en número de 3 - 4 al día.

Discusión:

El primer objetivo es mejorar el estado nutricional de la niña, que coma en cantidad y calidad suficiente. Tras confirmar el diagnóstico de: Enfermedad celíaca es dada de alta (6º día de hospitalización). Se deriva a Atención Primaria, se le realiza Informe de Continuidad de Cuidados

• Vigilancia y Seguimiento de factores psicosociales. • El manejo de la nutrición a fin de mejorar su estado nutricional. • Apoyo emocional a los padres y medidas de afrontamiento. Aconsejamos asociaciones. • Control y seguimiento Peso/ Talla

Plan de cuidados:

N D.E.: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO (Niña):

Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, aversión a comer y pérdida de peso.

Resultado esperado:(NOC)

Estado Nutricional.

Escala: De nunca demostrado a siempre demostrado.

Indicadores: -Ingestión de nutrientes.

-Relación Peso/ Talla.

Intervenciones:(NIC)

Manejo nutrición

Actividades:

- Realizar una selección de comidas.

-Proporcionar información adecuada acerca de las recomendaciones nutricionales y modo de satisfacerlas.

- Fomentar técnicas seguras de preparación de los alimentos.

- Pesar al paciente, a los intervalos establecidos.

- Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida.

- Fomentar la asistencia a grupos de apoyo si procede.

D.E.: AFRONTAMIENTO INEFECTIVO (Padres):

Incertidumbre, falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.

Resultado esperado: (NOC).

Afrontamiento del problema.

Escala: De nunca demostrado a siempre demostrado.

Indicadores: - Se adapta a los cambios en desarrollo.

Intervenciones:(NIC)

Aumento del afrontamiento.

Actividades: - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.

- Fomentar un dominio gradual de la situación.

- Animar al paciente a desarrollar relaciones.

- Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.

- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles

Conclusión:

Este caso muestra la labor integral del profesional de enfermería, que no solo se enfoca en los aspectos biomédicos de la enfermedad de la niña, sino también en el apoyo a la familia, que deberá adaptarse a una nueva realidad. Al finalizar, se hace un llamado a la empatía y a recordar la importancia de las herramientas básicas del trabajo enfermero, como la observación, la escucha activa y la atención a los signos y síntomas de los pacientes, ya que a veces estas pueden llevar a diagnósticos más rápidos. También se resalta que los objetivos en la atención sanitaria no deben verse sólo como estadísticas, sino como una responsabilidad ética hacia la sociedad.

Bibliografía

1. Polanco. I, Apraiz. M, Márquez. M, Saucedo.A, Aznar.M, Goñi.S et. al. Enfermedad celíaca: Cienc. Pediatr. Suplemento 1, 2000: 43-53.

2. Procurador del Común de Castilla y León. La enfermedad celíaca: Situación en Castilla y León. Disponible en: www.procuradordelcomun.org/archivos/informesespeciales/1-1274873680.pdf. Consultado: 17 de noviembre de 2010.

3. Polanco. I. Repercusiones Psicológicas de la patología digestiva crónica en niños y su familia. Madrid: Grupo 2 Comunicación Médica; 2009.

4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca. Sanidad 2008

5. Fragoso. T, Díaz. T, Pérez. E, Milán. R, Luaces. E. Importancia de los aspectos psicológicos en la enfermedad celíaca. Disponible en: http://bus.sld.cu/revistas/mgi/voll8-3-02/mgi07302.htm. Consultado: 23 de noviembre de 2010.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 22

Cómo el entorno laboral afecta a la salud mental

De Jesús Vicente, Alicia
Pablo Alonso, Inés Carmen
Zardaín Monforte, María

CÓMO EL ENTORNO LABORAL AFECTA A LA SALUD MENTAL

AUTORES: De Jesús Vicente A, Pablo Alonso IC, Zardaín Monforte M

INTRODUCIÓN

El entorno laboral actual es considerado un factor desencadenante en los múltiples procesos de salud mental ya que más que ser un espacio físico donde desempeñar las diferentes labores para las que uno fue contratado, el trabajo constituye un mecanismo complejo donde las condiciones físicas, mentales y relaciones personales afectan al bienestar psicológico. La presión, la exigencia, la incertidumbre, la toxicidad del entorno laboral e incluso la carencia de apoyo y valoración por parte de los demás, pueden desencadenar o acentuar problemas mentales subyacentes tales como estrés, ansiedad, depresión y el reconocido síndrome de "burnout".

Por otro lado, un entorno laboral positivo, caracterizado por la estabilidad, la comunicación interpersonal y un balance entre el ámbito personal y profesional puede suponer un factor favorable para el desarrollo de organizaciones saludables y productivas que priorizan el bienestar del individuo, siendo este consciente de ello y por consecuencia se demuestra en una mejora de rendimiento, compromiso, productividad y aumento de calidad de vida.

OBJETIVOS

Determinar cómo el entorno laboral desencadena problemas de salud mental en la población trabajadora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (PubMed, TripDatabase, Cochrane Library, Epistemonikos y Scielo), seleccionando artículos publicados con un rango de 5 años, en español e inglés, de extensión completa y acceso gratuito.

387 resultados → seleccionados 195.

RESULTADOS

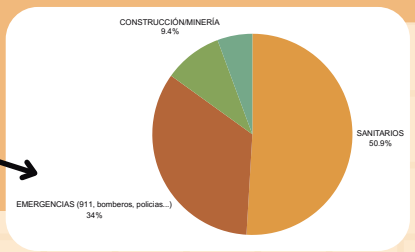
-Sufrir acoso en el trabajo (Mobbing) por discrepancias con compañeros, identidad sexual, edad, apariencia física, sexo o raza puede provocar ciertos trastornos mentales comunes tales como estrés, depresión, soledad, dismorfia corporal, trastornos alimenticios, etc.

-La realización de ciertos tipos de trabajos que conllevan ver situaciones duras para la mayoría de la población puede provocar trastorno de estrés postraumático (como en accidentes, servicio militar, mataderos, sector sanitario (COVID-19), crímenes, etc.) con la posible automedicación con consumo de sustancias para poder sobrellevarlo.

-En el ámbito sanitario: las malas condiciones laborales, la alta demanda asistencial, el empleo precario, los horarios de trabajo (guardias, turnos, etc.) conllevan que la mayoría del personal sufra cansancio, agotamiento, estrés crónico, errores de gran trascendencia, que con el paso del tiempo se acabe convirtiendo en un síndrome de “Burnout”

-Las agresiones tanto físicas como verbales pueden desencadenar en aislamiento, ausencia de comunicación, conductas suicidas como vía de escape...

-SECTORES DONDE EL ENTORNO AFECTA MÁS NOTORIAMENTE A LA SALUD MENTAL



CONCLUSIONES

Se puede establecer que el entorno laboral afecta en menor o mayor medida a la salud mental.

Las condiciones laborales adversas desencadenan trastornos mentales que afectan de manera proporcional a la salud fisica y al estilo de vida de una persona.

Es destacable que el sector en el que más documentación se obtiene sobre esto es el sanitario, seguido del sector servicios, concretamente de los equipos de primera respuesta.

Los inconvenientes que se presentan en el entorno laboral son en muchos casos claramente identificables, por lo que pueden promover protocolos y planes de apoyo para abordar los riesgos psicosociales y mejorar considerablemente tanto la productividad como el bienestar general.

Resumen: *El entorno laboral afecta significativamente a la salud mental de los trabajadores, causando estrés, ansiedad, depresión o el conocido como síndrome de "Burnout" debido a situaciones de presión, toxicidad o falta de valoración en el trabajo. El sector sanitario es el más afectado, seguido por el sector servicios, construcción y financiero. Por otro lado, establecer protocolos y planes de apoyo para abordar los riesgos psicosociales puede mejorar considerablemente tanto la productividad como el bienestar general.*

Palabras Clave: *- Entorno laboral "Workplace" - Salud mental "Mental health" - "Burnout"*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El entorno laboral actual es considerado un factor desencadenante en los múltiples procesos de salud mental ya que, más que ser un espacio físico donde desempeñar las diferentes labores para las que uno fue contratado, el trabajo constituye un mecanismo complejo donde las condiciones físicas, mentales y relaciones personales afectan al bienestar psicológico. La presión, la exigencia, la incertidumbre, la toxicidad del entorno laboral e incluso la carencia de apoyo y valoración por parte de los demás, pueden desencadenar o acentuar problemas mentales subyacentes tales como estrés, ansiedad, depresión y el reconocido síndrome de "burnout". Por otro lado, un entorno laboral positivo, caracterizado por la estabilidad, la comunicación interpersonal y un balance entre el ámbito personal y profesional puede suponer un factor favorable para el desarrollo de organizaciones saludables y productivas que priorizan el bienestar del individuo, siendo este consciente de ello y por consecuencia se demuestra en una mejora de rendimiento, compromiso, productividad y aumento de calidad de vida.

Objetivos:

Determinar cómo el entorno laboral desencadena problemas de salud mental en la población trabajadora.

Material y Métodos:

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (PubMed, TripDatabase, Cochrane Library, Epistemonikos y Scielo), seleccionando artículos publicados con un rango de 5 años, en español e inglés, de extensión completa y acceso gratuito.

De los 387 resultados obtenidos, se han seleccionados 195 artículos para su revisión bibliográfica.

Resultados:

Sufrir acoso en el trabajo (Mobbing) por discrepancias con compañeros, identidad sexual, edad, apariencia física, sexo o raza puede provocar ciertos trastornos mentales comunes tales como estrés, depresión, soledad, dismorfia corporal, trastornos alimenticios, etc.

La realización de ciertos tipos de trabajos que conllevan ver situaciones duras para la mayoría de la población puede provocar trastorno de estrés postraumático (como en accidentes, servicio militar, mataderos, sector sanitario (COVID-19), crímenes, etc.) con la posible automedicación con consumo de sustancias para poder sobrellevarlo.

En el ámbito sanitario: las malas condiciones laborales, la alta demanda asistencial, el empleo precario, los horarios de trabajo (guardias, turnos, etc.) conllevan que la mayoría del personal sufra cansancio, agotamiento, estrés crónico, errores de gran trascendencia, que con el paso del tiempo se acabe convirtiendo en un síndrome de "Burnout"

Las agresiones tanto físicas como verbales pueden desencadenar en aislamiento, ausencia de comunicación, conductas suicidas como vía de escape...

Conclusión:

Se puede establecer que el entorno laboral afecta en menor o mayor medida a la salud mental. Las condiciones laborales adversas desencadenan trastornos mentales que afectan de manera proporcional a la salud física y al estilo de vida de una persona. Es destacable que el sector en el que más documentación se obtiene sobre esto es el sanitario, seguido del sector servicios, concretamente de los equipos de primera respuesta. Los inconvenientes que se presentan en el entorno laboral son en muchos casos claramente identificables, por lo que pueden promover protocolos y planes de apoyo para abordar los riesgos psicosociales y mejorar considerablemente tanto la productividad como el bienestar general.

Bibliografía

1. Shields M, Dimov S, Kavanagh A, et al. How do employment conditions and psychosocial workplace exposures impact the mental health of young workers. A systematic review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2021 jul;56(7):1147-1160. doi: 10.1007/s00127-021-02077-x. Disponible en: How do employment conditions and psychosocial workplace exposures impact the mental health of young workers? A systematic review - PubMed (nih.gov)

2. Quesada-Puga C, Izquierdo-Espin FJ, Membrive-Jiménez MJ, et al. Job satisfaction and burnout syndrome among intensive-care unit nurses: A systematic review and meta-analysis. Intensive Crit Care Nurs. 2024 Jun; 82:103660. doi: 10.1016/j.iccn.2024.103660. Epub 2024 Feb 22. Disponible en: Job satisfaction and burnout syndrome among intensive-care unit nurses: A systematic review and meta-analysis - PubMed (nih. gov)

3. Igboanugo S, Bigelow PL, Mielke JG. Health outcomes of psychosocial stress within firefighters: A systematic review of the research landscape. J Occup Health. 2021 Jan;63(1): e12219. doi: 10.1002/1348-9585.12219. Disponible en: Health outcomes of psychosocial stress within firefighters: A systematic review of the research landscape - PubMed (nih.gov)

4. Morse AK, Askovic M, Sercombe J,et al. A systematic review of the efficacy, effectiveness and cost-effectiveness of workplace-based interventions for the prevention and treatment of problematic substance use. Front Public Health. 2022 Nov 7; 10:1051119. doi: 10.3389/fpubh.2022.1051119. Disponible en: A systematic review of the efficacy, effectiveness and cost-effectiveness of workplace-based interventions for the prevention and treatment of problematic substance use - PubMed (nih.gov)

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 23

¿Cómo usar la solución limpiadora Prontosan según evidencia científica?

Camacho Sánchez, Ana María

¿CÓMO USAR LA SOLUCIÓN LIMPIADORA PRONTOSAN SEGÚN EVIDENCIA CIENTIFICA?

AUTOR: Camacho Sanchez, Ana María

INTRODUCCIÓN

Prontosan Solución para el lavado, descontaminación e hidratación de heridas compuesta de ***agua purificada, 0,1 % Undecilenamidopropil betaína, 0,1 % Polihexanida.***
Como justificación a nuestro trabajo, nos parece importante realizar un pequeño estudio aclaratorio el uso de dicho producto además de las formas de aplicación. Ya que se considera una solución limpiadora que muchas veces esta sustituyendo al lavado con suero fisiológico, incluso no se aplica de la forma correcta.

OBJETIVOS

- Resumir y aclarar las indicaciones de Prontosan como solución limpiadora.
- Mostrar cómo aplicar Prontosan solución en heridas y consideraciones a tener en cuenta.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos una **revisión bibliográfica sobre las indicaciones y usos de Prontosan solución.** Tras búsqueda bibliográfica seleccionamos 10 artículos utilizando como base de datos *Google académico y la BVS España*. Tras lectura critica se seleccionan 8 artículos de 2020 en adelante. Los **criterios de inclusión** de artículos fueron los que trataban sobre las indicaciones de Prontosan solución y cómo se usa según evidencia científica. El **criterio de exclusión** fue los artículos que trataban sobre Prontosan en su formato gel.
La población diana de nuestro estudio son los profesionales sanitarios.
***Palabras clave: Técnicas de Cierre de Heridas (Wound Closure Techniques) Infección de Heridas (Wound Infection) y Descontaminación (Decontamination).*

RESULTADOS

INDICACIONES

- Indicado para la limpieza y descontaminación de superficies tisulares de difícil acceso como cavidades, grietas o heridas profundas.
- Concretando un poco mas esta indicado:
  - ***Heridas agudas***, incluidas heridas post operatorias.
  - ***Heridas crónicas***
  - ***Heridas térmicas o químicas***
  - ***Úlceras post radiación, fistulas, abscesos y celulitis.***
  - ***En entradas de catéteres y tubos de drenaje.***
  - Según evidencia, es muy útil para el ***tratamiento del biofilm en heridas.***

MODO DE EMPLEO

- Comprobar el estado de la solución. Debe ser acuosa clara.
- Importante aclarar que es un envase cerrado estéril. Una vez abierto la duración del envase es de 8 semanas.
- Se aconseja según ficha técnica el uso del producto en fomentos y dejarlo actuar en la zona y piel perilesional entre unos 10 – 15 minutos. Esta aplicación ha demostrado gran eficacia en la descontaminación de heridas de difícil acceso y en el tratamiento y eliminación del biofilm.
- Por sensibilidad a la temperatura de la solución en pacientes con heridas crónicas, esta solución puede calentarse previamente a la aplicación.
- Se puede aplicar según la frecuencia que consideremos en cada caso.
- Importante no usar Prontosan con otras soluciones limpiadoras como jabones que se puede alterar su eficacia. Ni mezclarse con otros productos como aceites o cremas.
- No precisa de lavados posteriores de la zona.

CONCLUSIONES

Para concluir, es importante saber en qué momentos está indicada esta solución limpiadora y cómo aplicarla. En definitiva, la manera más apropiada de aplicarla es en fomentos impregnados durante unos minutos en la zona. No es un sustitutivo del lavado de heridas con suero fisiológico. Incluso este debería de realizarse previamente al uso de Prontosan solución, ya que este último no necesita en la mayoría de los casos de un lavado posterior. Importante destacar su importante papel dentro del tratamiento y control del biofilm en heridas.

Bibliografía:

•Gorlat Sanchez, B. Fernandez Gutierrez, R. Vega López, S. Marinez Linde, E. Simón Martinez, J.J. Guerrero Martinez, C. GUIA PARA EL MANEJO DE HERIDAS [Internet]. Junta de Andalucía: Hospital Virgen de las Nieves: 2022. Consultado en abril 2025. Disponible en: https://www.huvn.es/archivos/cms/enfermeria-en-huvn/archivos/publico/GBP/Gu%C3%83%C2%ADa%20de%20heridas.pdf.

•Ficha técnica. Prontosan Solución Braun. Recurso disponible en: https://www.bbraun.es/es/products/b/prontosan-solucion.html

•Enfermería Evidente. ¿Cómo se aplica y retira el Prontosan correctamente? 2023. Consultado en abril 2023. Disponible en: https://enfermeriaevidente.com/como-se-aplica-y-retira-el-prontosan-correctamente/

Resumen: *Prontosan para el lavado, descontaminación e hidratación de heridas. Se realiza una revisión bibliográfica con los objetivos de resumir y aclarar las indicaciones de Prontosan. Mostrando a su vez, cómo se debe aplicar en heridas y algunos detalles a tener en cuenta en la aplicación del producto. Describimos en una tabla, el tipo de heridas donde está indicado usarlo y en otra columna se describe cómo se debe aplicar, basándonos en la evidencia científica. La forma más correcta de aplicarlo es en fomento de unos 10- 15 minutos y que no es un sustitutivo al lavado con suero previo en las heridas.*

Palabras Clave: *Técnicas de Cierre de Heridas (Wound Closure Techniques) - Infección de Heridas (Wound Infection) - Descontaminación (Decontamination)*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Prontosan Solución para el lavado, descontaminación e hidratación de heridas compuesta de **agua purificada, 0,1 % Undecilenamidopropil betaína, 0,1 % Polihexanida**.

Como justificación a nuestro trabajo, nos parece importante realizar un pequeño estudio aclaratorio del sobre el uso de dicho producto además de las formas de aplicación. Ya que se considera una solución limpiadora que muchas veces está sustituyendo al lavado con suero fisiológico, incluso no se aplica de la forma correcta.

Objetivos:

- Resumir y aclarar las indicaciones de Prontosan como solución limpiadora.

- Mostrar cómo aplicar Prontosan solución en heridas y consideraciones a tener en cuenta.

Material y Métodos:

Realizamos una **revisión bibliográfica sobre las indicaciones y usos de Prontosan solución**. Tras búsqueda bibliográfica seleccionamos 10 artículos utilizando como base de datos *Google académico y la BVS España*. Tras lectura critica se seleccionan 8 artículos de 2020 en adelante. Los criterios de inclusión de artículos fueron los que trataban sobre las indicaciones de Prontosan solución y cómo se usa según evidencia científica. El **criterio de exclusión** fue los artículos que trataban sobre Prontosan en su formato gel.

La población diana de nuestro estudio son los profesionales sanitarios.

Resultados:

INDICACIONES

Indicado para la limpieza y descontaminación de superficies tisulares de difícil acceso como cavidades, grietas o heridas profundas.

- Concretando un poco más está indicado:

- ***Heridas agudas***, incluidas heridas post operatorias.

- ***Heridas crónicas***

- ***Heridas térmicas o químicas***

- ***Úlceras post radiación, fistulas, abscesos y celulitis.***

- ***En entradas de catéteres y tubos de drenaje.***

- Según evidencia, es muy útil para el tratamiento del biofilm en heridas.

MODO DE EMPLEO

- Comprobar el estado de la solución. Debe ser acuosa clara.

- Importante hay que aclarar que es un envase cerrado estéril. Una vez abierto la duración del envase es de 8 semanas.

- Se aconseja según ficha técnica el uso del producto en fomentos y dejarlo actuar en la zona y piel perilesional entre unos 10 – 15 minutos. Esta aplicación ha demostrado gran eficacia en la descontaminación de heridas de difícil acceso y en el tratamiento y eliminación del biofilm.

- Por sensibilidad a la temperatura de la solución en pacientes con heridas crónicas, esta solución puede calentarse previamente a la aplicación.

- Se puede aplicar según la frecuencia que consideremos en cada caso.

- Importante no usar Prontosan con otras soluciones limpiadoras como jabones que se puede alterar su eficacia. Ni mezclarse con otros productos como aceites o cremas.

- No precisa de lavados posteriores de la zona.

Conclusiones:

Para concluir, es importante saber en qué momentos está indicada esta solución limpiadora y cómo aplicarla. En definitiva, la manera más apropiada de aplicarla es en fomentos impregnados durante unos minutos en la zona. No es un sustitutivo del lavado de heridas con suero fisiológico. Incluso este debería de realizarse previamente al uso de Prontosan solución, ya que este último no necesita en la mayoría de los casos de un lavado posterior. Es importante destacar, su importante papel dentro del tratamiento y control del biofilm en heridas.

Bibliografía

1. Gorlat Sanchez, B. Fernandez Gutierrez, R. Vega López, S. Marinez Linde, E. Simón Martinez, J.J. Guerrero Martinez, C. GUIA PARA EL MANEJO DE HERIDAS [Internet]. Junta de Andalucía: Hospital Virgen de las Nieves: 2022. Consultado en abril 2025. Disponible en: https://www.huvn.es/archivos/cms/enfermeria-en-huvn/archivos/publico/GBP/Gu%C3%83%C2%ADa%20de%20heridas.pdf.

2. Ficha técnica. Prontosan Solución Braun. Recurso disponible en: https://www.bbraun.es/es/products/b/prontosan-solucion.html

3. Enfermería Evidente. ¿Cómo se aplica y retira el Prontosan correctamente? 2023. Consultado en abril 2023. Disponible en: https://enfermeriaevidente.com/como-se-aplica-y-retira-el-prontosan-correctamente/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 24

Comparación entre el uso de la miel medicinal y apósitos de hidrogel en el tratamiento de úlceras por presión (UPP).

Jiménez López, Lucia
Pozuelo Serrano, Irene
Ruiz Torres, Silvia
Rodríguez Sánchez Fernando
Zarza Ramírez, Manuel
Crespo Torre, Elsa

COMPARACIÓN ENTRE EL USO DE LA MIEL MEDICINAL Y APÓSITOS DE HIDROGEL EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

ELSA CRESPO TORRES, LUCÍA JIMÉNEZ LÓPEZ , IRENE POZUELO SERRANO, MANUEL ZARZA RAMÍREZ, SILVIA RUIZ TORRES, FERNANDO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN

- Las úlceras por presión (UPP) son frecuentes en **personas con movilidad reducida** y representan una complicación clínica y emocional significativa.
- Afectan la **calidad de vida** del paciente y generan un **alto coste** para los sistemas de salud.
- El tratamiento va más allá del cuidado físico: requiere un **enfoque integral y humano.**
- La **miel medicina**l ha surgido como una alternativa natural con potencial terapéutico frente a apósitos convencionales como el hidrogel.

OBJETIVOS

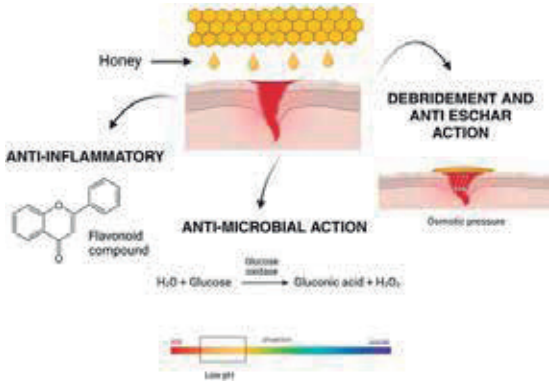
- Evaluar la efectividad de la miel en el tratamiento de la UPP.
- Comparar la eficacia de la miel con los apósitos de hidrogel.
- Reflexionar sobre su impacto más allá: en la experiencia del paciente.

METODOLOGÍA

- **Tipo de estudio**: revisión bibliográfica.
- Se han utilizado operadores booleanos, términos **DeCS, MeSH** y términos libres.
- **Fuentes consultadas:**
  - PubMed
  - Scopus
  - Cochrane Library
- **Criterios de inclusión:**
  - Publicaciones de los últimos 10 años.
  - Estudios sobre miel medicinal en úlceras por presión (UPP) o heridas crónicas.
  - Comparación con tratamientos convencionales, especialmente apósitos de hidrogel.

RESULTADOS

- La miel **acelera** significativamente la **cicatrización** en un promedio de 17 días antes en comparación a otros apósitos como el hidrogel.
- Se observó un aumento superior al18% en el **cierre efectivo** de las heridas con el uso de miel.
- Algunos pacientes manifestaron mayor molestia al inicio del tratamiento con miel pero al concluirlo experimentaron **menos dolor** en comparación con otros.
- La miel mostró propiedades **antimicrobianas** similares a las de los apósitos con plata o hidrogeles, sin fomentar resistencia bacteriana.
- **No** se registraron **efectos adversos** graves.



Fuente: Elaborado a partir de Zainuddin ANZ, Mustakim NN, Rosemanzailani FA, Fadilah NIM, Maarof M, Fauzi MB. A Comprehensive Review of Honey-Containing Hydrogel for Wound Healing Applications. Gels. 2025;11(3):194. doi:10.3390/gels11030194.

DISCUSIÓN

- La miel medicinal se propone como una opción terapéutica **eficaz, segura y bien tolerada** para el tratamiento de UPP.
- Presenta una serie de beneficios como la **cicatrización, control del dolor y acción antimicrobiana,** especialmente útil en entornos con recursos limitados.
- Se presentan **limitaciones metodológicas.**
- A pesar de ello, la consistencia de los resultados respalda la necesidad d**e más investigaciones clínicas** con mayor rigor científico.

CONCLUSIÓN

- La miel es una **alternativa prometedora y natural** para el tratamiento de UPP.
- Contribuye a una mejor experiencia del paciente y una recuperación más **humanizada.**
- Es necesario **continuar con estudios de calidad.**
- En enfermería se debe valorar su eficacia clínica y su impacto en el bienestar del paciente.
- Se requiere de un enfoque crítico y profesional, adaptado a cada contexto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tang Y, Chen L, Ran X, et al. Efficacy and Safety of Honey Dressings in the Management of Chronic Wounds: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients. 2024 Jul 28;16(15):2455. doi:10.3390/nu16152455. PMID: 39125335.
2. Clark M, Adcock L. Honey for Wound Management: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2018 Nov 6. CADTH Rapid Response Reports. PMID: 30855767
3. Zainuddin ANZ, Mustakim NN, Rosemanzailani FA, Fadilah NIM, Maarof M, Fauzi MB. A Comprehensive Review of Honey-Containing Hydrogel for Wound Healing Applications. Gels. 2025;11(3):194. doi:10.3390/gels11030194.
4. García Felipe S. Honey as an alternative to topical treatments in the healing process of burns, wounds and ulcers. Ene. [Internet] 2019;13(1):1312. Epub 2019 Oct 01 [cited 2025 May 16]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000100002. ISSN 1988-348X.
5. Ribeiro CTD, Dias FAL, Fregonezi GAF; Cochrane Wounds Group. Hydrogel dressings for venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Aug 5;2022(8):CD010738. doi:10.1002/14651858.CD010738.pub2. PMID: 35930364.

Resumen: *Este trabajo valora la eficacia de la miel medicinal frente a los apósitos convencionales en el tratamiento de úlceras por presión, como los hidrogeles. Se llegó a la conclusión de que la miel reduce en gran medida el tiempo de cicatrización (-17 días), ayuda a un mejor cierre de herida (+18%) y logra un perfil de seguridad favorable. A pesar de que ciertos pacientes experimentaron molestias iniciales, no tuvieron efectos adversos significativos. La miel tuvo un efecto antimicrobiano comparable a otros tratamientos. Se concluye que la miel representa una alternativa segura y efectiva, pese a la limitada calidad de evidencia.*

Palabras Clave: *"Honey" - "Ulcer" - "Hydrogel"*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El manejo de una herida va más allá de la colocación de un apósito; implica un abordaje integral del paciente, concretamente en las úlceras por presión, que representan una complicación muy común en personas con movilidad reducida. Estas lesiones, además del impacto físico, tienen consecuencias emocionales, disminuyen la autoestima y afectan negativamente la calidad de vida.

En este contexto, las UPP son un desafío clínico y un gasto económico considerable para los sistemas sanitarios. En respuesta a ello, se han desarrollado alternativas terapéuticas orientadas a mejorar la cicatrización, prevenir infecciones y aliviar el dolor. Entre ellas, la miel medicinal, que ha despertado interés como posible reemplazo o complemento a apósitos convencionales como el hidrogel. Esta revisión narrativa explora la evidencia existente acerca de la efectividad de la miel en el tratamiento de las UPP (1,2).

Objetivos:

- Evaluar la efectividad de la miel en el tratamiento de la UPP.
- Comparar la eficacia de la miel con los apósitos de hidrogel.
- Reflexionar sobre su impacto más allá: en la experiencia del paciente.

Material y Métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa mediante la consulta de diferentes bases de datos como PubMed, Scopus y Cochrane Library, donde se incluyeron estudios publicados en los últimos diez años, principalmente ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Los criterios de inclusión fueron estudios que evaluaran el uso de miel medicinal en pacientes con UPP o heridas crónicas comparado con tratamientos convencionales, en especial apósitos de hidrogel. Se analizaron variables como tiempo de cicatrización, cierre completo de la herida, control del dolor, actividad antimicrobiana y efectos adversos.

Resultados:

Por un lado, los resultados indican que la miel acelera significativamente la cicatrización en un promedio de 17 días antes en comparación a otros apósitos como el hidrogel. Este dato, no solo es un número, implica menos dolor, menor riesgo de infección, menos días de hospitalización y una mayor esperanza para quienes buscan recuperarse (1,3).

Por otro lado, se observó un aumento superior al 18% en el cierre efectivo de las heridas con el uso de miel. No obstante, no en todos los estudios esta diferencia alcanzó significancia estadística, la tendencia general es consistente: la miel ayuda positivamente a la curación (1,2).

En relación con el dolor, algunos pacientes manifestaron mayor molestia al inicio del tratamiento con miel, probablemente por su acidez. No obstante, al concluir el tratamiento, muchos comentaron haber experimentado menos dolor en comparación con otros tipos de apósitos (1).

La miel, a su vez, mostró propiedades antimicrobianas similares a las de los apósitos con plata o hidrogeles, sin fomentar resistencia bacteriana. Su composición natural, alta en peróxido de hidrógeno, baja acidez y alta osmolaridad, dificulta el crecimiento microbiano (2-4).

Finalmente, no se registraron efectos adversos graves. En algunos casos se detectaron molestias locales, aunque de carácter leve y transitorio. En conjunto, la miel demostró ser un tratamiento seguro y bien tolerado (1,4).

Discusión:

Los resultados aportan que la miel medicinal puede ser una alternativa terapéutica eficaz y segura en el tratamiento de UPP. Su efectividad en la cicatrización, su buena tolerancia y su perfil antimicrobiano la posicionan como una opción válida, especialmente en contextos donde se prioriza el uso de productos naturales o de poco coste (1,3).

Sin embargo, es importante señalar que parte de la evidencia procede de estudios con limitaciones metodológicas, como muestras pequeñas o falta de estandarización en las intervenciones. Esta variabilidad dificulta la comparación directa entre estudios y limita la posibilidad de extraer conclusiones definitivas. Aun así, la coherencia de los resultados es prometedora y justifica la necesidad de ensayos clínicos más robustos y específicos en el ámbito de las UPP (1,5).

Conclusiones:

La miel medicinal emerge como una alternativa terapéutica prometedora en el abordaje de las úlceras por presión. Diversos estudios han evidenciado sus efectos positivos en la aceleración del proceso de cicatrización, el alivio del dolor y la prevención de infecciones, sin asociarse a efectos secundarios relevantes. Asimismo, su empleo puede enriquecer la experiencia del paciente al ofrecer una opción más natural y menos invasiva (1-4).

No obstante, se requiere más investigación de calidad, especialmente estudios que evalúen directamente su uso en pacientes con UPP, para establecer guías clínicas basadas en evidencia sólida (1-5).

Desde la mirada de la práctica enfermera, incorporar terapias como la miel implica no solo valorar su eficacia clínica, sino también su impacto en la vivencia del paciente. En este contexto,

toda intervención que favorezca una recuperación más humana y centrada en el bienestar integral merece especial consideración.

En conclusión, la miel medicinal constituye una alternativa viable dentro de las estrategias terapéuticas disponibles para el manejo de las UPP, y su integración a la práctica clínica debería basarse en un análisis crítico de la evidencia y en la aplicación del juicio profesional adaptado a cada situación particular (2-4).

Bibliografía

1. Tang Y, Chen L, Ran X, et al. Efficacy and Safety of Honey Dressings in the Management of Chronic Wounds: An Updated Systematic Review and Meta Analysis. Nutrients. 2024 jul 28;16(15):2455. doi:10.3390/nu16152455. PMID: 39125335.

2. Clark M, Adcock L. Honey for Wound Management: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2018 Nov 6. CADTH Rapid Response Reports. PMID: 30855767

3. Zainuddin ANZ, Mustakim NN, Rosemanzailani FA, Fadilah NIM, Maarof M, Fauzi MB. A Comprehensive Review of Honey Containing Hydrogel for Wound Healing Applications. Gels. 2025;11(3):194. doi:10.3390/gels11030194.

4. García Felipe S. Honey as an alternative to topical treatments in the healing process of burns, wounds and ulcers. Ene. [Internet] 2019;13(1):1312. Epub 2019 Oct 01 [cited 2025 May 16]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988 348X2019000100002. ISSN 1988 348X.

5. Ribeiro CTD, Dias FAL, Fregonezi GAF; Cochrane Wounds Group. Hydrogel dressings for venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Aug 5;2022(8):CD010738. doi: 10.1002/14651858.CD010738.pub2. PMID: 35930364.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 25

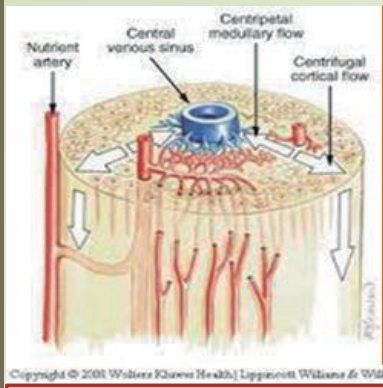
Cuando no hay venas… ¡Hay hueso!

Beltrán Orga, Míriam
Morales Hijazo, Lorena
Martínez Vera, Miriam
Bailo Lisbona, Alba
Loaiza rincón, Alejandra

Cuando no hay venas…¡Hay hueso!

AUTORES: Beltrán Orga Miriam[1], Morales Hijazo, Lorena[1], Martínez Vera, Miriam[2], Bailo Lisbona Alba[1], Loaiza Rincón Alejandra[3].

1: Enfermera Hospital Universitario Miguel Servet.2:Enfermera Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. 3: Enfermera CAMP. DGA



INTRODUCCIÓN:

La vía intraósea (VIO) ofrece un acceso vascular rápido y no colapsable cuando la canalización periférica no es posible.

Es una técnica segura y efectiva en contextos críticos.

OBJETIVOS:

- Analizar el conocimiento del personal de enfermería sobre la vía intraósea (VIO).
- Valorar si existe relación entre la experiencia laboral y el conocimiento/formación en técnicas de inserción de la VIO.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal.

Cuestionario: octubre 2024. enfermer@s urgencias.

Análisis:

- **JAMOVI (2.3.28.0)**
- **Test Shapiro Wilk.**
- **Test Exacto de Fisher.**
- **Test de T Student con corrección de Welch.**

RESULTADOS

DISCUSIÓN:

- **3/4**del personal encuestado nunca ha utilizado la vía intraósea.
- Casi un tercio no ha recibido formación específica.
- Aunque no se hallaron diferencias estadísticas significativas entre experiencia laboral y conocimiento/formación, los resultados sugieren la necesidad de un estudio más amplio.

FORMARSE EN LA VIA INTRAÓSEA MARCA LA DIFERENCIA

Resumen: *En una situación crítica y siguiendo recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Consejo Europeo de Resucitación (ERC) la vía intraósea (VIO) se utilizará como segunda vía de elección cuando no haya sido posible un acceso venoso en 90 segundos o tres intentos fallidos.*

Los objetivos del estudio son conocer y analizar la formación sobre la VIO y su relación con la experiencia laboral.

Tras la recogida de datos y su análisis posterior podemos afirmar que no hay diferencias significativas en el estudio realizado. Aunque, los datos son bastante reveladores para seguir con la formación.

Palabras Clave: *Acceso intraóseo - Urgencia y emergencia - Infusión intraósea*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Según las últimas recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Consejo Europeo de Resucitación (ERC) la VIO se utilizará como segunda vía de elección en los siguientes casos en los que no haya sido posible la canalización de una vía venosa periférica después de tres intentos o tardar más de 90 segundos.

Diversos estudios sobre la administración de fármacos y extracción sanguínea nos dicen que debemos tener en cuenta que hay una resistencia en las venas emisarias que hay que vencer, por ello siempre se debe de utilizar una presión para poder transportar los fármacos al sistema venoso a través de las capilares sinusoides.

Las dosis de los fármacos de la vía intraósea requieren la misma dosis que la administración intravenosa y alcanzan niveles plasmáticos similares.

Aunque en principio casi todos los fármacos se pueden administrar, hay ciertas excepciones por posible alteración medular. Como, por ejemplo, nutrición parenteral, quimioterapia o sueros hipertónicos.

Existe evidencia científica de que las muestras obtenidas en una extracción sanguínea son válidas, permitiendo algunas determinaciones analíticas como gases en sangre, hematocrito, hemoglobina junto a los iones de sodio, potasio, magnesio, lactato, y calcio.

Para evitar posibles complicaciones como osteomielitis o síndrome compartimental el acceso intraóseo debe ser retirado antes de 12-24 horas tras canalizar una vía venosa periférica o en su defecto una vía central.

Objetivos:

• Analizar el conocimiento del personal de enfermería del servicio de urgencias hospitalarias sobre la vía intraósea.

• Valorar si existe una relación directa entre la experiencia laboral y el conocimiento y la formación en las técnicas de inserción de la vía intraósea.

Material y Métodos:

• Se ha realizado un estudio descriptivo transversal en relación con la formación, conocimientos y habilidades del profesional de enfermería en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel sobre la inserción y manejo de la vía intraósea.

• Se envió para ello un cuestionario durante el mes de octubre de 2024.

• Se analizaron los datos en el paquete estadístico JAMOVI versión 2.3.28.0.

o En un primer momento se realiza el test de Shapiro Wilk para conocer la normalidad o no de los datos registrados.

o y en un segundo lugar utilizamos el test exacto de Fisher para los datos cualitativos y dicotómicos y la T de Student con la corrección de Welch para los datos cuantitativos.

Resultados:

• **Análisis descriptivo:**

Se obtuvieron un total de un 44,7% de respuestas. En referencia al sexo, el 88,2% son mujeres y con una mediana de edad de 34 años siendo el rango de edad más frecuente entre 31 y 40 años. El 42,7% son contratos eventuales una cifra cercana al 38,2% del personal fijo. Con una experiencia laboral de 26,3% entre 6 a 10 años. En cambio, el 42,7% de los entrevistados solo llevan como máximo dos años en el servicio de urgencias de forma más específica.

Un 70,7% tiene conocimientos previos y un 60,5% ha recibido algún tipo de formación sobre el manejo de la vía intraósea, aunque solo un 39,5% ha visto realizar la técnica, un 74% no la ha realizado en ningún momento.

• **Análisis estadístico:**

o Se realiza el estudio de normalidad con el test de Shapiro Wilk, obteniendo que no son datos paramétricos.

o Tras la realización del test exacto de Fisher para conocer la relación entre la experiencia laboral y el uso de la VIO obtenemos para una población de N= 75 una p=0,963.

o En la relación entre la experiencia laboral conocimiento obtenemos para una población de N= 75 una p=0,069. En cambio, si lo contrastamos con la formación p=0,394.

o En la relación entre la experiencia en urgencias y el conocimiento de la técnica obtenemos para una población de N= 75 una p=0,181. En cambio, sí lo contrastamos con la formación es de p=0,713.

o Tras analizar la edad con el conocimiento de la técnica, obtenemos para una N de 75, una T con corrección de Welch (para muestras independientes) de -1,49, Gl de 31 y una p = 0,147.

o Tras un nuevo análisis de la edad con la formación, obtenemos para una N de 75, una T con corrección de Welch (para muestras independientes) de -0,438, Gl 50 y una p= 0,663.

Conclusiones:

Ante una emergencia, una de las actuaciones primordiales es la canalización de una vía venosa para la infusión de fármacos y fluidos, tarea que en ocasiones puede resultar infructuosa y demorar la asistencia. Por ello, tras las últimas evidencias científicas, la vía intraósea es la vía alternativa, pero resulta desconocida para el personal de enfermería de urgencias a pesar de estar codificada en las intervenciones de enfermería (NIC).

A pesar de que los resultados inferenciales no son los esperados, encontramos en los resultados descriptivos información muy importante a tener en cuenta, ya que nos confirman que hay un desconocimiento importante pero que consideran que la formación y el conocimiento de su uso en situaciones críticas es imprescindible para unos cuidados de calidad.

Bibliografía

1. Crespo-Montero R. La Enfermera de Práctica Avanzada y su desarrollo en el Sistema Nacional de Salud Enferm Nefrol. 2024;27(1):7-10.

2. López Sánchez O, Caballero Guerrero MJ, Osuna Expósito RM. Guía de actuación enfermera en inserción de la vía intraósea en el paciente crítico. Hygia.2017; 94: 27-29.

3. Maeso Jiménez MJ, Moral Pérez RM, Carballar Andujar MA. Manejo de la vía intraósea en urgencia vital. Hygia. 2019; 101: 69-73.

4. Gil Iranzo R, Vizuete Campos M. Acceso vascular intraóseo: la mejor opción en emergencias. Enferm Integral. 2019; 121: 78-80.

5. Arraiza Gulina N, Laparte Campo I, Celaya Calvo I. La vía intraósea en el paciente politraumatizado. Pulso. 2019; 98: 26-29.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 26

Cuidados anestésicos en el paciente pediátrico con síndrome de Prader–Willi: una revisión narrativa.

Juan García, Carmen

CUIDADOS ANESTÉSICOS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME DE PRADER-WILLI: UNA REVISIÓN NARRATIVA.

Juan-García, Carmen. Hospital Universitario de León

Introducción

El síndrome de Prader-Willi es una enfermedad genética que presenta desafíos durante el manejo anestésico pediátrico. La hipotonía, la obesidad, las alteraciones respiratorias y endocrinas incrementan el riesgo de complicaciones en la intervención quirúrgica.

Objetivo

Identificar y analizar las recomendaciones enfermeras en el proceso anestésico del paciente pediátrico con síndrome de Prader-Willi.

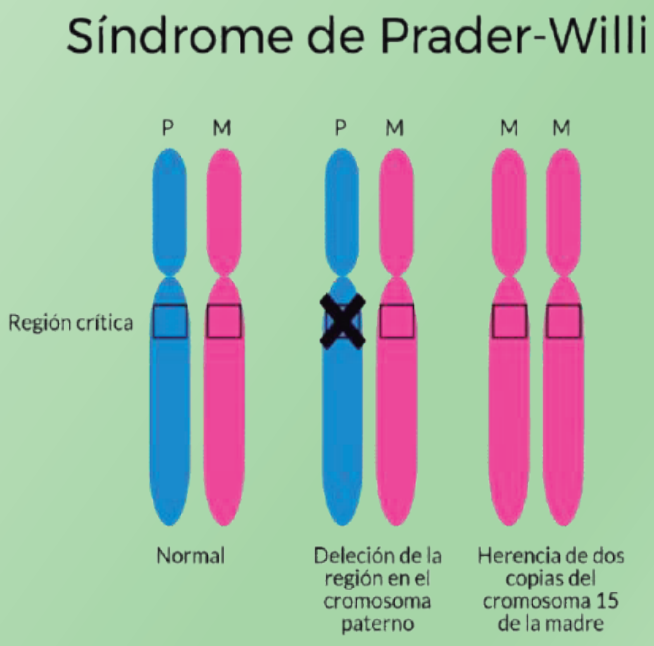
Material y método

Diseño: revisión narrativa.
Bases de datos: PubMed,cuiden y Scopus.
Exclusión población adulta.
Términos DeCS/MeSH: "Prader-Willi Syndrome", "Anesthesia", "Pediatric Nursing", "Perioperative Care".

Resultados

Aspectos clave:

- **Evaluación preanestésica:** hipotonía, hipoventilación, comorbilidades endocrinas.
- **Intraoperatorio:** monitorización continua, riesgo de respuesta atípica a anestésicos.
- **Postoperatorio:** vigilancia respiratoria intensiva, control de glucosa, manejo no farmacológico del dolor.
- **Rol de enfermería:** anticipación de riesgos, coordinación interdisciplinar, apoyo a la familia.



Conclusiones

La intervención enfermera es esencial en el abordaje anestésico del niño con Síndrome de Prader-Willi. Además, es necesario protocolizar cuidados específicos. La formación especializada mejora los resultados clínicos y la calidad asistencial.

Resumen: *Este estudio hace referencia a los cuidados relacionados con la anestesia en pacientes pediátricos con el síndrome de Prader-Willi, destacando el papel de la enfermería en la preparación, monitorización y recuperación perioperatoria. Se analizan los riesgos específicos: la hipotonía, la hipoventilación y las alteraciones endocrinas, así como intervenciones enfermeras centradas en la seguridad, comunicación y apoyo familiar. El trabajo destaca la importancia de una planificación individualizada y de la formación especializada para enfermería y así minimizar complicaciones anestésicas en estos pacientes.*

Palabras Clave: *Anestesia Pediátrica - Enfermería Pediátrica - Síndrome de Prader-Willi*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El síndrome de Prader-Willi es una enfermedad genética de baja prevalencia originada por la pérdida del cromosoma quince de origen paterno. En la fase pediátrica, se caracteriza por hipotonía neonatal, dificultades en la alimentación, retraso en el desarrollo motor y cognitivo, hiperfagia progresiva, obesidad, alteraciones endocrinas y disfunciones respiratorias. Estas características condicionan de forma significativa la seguridad anestésica y complican el manejo perioperatorio. Es por ello, que el proceso quirúrgico en estos pacientes requiere una preparación rigurosa y un abordaje interdisciplinar y una vigilancia clínica intensiva. En este contexto, la enfermería desempeña un papel esencial, tanto en la valoración y planificación de cuidados como en la prevención de eventos adversos y el acompañamiento familiar. Dado que el conocimiento sobre el abordaje anestésico en pacientes pediátricos con esta patología es limitado, sobre todo desde la perspectiva enfermera, se hace necesaria una revisión actualizada de este tema.

Objetivos:

Identificar y analizar las recomendaciones enfermeras en el proceso anestésico del paciente pediátrico con síndrome de Prader-Willi, a partir de una revisión bibliográfica narrativa. Como objetivos secundarios se propone describir los principales factores de riesgo anestésico en esta población y organizar los cuidados enfermeros en función de las fases del proceso perioperatorio.

Material y Métodos:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliografía utilizando las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane, cuiden y Scopus. Se incluyeron estudios originales, revisiones y documentos de consenso en español e inglés, con acceso a texto completo, que abordasen el manejo anestésico del paciente pediátrico con síndrome de Prader-Willi desde una perspectiva clínica o enfermera de los últimos 5 años. Se utilizaron como descriptores: “Síndrome de Prader-Willi”, “Anestesia pediátrica”, “Cuidados de Enfermería Pediátrica” y “Cuidado Perioperatorio”. Se excluyeron estudios realizados con población adulta o que no contemplaran la dimensión asistencial de enfermería. El proceso de búsqueda fue una lectura crítica y la síntesis se realizó de forma estructurada, con el objetivo de extraer las principales recomendaciones prácticas

Resultados:

Los estudios analizados muestran cómo los pacientes pediátricos con síndrome de Prader-Willi presentan una serie de factores que aumentan el riesgo de complicaciones anestésicas, entre ellos la hipotonía generalizada, la obesidad mórbida, la insuficiencia respiratoria restrictiva, la hipoventilación central y las alteraciones endocrinas como la insuficiencia suprarrenal o la diabetes. En este aspecto, los cuidados enfermeros deben organizarse en función de tres fases: preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria.

En la fase preoperatoria, la valoración enfermera debe ser exhaustiva, con especial atención a la función respiratoria, el patrón de sueño, el estado nutricional, la adherencia al tratamiento endocrino y la presencia de comorbilidades relevantes. Es fundamental verificar si el paciente está en tratamiento con hidrocortisona u otros corticoides, ya que pueden ser necesarios suplementos antes de la cirugía. Además, se debe realizar una preparación emocional del menor y de su familia, adaptando el lenguaje, utilizando herramientas visuales y promoviendo un entorno de confianza.

Durante la fase intraoperatoria, la enfermería debe colaborar activamente en el posicionamiento seguro del paciente, la monitorización continua y el mantenimiento de la normotermia. Se deben extremar los cuidados durante la inducción anestésica debido al riesgo de colapso respiratorio y sensibilidad aumentada a algunos fármacos. El control del acceso venoso, la vigilancia hemodinámica y la documentación precisa de los tiempos anestésicos forman parte de las competencias enfermeras en este periodo. Asimismo, es esencial anticiparse a posibles eventos adversos, como la dificultad para extubar al paciente o la recuperación retardada del estado de consciencia.

En la fase postoperatoria, los cuidados deben centrarse en la vigilancia estrecha de la función respiratoria, la evaluación del dolor y la detección precoz de alteraciones metabólicas como la hipoglucemia. Los niños con síndrome de Prader-Willi pueden presentar apnea, hipoventilación y disminución del nivel de alerta durante las primeras horas tras la cirugía. La enfermería debe realizar controles frecuentes de saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria y nivel de consciencia, así como medir la glucemia capilar en función de las indicaciones médicas. El manejo del dolor debe combinar técnicas farmacológicas y no farmacológicas. Además, es necesario ofrecer acompañamiento emocional y educación a la familia para mejorar la recuperación y el regreso al entorno habitual.

Conclusiones:

El paciente pediátrico con síndrome de Prader-Willi requiere un abordaje anestésico especializado que contemple sus peculiaridades fisiopatológicas, su vulnerabilidad metabólica y su perfil conductual. Por ello, la enfermera desempeña papel importante en la seguridad, la calidad asistencial y la humanización del proceso quirúrgico. La planificación individualizada de cuidados, la vigilancia continua y la colaboración interdisciplinar son pilares esenciales de la práctica enfermera. Además de una necesaria formación específica del personal de enfermería en enfermedades raras y cuidados anestésicos pediátricos, así como la elaboración de protocolos adaptados a esta población. La integración de la familia y la anticipación a los riesgos permiten mejorar los resultados clínicos y favorecer una experiencia quirúrgica más segura y positiva para el menor.

Bibliografía

1. Lezcano, A. E., Tovar, M. G., Fuertes, P. G., Fernández, M. M., Pérez-Hiraldo, M. P. C., & Núñez, E. A. (2023). Caso clínico síndrome de Prader Willi. Revista Sanitaria de Investigación, 4(3), 146.

2.Sánchez, M. A. T., Sánchez, F. A. T., Avecillas, V. A. Q., Hurtado, P. R. C., & Bardellini, A. R. Z. (2024). Síndrome de Prader-Willi. Reporte de un Caso. Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano, 5(4), 1381-1396

3. Ferrero NA, Bortsov AV, Arora H, et al. Simulator training enhances resident performance in transesophageal echocardiography. Anesthesiology. 2014;120(1):149-159.

4. Heller, J., Maher, C., Williams, K., Fraser, S., & Howe, T. (2020). Improving muscle strength in young people with Prader-Willi syndrome: A phase II randomised trial (ACTRN12620000416998). WHO International Clinical Trials Registry Platform. https://trialsearch.who.int/Trial2.aspx?TrialID =ACTRN12620000416998

5. Goldstone, AP, Holland, AJ, Hauffa, BP, Hokken-Koelega, AC, Tauber, M. y ponentes participantes en la Segunda Reunión de Expertos sobre Atención Integral a Pacientes con SPW (2008). Recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento del síndrome de Prader-Willi. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism , 93 (11), 4183-4197

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 27

Cuidados de Enfermería en el Dolor del Miembro Fantasma: Enfoque Integral Tras la Amputación

Danci Danci, Adriana
Castaño Sánchez Carrasco, Elisa
Delgado Laguna, Santiago
Díaz Pellejero, María Isabel
Domínguez González, Carmen
Estampa Ariza, Lucía

Facultad de Enfermería Ciudad Real
Universidad de Castilla-La Mancha

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DOLOR DEL MIEMBRO FANTASMA: ENFOQUE INTEGRAL TRAS LA AMPUTACIÓN

SATSE
sescam Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
Sindicato de Enfermería

Elisa Castaño Sánchez Carrasco, Adriana Danci Danci, Santiago Delgado Laguna, María Isabel Díaz Pellejero, Carmen Domínguez González, Lucía Estampa Ariza.

INTRODUCCIÓN

El **síndrome de miembro fantasma (SMF)** es una condición compleja que afecta a personas tras una amputación, manifestándose como la percepción de sensaciones en el miembro ausente. Estas experiencias, que pueden incluir calambres, pinchazos, quemazón o sensación de presión, impactan negativamente en la calidad de vida del paciente (CV).

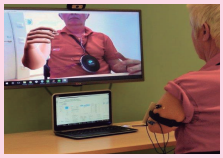
OBJETIVOS

- Describir intervenciones enfermeras para el abordaje del SMF.
- Fomentar el uso de terapias complementarias como estrategia integradora del tratamiento.

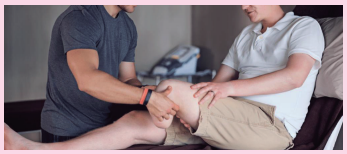
MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio basado en revisión bibliográfica de artículos, guías y documentos clínicos relacionados con pacientes postamputación.

Se evaluaron: Herramientas de diagnóstico, cuidados enfermeros y resultados funcionales.



Fuente: https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-realidad-aumentada-tratar-dolor-miembro-fantasma-20161202065947.html



Fuente: https://medicinadeldolor.es/miembro-fantasma-dolor-miembro-ya-no-esta/

"Siento que todavía sigue allí"

RESULTADOS

📌 Impacto físico y emocional del SMF

- Dolor persistente que interfiere con el sueño y el uso de la prótesis.
- Riesgo elevado de ansiedad, depresión y aislamiento.

📌 Cuidados enfermeros integrales

- *Físicos:* higiene del muñón, vendajes compresivos, ejercicios de propiocepción, corrección postural.
- *Psicoeducativos:* apoyo en el duelo, refuerzo de la autoestima y educación sanitaria.
- *Comunitarios:* seguimiento domiciliario, continuidad de cuidados y prevención de complicaciones.

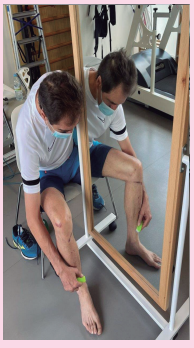
📌 Intervenciones terapéuticas eficaces

- *Farmacológicas*: antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivos (gabapentina), analgésicos locales y orales.
- *No farmacológicas:*
  - **Terapia espejo** → reorganización sensorial y reducción del dolor.
  - **Imaginería motora y ejercicios** → mejora del control neuromuscular.
  - **Masaje y vendajes** → moldeado del muñón y mejor vascularización.
  - **Educación postural** → prevención de contracturas y adaptación protésica.
  - **Comunicación terapéutica** → acompañamiento emocional y empoderamiento.

📌 Resultados clínicos observados

✓ Disminución del dolor fantasma.
✓ Mayor adherencia a la rehabilitación.
✓ Mejor uso de la prótesis y funcionalidad.
✓ Reducción de síntomas psicológicos.
✓ Fortalecimiento del autocuidado y de la autonomía.

Fuente: https://www.fairviewrehab.com/nursing-care/care-after-amputation/



Fuente: https://www.cironrehabilitacion.com/noticias/dolor-de-miembro-fantsma

CONCLUSIONES

Las **intervenciones basadas en evidencia** *mejoran* el control del dolor, la adaptación funcional y la calidad de vida del paciente amputado, siendo el rol enfermero esencial en el abordaje integral.

READ MORE

SCAN ME

Resumen: *El síndrome de miembro fantasma afecta a la mayoría de las personas amputadas, generando sensaciones dolorosas que impactan negativamente en su calidad de vida. Esta revisión identifica intervenciones enfermeras eficaces para su abordaje, incluyendo cuidados físicos, apoyo emocional y terapias no farmacológicas como la terapia espejo o la imaginería motora. La enfermería desempeña un papel clave en la valoración, prevención de complicaciones y acompañamiento del paciente. Un cuidado integral y basado en la evidencia mejora la adaptación funcional y emocional, favoreciendo el autocuidado y la recuperación.*

Palabras Clave: *Amputación - Calidad de vida - Atención de Enfermería*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El síndrome de miembro fantasma (SMF) es una condición compleja que afecta a personas tras una amputación, manifestándose como la percepción de sensaciones a menudo dolorosa en el miembro ausente. Estas experiencias, que pueden incluir calambres, pinchazos, quemazón o sensación de presión, impactan negativamente en la calidad de vida (CV) del paciente, interfiriendo con el descanso, la movilidad y la adaptación funcional a la nueva condición física (1).

El fenómeno del SMF está estrechamente vinculado a procesos neurosensoriales y emocionales, como la reorganización cortical, la memoria del dolor o la hipersensibilidad del muñón (1,2).

En este contexto, el abordaje del SMF requiere un enfoque interdisciplinar, donde el papel de la enfermería es clave tanto en el acompañamiento físico y emocional, como en la implementación de intervenciones terapéuticas personalizadas.

Objetivos:

GENERAL:

ANALIZAR EL ABORDAJE INTEGRAL DEL SMF DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA, CON EL FIN DE IDENTIFICAR ESTRATEGIAS EFICACES QUE MEJOREN LA CV DE LOS PACIENTES AMPUTADOS.

ESPECÍFICOS:

• Describir intervenciones enfermeras para el abordaje del SMF.

• Fomentar el uso de terapias complementarias no farmacológicas como estrategia integradora del tratamiento.

Material y Métodos:

• Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica. Se seleccionaron relevantes, incluyendo artículos científicos, guías clínicas y documentos de instituciones sanitarias españolas.

Se valoraron los siguientes aspectos:

• Herramientas de medición del dolor, como la Escala Visual Analógica (VAS), la Escala Numérica del Dolor (NRS) y el cuestionario S-LANSS, para el diagnóstico diferencial de dolor neuropático (1).

• Cuidados físicos y emocionales proporcionados por el personal de enfermería en unidades hospitalarias y atención comunitaria (3,4).

• Estrategias terapéuticas farmacológicas (antidepresivos, anticonvulsivos, anestésicos locales) y no farmacológicas (terapia espejo, ejercicios de imaginería motora, vendajes compresivos) (1,5).

• Resultados funcionales, como la reducción del dolor percibido, la mejor adaptación a la prótesis y el fortalecimiento del autocuidado del paciente (1).

Resultados:

El análisis de la bibliografía revisada ha permitido identificar múltiples factores fisiopatológicos, estrategias de cuidado e intervenciones clínicas relevantes en el abordaje del SMF, con un enfoque centrado en el rol de la enfermería y la mejora de la CV del paciente amputado.

1. Características del SMF y su impacto en la CV

El SMF aparece con frecuencia tras la amputación, con sensaciones dolorosas como calambres o quemazón en el miembro ausente. Estas alteraciones afectan el descanso, la movilidad y el estado emocional, deteriorando la CV (1). El duelo por la pérdida puede provocar ansiedad, depresión o aislamiento si no se acompaña de una atención empática y continuada (2).

2. Cuidados enfermeros: abordaje físico, funcional y emocional

La literatura destaca el papel central de la enfermería en el abordaje integral del paciente amputado. Los cuidados físicos incluyen la educación sobre higiene del muñón, vendajes compresivos, ejercicios, corrección postural y acompañamiento en la adaptación a la prótesis (1,3,5). Las guías insisten en evitar posturas de riesgo y en realizar ejercicios específicos para prevenir complicaciones musculoesqueléticas (5).

También son clave los cuidados emocionales y psicoeducativos para facilitar la aceptación, gestionar el duelo y fomentar la autonomía desde el postoperatorio temprano (2,4). La enfermería comunitaria refuerza este proceso mediante el seguimiento, la continuidad asistencial y la promoción del autocuidado (4).

3. Intervenciones terapéuticas eficaces

La revisión identificó como eficaces las siguientes intervenciones para el manejo del dolor fantasma y la mejora funcional:

Intervenciones farmacológicas: El tratamiento médico puede incluir antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivos como la gabapentina, anestésicos locales y, en algunos casos seleccionados, opioides (1).

Intervenciones no farmacológicas de aplicación enfermera:

• Terapia espejo: técnica efectiva que contribuye a la reorganización cortical y a la disminución del dolor, mediante la visualización del miembro sano como reflejo del amputado (1).

• Imaginería motora y ejercicios de propiocepción: promueven la activación neuromuscular, mejoran el control del muñón y favorecen una integración funcional precoz, contribuyendo a la rehabilitación activa del paciente (1,3).

• Masaje del muñón y vendaje compresivo: recomendados en fases iniciales, ayudan a reducir el edema, moldear el muñón para facilitar la colocación de la prótesis y mejorar la circulación local (3).

• Educación postural estructurada: dirigida a prevenir contracturas musculares y favorecer el correcto alineamiento corporal, clave para una marcha funcional con prótesis (5).

• Apoyo emocional y comunicación terapéutica: basados en la escucha activa, el respeto al ritmo de adaptación del paciente y la promoción de su autoestima, estos cuidados refuerzan la seguridad emocional durante el proceso de duelo y recuperación (2,4).

4. Resultados observados en la práctica clínica

Los estudios revisados muestran que una atención enfermera estructurada y centrada en el paciente tiene efectos positivos en múltiples áreas:

• Disminución en la **intensidad y frecuencia del dolor fantasma** (1).

• **Mejor adherencia al tratamiento rehabilitador** y a la utilización de la prótesis (3).

• Incremento de la **capacidad funcional y autonomía en actividades básicas** (4).

• Reducción de **síntomas psicológicos asociados al duelo y a la amputación**, como ansiedad o depresión (2).

• Refuerzo del **autocuidado y empoderamiento del paciente**, especialmente cuando se facilita la educación sanitaria desde el ingreso y en el entorno domiciliario (4,5).

Conclusiones:

El SMF requiere una atención integral y centrada en la persona. La enfermería tiene un rol clave en la valoración, prevención de complicaciones, educación y apoyo emocional. La combinación de intervenciones basadas en la evidencia mejora la CV, y un cuidado enfermero competente y empático facilita la adaptación funcional y emocional del paciente.

Bibliografía

1. Pérez-Cañamares García M, Torres-Ruiz JM. Cuidados de enfermería en pacientes con síndrome de miembro fantasma: revisión sistemática [Internet]. Rev San Investig. 2023 [citado 16 de junio de 2025]; Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-sindrome-de-miembro-fantasma-revision-sistematica/

2. Agulló-Tomás J, López-Defez J, Martínez-Cantos C. El duelo por la pérdida de un miembro: consecuencias psicológicas tras una amputación. Rev Psicol Salud. 2023;13(1):57–70. Disponible en: https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/857

3. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Guía de ejercicios para el paciente con amputación de extremidad inferior. Madrid: Servicio de Rehabilitación, Unidad de Fisioterapia; 2023. Versión 1.

4. Tormo-López M. Atención integral al paciente con amputación: revisión y propuesta de intervención enfermera. Enfermería Integrada. 2023;(108):57-63. Disponible en: https://www.enfervalencia.org/ei/108/ENF-INTEG-108.pdf

5. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Normas posturales para el paciente amputado [Internet]. Madrid: FJD; [citado 16 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.fjd.es/es/cartera-servicios/rehabilitacion/unidades/medicina-fisica-ortoprotesica-paciente-amputado/consejos.ficheros/21479-Normas%20posturales%20paciente%20amputado.pdf

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 28

Cuidados de enfermería en el paciente con shock obstructivo.

Buitrago Campos, Beatriz
Manzanares Cepeda, Beatriz
Montaño Herrera, Liliana Patricia
Montes Mansilla, Marta
Velázquez Peña, Manuel Jesús
Martínez Olmedo, Celia

Cuidados de enfermería en el paciente con shock obstructivo.

INTRODUCCIÓN

El shock es un fallo en la circulación y la disminución de la perfusión, que derivan en la disminución del gasto cardíaco y una disfunción de la oxigenación; produciendo hipoxia celular y fallo multiorgánico.

Está provocado por una obstrucción en los grandes vasos o en el propio corazón, pudiendo ser una obstrucción sistémica o pulmonar.

OBJETIVOS

- Definir el shock obstructivo.
- Conocer los diferentes tipos de shock obstructivo.
- Describir los síntomas y cuidados de enfermería necesarios ante dichas situaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos y páginas webs de investigación, como Google Académico y la revista sanitaria de investigación.

- Palabras clave: shock, tromboembolismo pulmonar, cardiac taponade.
- Operador booleano: AND.
- Criterios de inclusión: artículos en inglés o español y acceso al texto completo.
- Criterios de exclusión: artículos con una antigüedad mayor de 5 años y artículos centrados solo en procedimientos concretos.
- Se realizó una lectura y selección de los artículos más acordes a este estudio.
- Se llevo a acabo un análisis y agrupación de los datos más relevantes para la realización de estudio.

RESULTADOS

El shock obstructivo es un fallo circulatorio producido por una afección extra cardíaca.

<u>Causas:</u>

- El TEP se produce por la presencia de un trombo que obstruye la arteria pulmonar.

- El neumotórax a tensión se produce cuando el aire queda atrapado en el espacio pleural, aumentando la presión y produciendo colapso pulmonar.

- El taponamiento cardíaco es la acumulación de líquido en el saco pericárdico, comprimiendo el corazón e impidiendo su correcto funcionamiento.

<u>Diagnóstico:</u>

- Monitorizar al paciente, realizar una medición de parámetros analíticos y un ECG.
- Pruebas de imagen: Rx, el eco-Doppler, la ecografía, el ecocardiograma y la tomografía computerizada (TAC).

<u>Tratamiento:</u>

- TEP: terapia con anticoagulantes y antiagregantes, fibrinolisis sistémica y trombectomía.
- Neumotórax a tensión: colocación de tubo torácico para drenar el espacio pleural y descomprimir.
- Taponamiento cardíaco: eliminar el líquido pericárdico para aliviar la presión del corazón. Se suele hacer mediante pericardiocentesis.

<u>Cuidados de enfermería</u>

- Monitorización.
- O_2.
- Enseñanza y manejo de la respiración efectiva.
- Vía aérea permeable.
- Manejo de la ventilación mecánica en intubados y aspiración de secreciones.
- Balance hídrico: control de diuresis, colocación y cuidados del sondaje vesical.
- Analíticas y gasometrías; y canalización y cuidados de accesos venosos y arteriales.
- Evaluación y manejo del dolor.
- Medicación y fluidoterapia, si fuera necesario.
- Vigilancia de drenajes si los tuviera.
- Colocación del paciente.

CONCLUSIÓN

El shock precisa de una intervención rápida, puesto que la obstrucción del flujo sanguíneo puede deteriorar rápidamente al paciente y poner en peligro su vida.

El papel del equipo sanitario, incluyendo enfermería, es fundamental para diagnosticar, tratar, estabilizar y vigilar al paciente y, así, garantizar una buena atención y una mejor recuperación.

<u>AUTORES:</u> Buitrago Campos, Beatriz. Manzanares Cepeda, Beatriz. Montaño Herrera, Liliana Patricia. Montes Mansilla, Marta. Velázquez Peña, Manuel Jesús. Martínez Olmedo, Celia.

SATSE

Resumen: *El shock obstructivo es un fallo en la circulación producido por una obstrucción a nivel sistémico o pulmonar. Las afecciones más frecuentes son el tromboembolismo pulmonar, el neumotórax a tensión y el taponamiento cardíaco. El tratamiento irá encaminado a reestablecer la función cardiovascular y estabilizar las funciones vitales. El papel de enfermería es fundamental para la vigilancia y reconocimiento de los signos y síntomas del shock para poder llevar las intervenciones y cuidados necesarios para evitar complicaciones mayores y reducir la morbimortalidad del paciente.*

Palabras Clave: *Shock - Tromboembolismo pulmonar - Cardiac taponade.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El shock es un fallo en la circulación y disminución de la perfusión, que derivan en la disminución del gasto cardíaco y una disfunción de la oxigenación; produciendo hipoxia celular y fallo multiorgánico. Se considera una emergencia médica, que puede ser reversible si se detecta de manera adecuada y rápida.

Existen cuatro tipos de shock según su etiología: shock hipovolémico, distributivo, cardiogénico y obstructivo. En este trabajo nos hemos querido centrar en el shock obstructivo.

El shock obstructivo está provocado por una obstrucción en los grandes vasos o en el propio corazón, pudiendo ser una obstrucción sistémica o pulmonar. Este tipo de shock puede estar originado principalmente por tres causas: tromboembolismo pulmonar (TEP), neumotórax a tensión y taponamiento cardíaco.

Objetivos:

- Definir el shock obstructivo.

- Conocer los diferentes tipos de shock obstructivo.

- Describir los síntomas y cuidados de enfermería necesarios ante dichas situaciones.

Material y Métodos:

Se realiza una revisión bibliográfica para sintetizar la evidencia científica disponible en diferentes bases de datos y páginas webs de investigación, como Google Académico y la revista sanitaria de investigación. Se introdujeron varias palabras clave: shock, tromboembolismo pulmonar y cardiac taponade; y se utilizó el operador booleano AND.

Para los criterios de búsqueda se incluyeron artículos escritos tanto en inglés como en español. También se tuvo en cuenta el acceso al texto completo.

Se excluyeron artículos que tuvieran una antigüedad mayor de 5 años y aquellos que solo se centraban en procedimientos muy concretos o que abordaran más los otros tipos de shock.

A partir de los datos extraídos se realizó una lectura, y selección de los artículos más acordes con el objetivo del estudio. Después se llevó a cabo un análisis y agrupación de los datos más relevantes para la realización del estudio.

Resultados:

• El shock obstructivo es un fallo circulatorio producido por una afección extracardíaca. Como ya se ha expresado anteriormente, existen tres causas principales que llevan al paciente a una situación de shock obstructivo:

- El TEP se produce por la presencia de un trombo que obstruye la arteria pulmonar, cuyo origen suele venir de las extremidades inferiores.

- El neumotórax a tensión se produce cuando el aire queda atrapado en el espacio pleural, aumentando la presión y produciendo colapso pulmonar. También puede comprimir los grandes vasos y provocar insuficiencia y shock.

- El taponamiento cardíaco es la acumulación de líquido en el saco pericárdico, comprimiendo el corazón e impidiendo su correcto funcionamiento.

• Al inicio, el cuerpo realizará medidas compensatorias por lo que los síntomas más destacados serán: hipertensión y taquicardia, frialdad en extremidades, oliguria, dolor torácico, inquietud y agitación; según va avanzando los síntomas derivaran en: bradicardia e hipotensión, palpitaciones, palidez, disminución del nivel de conciencia, coma e incluso parada cardiorrespiratoria. Existen también síntomas específicos en cada tipo de shock obstructivo:

- El TEP suele cursar con disnea, taquicardia, dolor torácico, fallo cardiaco, sibilancias, tos y edema en miembros inferiores.

- En el neumotórax a tensión presenta aumento del tamaño del hemitórax afectado, enfisema subcutáneo, desviación de la tráquea, desaturación y alteraciones cardíacas.

- En el taponamiento cardíaco podemos encontrar la triada de Beck (hipotensión, ingurgitación yugular y ruidos cardíacos apagados). También aparece taquicardia, taquipnea y pulso paradójico.

• Para el diagnóstico del paciente con shock se debe monitorizar al paciente, realizar una medición de parámetros analíticos y un ECG. Como pruebas de imagen destacan la radiografía, el eco-Doppler, la ecografía, el ecocardiograma y la tomografía computerizada (TAC).

• Es importante iniciar de forma rápida el tratamiento para reestablecer la función cardiovascular y estabilidad las funciones vitales. El tratamiento ira encaminado a tratar la causa específica del shock:

- Existen varias líneas de tratamiento para el TEP: terapia con anticoagulantes y antiagregantes, fibrinolisis sistémica y trombectomía.

- El neumotórax a tensión precisa de la colocación de tubo torácico para drenar el espacio pleural y conseguir una óptima descompresión.

- En el taponamiento cardíaco se busca eliminar el líquido pericárdico para aliviar la presión del corazón y se suele hacer mediante una técnica llamada pericardiocentesis.

• Los cuidados de enfermería son esenciales tanto para reconocer signos y síntomas como para administrar tratamientos y realizar los cuidados necesarios que precise el paciente en cada situación. Los cuidados más relevantes son:

- Monitorización y vigilancia de signos vitales, incluyendo el ECG y la temperatura.

- Oxigenoterapia.

- Enseñanza y manejo de la respiración efectiva.

- Mantenimiento de la vía aérea permeable.

- Manejo de la ventilación mecánica en pacientes intubados y aspiración de secreciones.

- Balance hídrico con especial énfasis en el control de diuresis, incluyendo la colocación y cuidados del sondaje vesical.

- Extracción de analíticas y gasometrías; y canalización y cuidados de accesos venosos y arteriales.

- Evaluación y manejo del dolor.

- Administración de medicación y fluidoterapia, si fuera necesario.

- Vigilancia de drenajes si los tuviera.

- Colocación del paciente.

Conclusiones:

El shock precisa de una intervención rápida, puesto que la obstrucción del flujo sanguíneo puede deteriorar rápidamente al paciente y poner en peligro su vida. El papel del equipo sanitario, incluyendo enfermería, es fundamental para diagnosticar, tratar, estabilizar y vigilar al paciente de forma adecuada y, así, garantizar una buena atención y una mejor recuperación.

Bibliografía

1. Estévez Muguercia R, Durán Rodríguez R, Orama Requejo V, Delgado Romero Y, Estévez Matos R. Diagnóstico y tratamiento del paciente con shock. ECIMED [Internet]. 2021 [citado el 19 de abril de 2025]; 20 (2): e838. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2021/cie212f.pdf

2. Khorsand S, Helou MF, Satyapriya V, Kopanczyk R, Khanna AK. Not all shock states are created equal: A review of the diagnosis and management of septic, hypovolemic, cardiogenic, obstructive, and distributive shock. Anesthesiology Clin [Internet]. 2023 Mar [citado el 19 de abril de 2025]; 41 (1): 1-25. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36871993/

3. Blumlein D, Griffiths I. Shock: aetiology, pathophysiology and management. British Journal of Nursing [Internet]. 2022 [citado el 19 de abril de 2025]; 31 (8): 422-428. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35439071/

4. Stashko E, Meer JM, Danitsch D. Cardiac tamponade (Nursing). StatPearls Publishing [Internet]. 2024 [citado el 19 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568727/

5. Proceso de atención de enfermería a un paciente con tromboembolismo pulmonar. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2024 [citado el 19 de abril de 2025]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-a-un-paciente-con-tromboembolismo-pulmonar/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 29

Cuidados de enfermería en el paciente crítico con Dispositivo de Asistencia Ventricular Impella®.

Vazquez Rodríguez-Barbero, Inmaculada
Muñoz Camargo, Juan Carlos
García Fernández, María Gema
Carrero Ruiz, Carmen
Rubio Serrano, María Pilar
Padilla Morales, Mónica

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO CON DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR IMPELLA®

Autores: Vázquez Rodríguez-Barbero I, Muñoz Camargo JC, García Fernández MG, Carrero Ruiz C, Rubio Serrano MP, Padilla Morales M.

Unidad de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

INTRODUCCIÓN- OBJETIVO

El Impella® es un **Dispositivo de Asistencia Ventricular (DAV)** utilizado para mantener al paciente cardiaco crítico estable hemodinámicamente en situaciones de insuficiencia cardiaca avanzada y disfunción ventricular severa, aportando un flujo sanguíneo adicional que el enfermo requiere con una duración máxima de inserción de 7 a 10 días.

El DAV **Impella®**, es una bomba centrífuga axial que puede asistir al ventrículo izquierdo (VI), derecho (VD) o ambos. Su funcionamiento se basa en la rotación de una microhélice incorporada en la punta del catéter, la cual se posiciona de forma retrógrada en el VI desde la arteria femoral y a través de la válvula aórtica. El dispositivo consigue aspirar la sangre desde el VI y bombearla de forma continua en la aorta ascendente, consiguiendo un aumento del gasto cardíaco entre 2,5 y 4 l/min.

El **objetivo** planteado es determinar los cuidados de enfermería del paciente crítico con Dispositivo de Asistencia Ventricular, Impella® en una Unidad de Medicina Intensiva.

METODOLOGÍA

Paciente de que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario de Ciudad Real derivado de un Hospital de Tercer Nivel el 8 de mayo del 2024 por **Síncope secundario Estenosis Aórtica Severa y Shock cardiogénico.**

Antecedentes personales:

- No alergias conocidas.
- Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo II de mal control con varios antidiabéticos orales e insulina y dislipemia
- Ex-fumador
- Hipertrofia benigna de próstata.
- Fumador severo hasta hace dos meses.
- Cirugías Previas: Exéresis en abril 2021 de tumoración cadera izquierda compatible con lipoma. Colecistectomia por litiasis en marzo del 2024.

Evolución en UCI:

Paciente que se requiere una Intervención Coronaria Percutánea por el Servicio de Hemodinámica y se le implanta un DAV, Impella® para manejo del shock cardiogénico.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Monitorización hemodinámica: electrocardiograma (ECG), saturación de O2, presión arterial invasiva continua (PAI), Cateterización de Swan-Ganz para manejo de presión venosa central (PVC) y gasto cardíaco (GC).
- Oxigenoterapia: gafas nasales, venturi, reservorio, alto flujo, Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI), Ventilación Mecánica Invasiva (VMI).
- Nutrición y tránsito intestinal adecuados, control de glucemias
- Control de diuresis horaria y balance hídrico diario.
- Mantener la normotermia corporal.
- Cuidados de accesos vasculares.
- Reposo absoluto.
- Aseo, movilizaciones en bloque y prevención de Lesiones Relacionadas con la Dependencia (LRCD).
- Control del dolor.
- Administrar la medicación pautada, entre ella, drogas vaso-activas: noradrenalina y dobutamina.
- Vigilar signos de sangrado y/o isquemia
- Controles analíticos.
- Vigilar posicionamiento del catéter.
- Registro por turno de centímetros del catéter introducidos, potencia "P", flujo aportado, modificaciones de parámetros. Revisión de curvas y posicionamiento.
- Registro de cuidados específicos del paciente crítico.
- Cuidados asociado a la limitación del esfuerzo terapéutico con acompañamiento familiar.
- Exitus 17 de mayo 2024.

Consola del DAV Impella® Fuente propia

Catéter femoral. Fuente propia

DISCURSIÓN-CONCLUSIÓN

Los **cuidados de enfermería** que requiere el Dispositivo de Asistencia Ventricular **Impella®**, van encaminadas a profesionales formados y con experiencia en su funcionamiento, componentes, la medicación requerida, el manejo de la consola y cuidados enfermeros específicos del paciente cardiaco crítico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez I, Fernández D, Baro ME, Sánchez V, Fernández S, Fernández JA. Dispositivo Impella®: intervenciones de enfermería para su implante y manejo. Teys Tiempos de Enfermería y Salud. 1er semestre 2022;4(12):58-63.
2. Soler M, Ruiz C, Martínez S. Abordaje enfermero del paciente portador de un dispositivo de asistencia ventricular percutáneo y complicaciones vasculares asociadas. Publicación Científica ASoc. Española en Enfermería en Cardiol. 2022; Año XXIX(87):39-44.
3. Seoane NM, Gómez M, Rodríguez D, Blanco MB, García M. Caso clínico: Canalización axilar en asistencia ventricular Impella CP®. Enfermería en Cardiología. 2021; Año XXVIII (83):28-32.
4. Rovira I, Abellán E, Radaidan M, Rodríguez J. Caso clínico: plan de cuidados de enfermería en un paciente sometido a cateterismo cardiaco de alto riesgo con soporte ventricular Impella®. Enfermería en Cardiología. 2021; Año XXVIII (82):52-7.

Resumen: *El Impella® es un Dispositivo de Asistencia Ventricular (DAV) mantiene al paciente cardiaco crítico estable hemodinámicamente*

Determinar los cuidados de enfermería del paciente crítico con Dispositivo de Asistencia Ventricular, Impella®.

Paciente que ingresa en una Unidad de Cuidados Intensivo el 8 de mayo del 2024 por Síncope secundario Estenosis Aórtica Severa y Shock cardiogénico, que requiere la implantación de un DAV.

Los cuidados de enfermería que requiere el Dispositivo de Asistencia Ventricular Impella®, van encaminadas a profesionales formados y con experiencia en su funcionamiento, componentes, la medicación requerida, el manejo de la consola y cuidados enfermeros del paciente cardiaco crítico.

Palabras Clave: *Dispositivo de asistencia ventricular. - Cuidados de enfermería. - Shock cardiogénico.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Impella® es un Dispositivo de Asistencia Ventricular (DAV) utilizado para mantener al paciente cardiaco crítico estable hemodinámicamente en situaciones de insuficiencia cardiaca avanzada y disfunción ventricular severa, aportando un flujo sanguíneo adicional que el enfermo requiere con una duración máxima de inserción de 7 a 10 días.

El DAV Impella®, es una bomba centrífuga axial que puede asistir al ventrículo izquierdo (VI), derecho (VD) o ambos. Su funcionamiento se basa en la rotación de una microhélice incorporada en la punta del catéter, la cual se posiciona de forma retrógrada en el VI desde la arteria femoral y a través de la válvula aórtica. El dispositivo consigue aspirar la sangre desde el VI y bombearla de forma continua en la aorta ascendente, consiguiendo un aumento del gasto cardíaco entre 2,5 y 4 l/min.

Objetivos:

Determinar los cuidados de enfermería del paciente crítico con Dispositivo de Asistencia Ventricular, Impella® en una Unidad de Medicina Intensiva.

Observación Clínica:

Paciente de que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario de Ciudad Real derivado de un Hospital de Tercer Nivel el 8 de mayo del 2024 por Síncope secundario Estenosis Aórtica Severa y Shock cardiogénico.

Antecedentes personales:

- No alergias a medicamentos conocida (NAMC).

- Hipertensión arterial (HTA), Diabetes mellitus (DM) tipo II de mal control con varios antidiabéticos orales e insulina y dislipemia

- Ex-fumador

- Hipertrofia benigna de próstata (HBP).

- Fumador severo hasta hace dos meses.

- Cirugías Previas: Exéresis en abril 2021 de tumoración cadera izquierda compatible con lipoma. Colecistectomia por litiasis en marzo del 2024.

Evolución en UCI:

Paciente que se requiere una Intervención Coronaria Percutánea por el Servicio de Hemodinámica y se le implanta un DAV, Impella® para manejo del shock cardiogénico.

Plan de cuidados de enfermería:

• Monitorización hemodinámica: electrocardiograma (ECG), saturación de O2, presión arterial invasiva continua (PA), Cateterización de Swan-Ganz para manejo de presión venosa central (PVC) y gasto cardíaco (GC).

• Oxigenoterapia: gafas nasales, mascarilla venturi, mascarilla con reservorio, oxígeno de alto flujo, Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) a Ventilación Mecánica Invasiva (VMI).

• Nutrición y tránsito intestinal adecuados, control de glucemias

• Control de diuresis horaria y balance hídrico diario.

• Mantener la normotermia corporal.

• Cuidados de accesos vasculares.

• Reposo absoluto.

• Aseo, movilizaciones en bloque y prevención de Lesiones Relacionadas Con La Dependencia (LRCD).

• Control del dolor.

• Administrar la medicación pautada, entre ella, drogas vasoactivas: noradrenalina y dobutamina.

• Vigilar signos de sangrado y/o isquemia

• Controles analíticos.

• Vigilar posicionamiento del catéter.

• Registro por turno de centímetros del catéter introducidos, potencia “P”, flujo aportado, modificaciones de parámetros. Revisión de curvas y posicionamiento.

• Registro de cuidados específicos del paciente crítico.

• Cuidados asociados a la limitación del esfuerzo terapéutico con acompañamiento familiar.

• Exitus 17 de mayo 2024.

Discusión y Conclusión:

Los cuidados de enfermería que requiere el Dispositivo de Asistencia Ventricular Impella®, van encaminadas a profesionales formados y con experiencia en su funcionamiento, componentes, la medicación requerida, el manejo de la consola y cuidados enfermeros específicos del paciente cardiaco crítico.

Bibliografía

1. Vázquez l, Fernández D, Baro ME, Sánchez V, Fernández S, Fernández JA. Dispositivo Impella®: intervenciones de enfermería para su implante y manejo. Teys Tiempos de Enfermería y Salud. 1er semestre 2022;4(12):58-63.

2. Soler M, Ruiz C, Martínez S. Abordaje enfermero del paciente portador de un dispositivo de asistencia ventricular percutáneo y complicaciones vasculares asociadas. Publicación Científica ASoc. Española en Enfermería en Cardiol. 2022; Año XXIX(87):39-44.

3. Seoane NM, Gómez M, Rodríguez D, Blanco MB, García M. Caso clínico: Canalización axilar en asistencia ventricular Impella CP®. Enfermería en Cardiología. 2021; Año XXVIII (83):28-32.

4. Rovira I, Abellán E, Radaidan M, Rodríguez J. Caso clínico: plan de cuidados de enfermería en un paciente sometido a cateterismo cardiaco de alto riesgo con soporte ventricular Impella®. Enfermería en Cardiología. 2021; Año XXVIII (82):52-7.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 30

Cuidados de Enfermería en el Tratamiento con mitomicina en pacientes sometidos a Resección Transretral

Alañón Barba, Marina
Alañón Barba, María Del Pilar
López Jiménez, Marcos

XVI CONGRESO DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA:INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO CON MITOMICINA EN PACIENTES SOMETIDOS A RESECCION TRANSRETRAL

Alañón Barba, Marina; Alañón Barba, Pilar; López Jiménez, Marcos

INTRODUCCIÓN

Uno de los tratamientos más eficaces para tratar el cáncer vesical , enfermedad con alta prevalencia y con más recidivas (hasta un 70%) es la RESECCIÓN TRANSURETRAL (RTU) con tumores vesicales no músculo-invasivos

La **Mitomicina C** es un agente alquilante con potente acción antitumoral que, administradose directamente en la vejiga en el postoperatorio inmediato, actúa eliminando células tumorales residuales y previniendo la implantación de nuevas células malignas

Una sola dosis intravesical de dicho fármaco en las primeras 24 horas tras la RTU disminuye considerablemente las recidivas, sobre todo en pacientes con tumores en los primeros estadios

OBJETIVOS

- Destacar el papel de la enfermería en el postoperatorio inmediato de una RTU
- Identificar los principales cuidados de enfermería tras la administración de Mtomicina

METODOLOGÍA

- **PALABRAS CLAVE: ``RESECCIÓN TRANSURETRAL´´, ``MITOMICINA´´ y ``ENFERMERÍA´´**
- **Bases de datos: SCIELO y Google Académico**

RESULTADOS

Seguridad a la Hora de Administrar Mitomicina

Reducir al mínimo el riesgo ante la exposición de enfermería con un correcto uso del fármaco y los equipos de protección individualizada, técnicas de manejo seguro y protocolos para la correcta eliminación de citotóxico

La educación al paciente durante todo el proceso y el uso de guías de enfermería estandarizadas facilita la correcta efectividad del tratamiento y la rápida recuperación del paciente, elevando la calidad asistencial del proceso.

Evitar Efectos Adversos y Signos de Alarma

Continua vigilancia de todo el proceso para evitar efectos adversos en el paciente (disuria, hematuria, irritación, dolor, alergias, extravasación, infección urinaria…)

Papel de la Enfermera

La participación de enfermería activamente en la toma de decisiones, el seguimiento clínico del paciente y la coordinación interdisciplinaria, consolida su papel como pieza fundamental en este tratamiento

CONCLUSIONES

Los cuidados enfermeros en pacientes sometidos a RTU con Mitomicina son fundamentales para asegurar la seguridad del proceso y bienestar del paciente. La administración de la Mitomicina exige una estricta aplicación de bioseguridad y una vigilancia continua para detectar efectos adversos.

Con ello, la educación al paciente sobre el tratamiento, efectos y medidas de autocuidado contribuye a mejorar la adherencia y reducir la ansiedad. La enfermería también es imprescindible en la conexión con el resto del equipo sanitario y en el postoperatorio, asegurando una recuperación adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velázquez-Macías RF, Monroy-Bolaños GE. Eficacia del tratamiento intravesical con mitomicina C en pacientes con carcinoma urotelial superficial de vejiga posterior a resección transuretral de tumor vesical y correlación de los síntomas con la recidiva tumoral. Rev Mex Urol. 2017;77(4):258-264. Disponible en https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-40852017000400258&script=sci_arttext
2. Jalón Monzón A, Fernández Gómez JM, Escaf Bramada S, Álvarez Múgica M, García Rodríguez J, Regadera Sejas FJ. Efecto terapéutico de Mitomicina C en el postoperatorio inmediato de pacientes con tumores vesicales no músculo-invasores de bajo riesgo. Actas Urol Esp. 2008;32(8):811-820. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062008000800008
3. Rodríguez Trigueros S, Rus Mata S. Mitomicina C. Guía de administración y cuidados de enfermería. Investigación y Cuidados. 2010;8(18):6-12. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9407499

Resumen: *La resección transuretral (RTU) de vejiga es el tratamiento estándar para tumores vesicales no músculo-invasivos. Dado que hasta el 70% de los pacientes pueden experimentar recidivas en el primer año postquirúrgico, se administra Mitomicina C intravesical en las primeras 24 horas tras la RTU para eliminar células tumorales residuales y prevenir recidivas. La enfermería desempeña un rol fundamental en la administración segura del citostático, utilizando equipos de protección adecuados, educando del paciente y evitando posibles efectos adversos como disuria, hematuria o irritación vesical. La coordinación interdisciplinaria y la vigilancia continua son fundamentales para optimizar los resultados del tratamiento.*

Palabras Clave: *Resección Transuretral - Mitomicina y Enfermería*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Uno de los tratamientos más eficaces y, por lo tanto, más utilizados a día de hoy para tratar el cáncer vesical, es la resección transuretral de vejiga o también conocida como RTU, tratamiento utilizado para aquellos tumores vesicales no musculo-invasivos y con bajo riesgo.

Este tipo de cáncer tiene una alta prevalencia y posee un alto número de recidivas, hasta un total del 70% de los pacientes pueden volver a desarrollar la enfermedad en el primer año postquirúrgico.

Por ello, se utiliza la Mitomicina C, un agente alquilante con potente acción antitumoral que al administrarse directamente en la vejiga en el postoperatorio inmediato, actúa eliminando las células tumorales residuales y previniendo la implantación de nuevas células malignas que puedan volver a desarrollar el tumor.

Se ha demostrado que una sola dosis intravesical de dicho citostático en las primeras 24 horas tras la RTU disminuye considerablemente las recidivas, sobre todo en pacientes con tumores en los primeros estadios.

Objetivos:

- Destacar el papel de la enfermería en el postoperatorio inmediato de una RTU vesical.
- Identificar los principales cuidados de enfermería tras la administración de Mitomicina.

Material y Métodos:

Para este trabajo se lleva a cabo una revisión bibliográfica a través de una búsqueda exhaustiva sobre el tema elegido, utilizando una serie de palabras clave: **``RESECCIÓN TRANSURETRAL" `` MITOMICINA´´ y ``ENFERMERÍA´´**, unidas mediante los booleanos OR y AND en diferentes bases de datos en internet. Como resultado final se utilizó un total de 3 artículos con el que poder desarrollar este trabajo.

Resultados:

La principal labor que tiene la enfermera en la administración de Mitomicina se da a la hora de

administrarlo de forma segura reduciendo al mínimo el riesgo ante la exposición del citostático por parte de enfermería con un correcto uso del fármaco y los equipos de protección individualizada (como guantes, bata, gafas homologadas…), técnicas de manejo seguro y protocolo para la correcta eliminación de citotóxico sin correr riesgos innecesarios.

La educación al paciente durante todo el proceso y el uso de las guías de enfermería estandarizadas facilita la correcta efectividad del tratamiento y la rápida recuperación del paciente, elevando la calidad asistencial del proceso.

Evitar efectos adversos y signos de alarma mediante la continua vigilancia de todo el proceso para evitar efectos adversos en el paciente (disuria, hematuria, irritación, dolor, alergias, extravasación, infección urinaria…).

Por ello, la participación de enfermería activamente en la toma de decisiones, el seguimiento clínico del paciente y la coordinación interdisciplinaria entre todo el equipo sanitario, consolida su papel como pieza fundamental en este tratamiento.

Conclusión:

Los cuidados enfermeros en pacientes sometidos a RTU con Mitomicina son fundamentales para asegurar la seguridad del proceso y bienestar del paciente. La administración de la Mitomicina exige una estricta aplicación de bioseguridad y una vigilancia continua para detectar efectos adversos.

Con ello, la educación al paciente sobre el tratamiento, efectos y medidas de autocuidado contribuye a mejorar la adherencia y reducir la ansiedad. La enfermería también es imprescindible en la conexión con el resto del equipo sanitario y en el postoperatorio, asegurando una recuperación adecuada.

Bibliografía

1. Velázquez-Macías RF, Monroy-Bolaños GE. Eficacia del tratamiento intravesical con mitomicina C en pacientes con carcinoma urotelial superficial de vejiga posterior a resección transuretral de tumor vesical y correlación de los síntomas con la recidiva tumoral. Rev Mex Urol. 2017;77(4):258-264. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-40852017000400258&script=sci_arttext

2. Jalón Monzón A, Fernández Gómez JM, Escaf Bramada S, Álvarez Múgica M, García Rodríguez J, Regadera Sejas FJ. Efecto terapéutico de Mitomicina C en el postoperatorio inmediato de pacientes con tumores vesicales no músculo-invasores de bajo riesgo. Actas Urol Esp. 2008;32(8):811-820. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062008000800008

3. Rodríguez Trigueros S, Rus Mata S. Mitomicina C. Guía de administración y cuidados de enfermería. Investigación y Cuidados. 2010;8(18):6-12. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9407499

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 31

Cuidados de Enfermería en la Fístula arterio venosa

Rolando Calle, Celia
Redondo Culebras, Laura
Rivera Cortina, Marina
Sobrino Martin, Alba

XVI Congreso de investigación SATSE Ciudad Real

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA FÍSTULA ARTERIO-VENOSA

CELIA ROLANDO CALLE
LAURA REDONDO CULEBRAS
MARINA RIVERA CORTINA
ALBA SOBRINO MARTÍN

1. INTRODUCCIÓN

Los pacientes con insuficiencia renal crónica sufren una pérdida gradual de la **función renal**, perdiendo la capacidad de filtrar y excretar desecho del cuerpo mediante la orina. El tratamiento de esta patología se basa en retrasar el avance del daño renal mediante el control de la causa, pero, si no controlamos la causa, la nefropatía puede avanzar hasta convertirse en una **insuficiencia renal terminal**. Llegados a esta etapa es necesario realizar **filtraciones artificiales** (diálisis) o un trasplante renal.

Un **acceso vascular para hemodiálisis** debe permitir un uso continuado y seguro, proporcionar flujo sanguíneo suficiente y presentar pocas complicaciones, por lo que son necesarios cuidados protocolizados y estandarizados realizados por un equipo profesional y preparado, así como por el propio paciente, para asegurar una diálisis óptima, prolongar su funcionamiento y proporcionar una mejor calidad de vida al paciente.

2. OBJETIVOS

- ✓ **Objetivo general:** Exponer y conocer los cuidados de enfermería adecuados para el correcto funcionamiento de la fístula arterio venosa (FAV)
- ✓ **Objetivo específico:** Diferenciar cuidados de enfermería en cada etapa del tratamiento.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica. Bases de datos: PubMed, Scielo, Medline y Cuiden. Palabras clave: **"Cuidados", "Fístula arterio-venosa" y "Enfermería".**

Se seleccionaron artículos en función de los criterios de elegibilidad, publicados en los últimos 15 años, y en los idiomas ingles y español.

4. RESULTADOS

Para optimizar la supervivencia de la FAV es imprescindible llevar a cabo unos cuidados de enfermería estandarizados en cada **etapa del proceso**:

CUIDADOS POSTOPERATORIOS INMEDIATOS:

- ✓ Comprobar presencia de pulso periférico y palpación de **thrill**.
- ✓ Auscultar **soplo** arteriovenoso al nivel de la anastomosis.
- ✓ Observar las **zonas distales** de la extremidad para descartar signos de isquemia.
- ✓ Vigilar **sangrado**, hematomas y signos de isquemia e infección.
- ✓ Evitar **hipotensión**, ya que puede provocar la parada de la FAV.
- ✓ **Reservar el miembro** de la FAV solamente para el tratamiento de hemodiálisis, evitando punciones y determinaciones de la presión arterial.
- ✓ **Elevación de extremidad** para evitar edema y favorecer retorno venoso.
- ✓ Evitar vendajes y apósitos compresivos, levantar peso, dormir sobre ese brazo, golpes.
- ✓ Retrasar la primera punción de la FAV entre dos y cuatro semanas tras intervención.

CUIDADOS PREVIOS A CADA SESIÓN HEMODIÁLISIS:

- ✓ Comprobar **soplo, latido y thrill**.
- ✓ **Limpieza** con agua y jabón y desinfección de la zona.
- ✓ Evitar punciones en zonas enrojecidas o con signos de infección, hematoma, costra.
- ✓ Punción arterial en zona distal y venosa en zona proximal, con un ángulo de las agujas de aprox 25º.
- ✓ Colocar la punta de la aguja venosa siguiendo el retorno venoso. Deben colocarse a 2,5 cm como mínimo de la anastomosis y 2,5 cm entre las puntas de las agujas.
- ✓ Orientar el **bisel de la aguja hacia arriba**.

CUIDADOS TRAS CADA SESIÓN:

- ✓ Retirar primero la aguja venosa, efectuar la **hemostasia** y después la arterial.
- ✓ Mantener la **compresión manual** como mínimo 10 min.
- ✓ Los apósitos o vendajes adhesivos solo deben colocarse cuando la hemostasia sea completa y no haya hemorragia activa. Nunca aplicar torniquetes.
- ✓ Retirar los apósitos o vendajes a las 24 horas post sesión, Si hay costra, no arrancarla.
- ✓ Lavar la zona con agua y jabón. Mantener una correcta **higiene de la piel**.

5. CONCLUSIÓN

Podemos decir, en lo relacionado con los cuidados de enfermería de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis a través de una fístula arterio-venosa, que unos **cuidados protocolizados, estandarizados e individualizados** por parte de profesionales de enfermería formados, es imprescindible para el correcto funcionamiento de la FAV y para conseguir un óptimo rendimiento de la misma.

Además, hay que destacar la importancia de la **educación para la salud** hacia los pacientes y a sus familias en lo relativo al autocuidado de la FAV. Esto aumenta el tiempo de uso correcto de la misma y por tanto la calidad de vida de nuestros pacientes reduciendo las complicaciones y el número de ingresos hospitalarios.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. M.V. Miranda-Camarero / Dial Traspl. 2010;31(1):12-16
2. Rivera Moreira EA, Franco Fernandez MA, Enriquez Cali OA, Toro Espinoza ME. Cuidados del acceso vascular para hemodiálisis.
3. Delgado Ramírez Aida, Ruiz García Estíbaliz, Latorre López Luis Ignacio, Crespo Montero Rodolfo. Factores que influyen en la supervivencia de la fístula arteriovenosa interna y su relación con la técnica de punción.

Resumen: *La insuficiencia renal crónica es una patología que está actualmente a la orden del día y que produce una pérdida progresiva de la función renal, perdiendo, por tanto, la capacidad de filtrar y excretar desecho del cuerpo mediante la orina. El tratamiento cuando llegamos a una fase terminal se centra en filtraciones artificiales o trasplante renal. Por ello, es tan importante conocer cuáles son los cuidados óptimos para mantener un acceso vascular para hemodiálisis.*

Palabras Clave: *Cuidados - Fístula Arterio Venosa - Enfermería*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los pacientes con insuficiencia renal crónica sufren una pérdida gradual de la **función renal,** perdiendo la capacidad de filtrar y excretar desecho del cuerpo mediante la orina. El tratamiento de esta patología se basa en retrasar el avance del daño renal mediante el control de la causa, pero, si no controlamos la causa, la nefropatía puede avanzar hasta convertirse en una **insuficiencia renal terminal**. Llegados a esta etapa es necesario realizar **filtraciones artificiales** (diálisis) o un trasplante renal.

Un acceso vascular para hemodiálisis debe permitir un uso continuado y seguro, proporcionar flujo sanguíneo suficiente y presentar pocas complicaciones, por lo que son necesarios cuidados protocolizados y estandarizados realizados por un equipo profesional y preparado, así como por el propio paciente, para asegurar una diálisis óptima, prolongar su funcionamiento y proporcionar una mejor calidad de vida al paciente.

Objetivos:

- **Objetivo general:** Exponer y conocer los cuidados de enfermería adecuados para el correcto funcionamiento de la fístula arterio venosa (FAV)

- **Objetivo específico:** Diferenciar cuidados de enfermería en cada etapa del tratamiento.

Material y Método:

Revisión bibliográfica. Bases de datos: PubMed, Scielo, Medline y Cuiden. Palabras clave: “Cuidados”, “Fístula arterio-venosa” y “Enfermería”. Se seleccionaron artículos en función de los criterios de elegibilidad, publicados en los últimos 15 años, y en los idiomas inglés y español.

Resultados:

Para optimizar la supervivencia de la FAV es imprescindible llevar a cabo unos cuidados de enfermería estandarizados en cada etapa del proceso:

CUIDADOS POSTOPERATORIOS INMEDIATOS:

✓ Comprobar presencia de pulso periférico y palpación de **thrill**.

✓ Auscultar **soplo** arteriovenoso al nivel de la anastomosis.

- ✓ Observar las **zonas distales** de la extremidad para descartar signos de isquemia.
- ✓ Vigilar **sangrado**, hematomas y signos de isquemia e infección.
- ✓ Evitar **hipotensión**, ya que puede provocar la parada de la FAV.
- ✓ **Reservar el miembro** de la FAV solamente para el tratamiento de hemodiálisis, evitando punciones y determinaciones de la presión arterial.
- ✓ **Elevación de extremidad** para evitar edema y favorecer retorno venoso.
- ✓ Evitar vendajes y apósitos compresivos, levantar peso, dormir sobre ese brazo, golpes.
- ✓ Retrasar la primera punción de la FAV entre dos y cuatro semanas tras intervención.

CUIDADOS PREVIOS A CADA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS:

- ✓ Comprobar **soplo, latido y thrill.**
- ✓ **Limpieza** con agua y jabón y desinfección de la zona.
- ✓ Evitar punciones en zonas enrojecidas o con signos de infección, hematoma, costra.
- ✓ Punción arterial en zona distal y venosa en zona proximal, con un ángulo de las agujas de aprox 25º.
- ✓ Colocar la punta de la aguja venosa siguiendo el retorno venoso. Deben colocarse a 2,5 cm como mínimo de la anastomosis y 2,5 cm entre las puntas de las agujas.
- ✓ Orientar el bisel de la aguja hacia arriba.

CUIDADOS TRAS CADA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS:

- ✓ Retirar primero la aguja venosa, efectuar la **hemostasia** y después la arterial.
- ✓ Mantener la **compresión manual** como mínimo 10 min.
- ✓ Los apósitos o vendajes adhesivos solo deben colocarse cuando la hemostasia sea completa y no haya hemorragia activa. Nunca aplicar torniquetes.
- ✓ Retirar los apósitos o vendajes a las 24 horas post sesión, Si hay costra, no arrancarla.
- ✓ Lavar la zona con agua y jabón. Mantener una correcta **higiene de la piel**.

Conclusión:

Podemos decir, en lo relacionado con los cuidados de enfermería de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis a través de una fístula arterio-venosa, que unos **cuidados protocolizados, estandarizados e individualizados** por parte de profesionales de enfermería formados, es imprescindible para el correcto funcionamiento de la FAV y para conseguir un óptimo rendimiento de la misma.

Además, hay que destacar la importancia de la **educación para la salud** hacia los pacientes y a sus familias en lo relativo al autocuidado de la FAV. Esto aumenta el tiempo de uso correcto de la misma y por tanto la calidad de vida de nuestros pacientes reduciendo las complicaciones y el número de ingresos hospitalarios

Bibliografía

1. M.V. Miranda-Camarero / Dial Traspl. 2010;31(1):12-16

2. Rivera Moreira EA, Franco Fernandez MA, Enriquez Cali OA, Toro Espinoza ME. Cuidados del acceso vascular para hemodiálisis.

3. Delgado Ramírez Aida, Ruiz García Estíbaliz, Latorre López Luis Ignacio, Crespo Montero Rodolfo. Factores que influyen en la supervivencia de la fístula arteriovenosa interna y su relación con la técnica de punción.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 32

Cuidados de Enfermería en las Quemaduras infantiles.

Gómez-Caraballo Jiménez de los Galanes, Jesús Manuel.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LAS QUEMADURAS INFANTILES

AUTOR: Gómez-Caraballo Jiménez-Galanes, J. Manuel. (Enfermero PEAC Daimiel 2)

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son una de las principales causas accidentales de morbimortalidad en la infancia. Las más frecuentes en Pediatría son las térmicas por contacto con líquido caliente, que suelen ser extensas, pero poco profundas (escaldadura). Representan la cuarta causa de muerte accidental en la infancia y son especialmente frecuentes en los primeros años de vida (un 33% del total de quemaduras en los niños se producen entre los 12 y 24 meses de vida). El abordaje del niño quemado necesita de un equipo multidisciplinar en la estabilización del paciente y el tratamiento inicial. El conocer unas pautas generales de evaluación y manejo inicial de estos pacientes es de vital importancia dado que puede condicionar el pronóstico y la evolución posterior.

OBJETIVOS

-Describir los diferentes tipos de quemaduras en función del agente etiológico, la profundidad y la extensión de la superficie corporal quemada, así como el tratamiento de las mismas.
-Establecer las pautas de prevención de los diferentes tipos de quemaduras.

METODOLOGÍA

Realización de una revisión bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud: Medline, Cochrane library. Consulta de protocolos y diversas guías de práctica clínica sobre cuidados en las quemaduras pediátricas.
Descriptores: “quemadura”, “tratamiento”, “pediatría”.
Se incluyeron los artículos más relevantes de los últimos 15 años.

RESULTADOS

Cuando ocurre una quemadura, se producen dos fenómenos (aumento de la permeabilidad y vasodilatación) que traen como consecuencia todo el cuadro clínico de esta patología en las primeras horas de su evolución. Los agentes causales son muy variados y se agrupan básicamente en cuatro categorías: -Térmicas, son las más frecuentes (85% de los casos) y se producen por contacto con un sólido caliente. -Eléctricas, se producen por el paso de la corriente a través del organismo. -Químicas, producidas por álcalis y cáusticos. Y por radiación de los rayos ultravioletas.
Las quemaduras se pueden clasificar por la profundidad (como primer, segundo y tercer grado) y por la extensión (Regla “de los 9” de Wallace y Tabla de SCT modificada según Lund-Browder siendo el método más preciso. La American Burn Association ha clasificado las quemaduras en menores, moderadas y mayores, basándose principalmente en la profundidad, el tamaño y la localización de la quemadura.
La evaluación se iniciará con la aplicación del triángulo de evaluación pediátrica (TEP) y el ABCDE, iniciando secuencia de reanimación cardiopulmonar si fuera necesario. Todo paciente con lesión >10% SCQ tiene indicación de rehidratación intravenosa y si la lesión es >20% SCQ esta se realizará por una vía central. Para calcular las necesidades de líquidos durante las primeras 24 horas se suelen utilizan dos fórmulas: Formula de Parkland y Fórmula de Galveston. Además requerirá de analgesia, antibiótico sistémico y curas tópicas.

CONCLUSIONES

Las quemaduras siguen teniendo una alta prevalencia, además si a esto le añadimos el aumento de la inmigración con condiciones de vivienda deficientes, observamos un repunte en nuestro medio.
Enfermería tiene un importante papel en la educación de padres y madres, además de la que realiza la enfermera en el medio escolar para prevenir los accidentes y preparar en la actuación inicial de las quemaduras.

BIBLIOGRAFÍA:

1.- Carazo ME, Domènech AB, Lluna J, Vila JJ. Quemaduras. En: Esparza MJ, Mintegi S (coords.). Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionadas. Asociación Española de Pediatría; 2016.
2.- González M. Quemaduras. En: Benito J, Mintegi S, Azcunaga B, Gómez B. Urgencias pediátricas: guía de actuación. Madrid: Panamericana; 2014. p. 850-6.
3.- López J C. Tratamiento de las quemaduras en la infancia. An Pediatr Contin. 2007;5(4):218-21.

Resumen: *Las quemaduras son una de las principales causas accidentales de morbimortalidad en la infancia. Las más frecuentes en Pediatría son las térmicas por contacto con líquido caliente, que suelen ser extensas, pero poco profundas (escaldadura). Representan la cuarta causa de muerte accidental en la infancia y son especialmente frecuentes en los primeros años de vida (un 33% del total de quemaduras en los niños se producen entre los 12 y 24 meses de vida). Cuando ocurre una quemadura, se producen dos fenómenos (aumento de la permeabilidad y vasodilatación) que traen como consecuencia todo el cuadro clínico de esta patología en las primeras horas de su evolución. Los agentes causales son muy variados. Las quemaduras siguen teniendo una alta prevalencia, además si a esto le añadimos el aumento de la inmigración con condiciones de vivienda deficientes, observamos un repunte en nuestro medio.*

Palabras Clave: *Quemadura, Tratamiento, Pediatría.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las quemaduras son una de las principales causas accidentales de morbimortalidad en la infancia. Las más frecuentes en Pediatría son las térmicas por contacto con líquido caliente, que suelen ser extensas, pero poco profundas (escaldadura). Representan la cuarta causa de muerte accidental en la infancia y son especialmente frecuentes en los primeros años de vida (un 33% del total de quemaduras en los niños se producen entre los 12 y 24 meses de vida). El abordaje del niño quemado necesita de un equipo multidisciplinar en la estabilización del paciente y el tratamiento inicial. El conocer unas pautas generales de evaluación y manejo inicial de estos pacientes es de vital importancia dado que puede condicionar el pronóstico y la evolución posterior

Objetivos:

Describir los diferentes tipos de quemaduras en función del agente etiológico, la profundidad y la extensión de la superficie corporal quemada, así como el tratamiento de las mismas. Establecer las pautas de prevención de los diferentes tipos de quemaduras.

Material y Método:

Realización de una revisión bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud: Medline, Cochrane library. Consulta de protocolos y diversas guías de práctica clínica sobre cuidados en las quemaduras pediátricas. Se incluyeron los artículos más relevantes de los últimos 15 años.

Resultados:

Cuando ocurre una quemadura, se producen dos fenómenos (aumento de la permeabilidad y vasodilatación) que traen como consecuencia todo el cuadro clínico de esta patología en las primeras horas de su evolución. Los agentes causales son muy variados y se agrupan básicamente en cuatro categorías: -Térmicas, son las más frecuentes (85% de los casos) y se producen por contacto con un sólido caliente. -Eléctricas, se producen por el paso de la corriente a través del organismo. -Químicas, producidas por álcalis y cáusticos. Y por radiación de los rayos ultravioletas.

Las quemaduras se pueden clasificar por la profundidad (como primer, segundo y tercer grado) y por la extensión (Regla “de los 9” de Wallace y Tabla de SCT modificada según Lund-Browder siendo el método más preciso. La American Burn Association ha clasificado las quemaduras en menores, moderadas y mayores, basándose principalmente en la profundidad, el tamaño y la localización de la quemadura.

La evaluación se iniciará con la aplicación del triángulo de evaluación pediátrica (TEP) y el AB-CDE, iniciando secuencia de reanimación cardiopulmonar si fuera necesario. Todo paciente con lesión >10% SCQ tiene indicación de rehidratación intravenosa y si la lesión es >20% SCQ esta se realizará por una vía central. Para calcular las necesidades de líquidos durante las primeras 24 horas se suelen utilizan dos fórmulas: Formula de Parkland y Fórmula de Galveston. Además requerirá de analgesia, antibiótico sistémico y curas tópicas.

Conclusión:

Las quemaduras siguen teniendo una alta prevalencia, además si a esto le añadimos el aumento de la inmigración con condiciones de vivienda deficientes, observamos un repunte en nuestro medio. Enfermería tiene un importante papel en la educación de padres y madres, además de la que realiza la enfermera en el medio escolar para prevenir los accidentes y preparar en la actuación inicial de las quemaduras.

Bibliografía

1. Carazo ME, Domènech AB, Lluna J, Vila JJ. Quemaduras. En: Esparza MJ, Mintegi S (coords.). Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionadas. Asociación Española de Pediatría; 2016.

2. González M. Quemaduras. En: Benito J, Mintegi S, Azcunaga B, Gómez B. Urgencias pediátricas: guía de actuación. Madrid: Panamericana; 2014. p. 850-6.

3. López J C. Tratamiento de las quemaduras en la infancia. An Pediatr Contin. 2007;5(4):218-21.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 33

Cuidados de enfermería en los drenajes Jackson–Pratt

Gutiérrez del Val, Guillermo
Corchero Rodríguez, Ana

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS DRENAJE JACKSON-PRATT

INTRODUCCIÓN

El drenaje Jackson-Pratt (JP) es un tipo de drenaje quirúrgico que facilita la salida de fluidos corporales en el lugar de la intervención quirúrgica. Está formado de un catéter de silicona blanca, conectado a un sistema de vacío.

OBJETIVOS

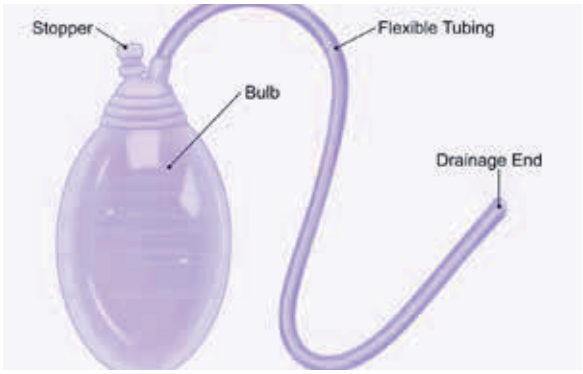
- Describir uso y características del drenaje quirúrgico JP.
- Establecer los cuidados de enfermería para su manejo.
- Identificar posibles riesgos y complicaciones.

MATERIALES Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica con límites de búsqueda entre 2010–2025 en diferentes bases de datos: PubMed, Dialnet, Google Académico y en portales especializados como: Revista Sanitaria de Investigación, OncoLink y MedlinePlus.
Los artículos fueron seleccionados por título y resumen, priorizando aquellos que detallaban el papel enfermero en el manejo del drenaje JP, y posibles complicaciones.

RESULTADOS

La correcta manipulación de los drenajes es imprescindible para evitar infecciones y contribuir al éxito quirúrgico. En varios estudios incluidos en la revisión contemplan que las principales indicaciones de uso son: la prevención de fuga mediante cirugía, abcesos, lesiones traumáticas para exteriorizar líquidos. También, otro autor incluido en la revisión afirma el uso tras la cirugía radical para almacenamiento de líquido linfático.



En cuanto a la manipulación por parte de enfermería los estudios incluidos afirman en una buena higiene de manos y colocación de guantes son fundamentales para disminuir el riesgo de infecciones, además seguir la técnica Milking para su manipulación y extracción segura del líquido. En un estudio incluido en la revisión se habla sobre la limpieza del tapón con antiséptico para disminuir infecciones. Además en todos los estudios seleccionados afirma que comprobar el volumen, color y aspecto del fluido es importante para llevar un registro y seguimiento del mismo.

Prevención de posibles complicaciones como:

- Salida o rotura accidental del tubo
- Filtraciones en el área alrededor del tubo
- Los líquidos drenados son turbios o tienen mal olor
- Signos de infección alrededor del área del drenaje.

CONCLUSIÓN

El drenaje Jackson-Pratt es un dispositivo eficaz y seguro en el manejo postoperatorio cuando es acompañado de un seguimiento adecuado.
El personal de enfermería desempeña un papel clave en la vigilancia, mantenimiento y educación relacionada con este tipo de drenaje. La intervención favorece una recuperación segura, reduciendo así los riesgos de complicaciones y puede acortar el tiempo de hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA

Guillermo Gutiérrez del Val
Ana Corchero Rodríguez

Resumen: *El drenaje Jackson-Pratt es un dispositivo de succión cerrado empleado habitualmente después de las intervenciones quirúrgicas para la eliminación de fluidos acumulados. Este capítulo aborda sus principales características, usos clínicos, manejo y cuidados específicos además de las posibles complicaciones desde la perspectiva enfermera, subrayando su relevancia en el proceso de recuperación, la prevención de riesgos postoperatorios y la labor educativa tanto en el entorno hospitalario como en el domicilio del paciente.*

Palabras Clave: *Drainage - Catheters - Nursing*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los drenajes quirúrgicos son herramientas fundamentales para eliminar colecciones líquidas que se forman en el tejido después de una intervención, reduciendo el riesgo de infecciones, hematomas o seromas. El drenaje Jackson-Pratt (JP), diseñado como un sistema cerrado con succión por presión negativa, se utiliza ampliamente en procedimientos abdominales, torácicos, mamarios y ortopédicos. Su efectividad radica en una correcta colocación quirúrgica, un adecuado seguimiento clínico y una manipulación segura por parte del personal de enfermería.

El dispositivo consta de un tubo flexible conectado a una perilla o bulbo compresible que permite la succión de líquidos. Este sistema evita la entrada de patógenos y facilita el control cuantitativo y cualitativo del exudado.

El rol enfermero es esencial para garantizar un manejo adecuado, evitar complicaciones y fomentar la recuperación del paciente, tanto en hospitalización como en el ámbito domiciliario.

Objetivos:

- Describir el uso y las características del drenaje quirúrgico Jackson-Pratt.
- Establecer los cuidados de enfermería necesarios para su manejo.
- Identificar posibles riesgos y complicaciones.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica con límites de búsqueda entre 2010–2025 en diferentes bases de datos: PubMed, Dialnet, Google Académico y en portales especializados como: Revista Sanitaria de Investigación, OncoLink y MedlinePlus.

Los artículos fueron seleccionados por título y resumen, priorizando aquellos que detallaban el papel enfermero en el manejo del drenaje JP, su manipulación y posibles complicaciones o riesgos.

Criterios de inclusión:

• Publicaciones en español o inglés.

• Artículos publicados entre 2016 y 2025.

• Estudios o guías clínicas que describan el manejo de drenajes JP por enfermería.

Criterios de exclusión:

• Artículos que no aborden específicamente el drenaje Jackson-Pratt.

• Publicaciones sin enfoque en enfermería.

Resultados:

La correcta manipulación de los drenajes es imprescindible para evitar infecciones y contribuir al éxito quirúrgico. Algunas de las indicaciones de uso son:

Prevención de fuga mediante cirugía: ayudando en la etiología de las hemorragias.

Abscesos: disminuir posibilidad de infección y que no haya falso cierre.

Lesiones traumáticas: exteriorizar líquidos extravasados de la lesión.

Tras cirugía radical: en la pérdida y almacenamiento de líquido linfático y sangre.

En cuanto al proceso de manipulación por parte de la enfermería, se pueden seguir los siguientes pasos:

En primer lugar, realizar la higiene de manos, guantes e informar al paciente, además de la valoración del punto de inserción. Después con la Técnica Milking, exprimir el tubo de drenaje en todo su recorrido para luego poder retirar el tapón de la boquilla de la pera y vaciarlo. Una vez vaciado se limpia el tapón con solución antiséptica y se vuelve a comprimir la pera hasta crear el vacío y colocarle de nuevo el tapón con la correspondiente fijación. También se debe comprobar volumen, color y aspecto del fluido. Por último, se llevará a cabo el registro en Historia de Enfermería.

Otro de los aspectos importantes en cuanto al manejo de los drenajes, es la prevención de posibles complicaciones y riesgos de uso como pueden ser: la salida o rotura accidental del tubo, filtraciones en el área alrededor del tubo, los líquidos que drenan son turbios o tienen mal olor, los signos de infección alrededor del área del drenaje.

Conclusión:

El drenaje Jackson-Pratt es un dispositivo eficaz y seguro en el manejo postoperatorio cuando es acompañado de un seguimiento adecuado. El personal de enfermería desempeña un papel clave en la vigilancia, mantenimiento y educación relacionada con este tipo de drenaje. La intervención favorece una recuperación segura, reduciendo así los riesgos de complicaciones y puede acortar el tiempo de hospitalización.

En definitiva, visibilizar la labor enfermera en el manejo de dispositivos como es el drenaje Jackson-Pratt, refuerza la importancia del cuidado integral, técnico y humano en la recuperación postquirúrgica del paciente.

Bibliografía

1. Revista Portales Médicos. Drenajes en cirugía: tipos y cuidados de enfermería [Internet]. 4 de enero de 2018 [citado 2025 16 de febrero]. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/drenajes-cirugia-tipos-cuidados-de-enfermeria/

2. Arriaza Cruz SE, Caballero García C, Castellano Sánchez R, Fraj Cebrino Y, Omedas Ladislao JM, Galisteo Padillo B. Tipos de drenajes quirúrgicos [Internet]. Revista Sanitaria de Investigación; 23 de noviembre de 2023 [citado 16 de febrero de 2025]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tipos-de-drenajes-quirurgicos/

3. Healy M. Drenaje quirúrgico Jackson-Pratt (JP) [Internet]. OncoLink; 25 de julio de 2024 [citado 12 de junio 2025]. Disponible en: https://es.oncolink.org/tratamiento-del-cancer/ayudantes-de-hospital/drenaje-quirurgico-jackson-pratt-jp

4. National Library of Medicine. Closed suction drain with bulb [Internet]. Bethesda (MD): MedlinePlus; 31 de marzo de 2024 [citado 12 de junio 2025]. Disponible en: https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000039.htm

5. Alvarenga Benítez MM, Ferrer Mayor O, Guerrero Sotillos L, Muñiz Sola B, Guerrero Sotillos R, Puyo Cebrián M. El profesional de enfermería en los cuidados de drenajes. Rev Sanitaria Investig; 12 de diciembre de 2021 [citado 12 de junio 2025]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-profesional-de-enfermeria-en-los-cuidados-de-drenajes/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 34

Cuidados de Enfermería en pacientes con tromboembolismo pulmonar

Negrea, Alina Corina

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

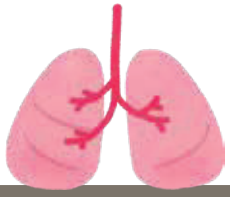
NEGREA, ALINA CORINA

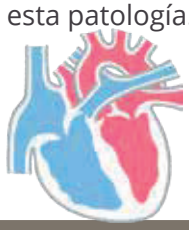
INTRODUCCIÓN

El **tromboembolismo pulmonar** (TEP) es una enfermedad aguda grave y potencialmente letal que se produce por el bloqueo de las arterias pulmonares, causado por material trombótico que con frecuencia se origina en las venas profundas de los miembros inferiores.

OBJETIVOS

Analizar el abordaje de enfermería en pacientes con tromboembolismo pulmonar, así como la identificación de síntomas de alarma que permitan realizar un diagnóstico precoz de esta patología.





METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: SciELO y DIALNET. Publicados entre 2022 y 2025.

Analizando estudios descriptivos transversales y revisiones sistemáticas.

RESULTADOS

La clínica derivada del TEP es variable, ya que depende del número, tamaño y la ubicación de los trombos. También influye la edad del paciente y su situación cardiorrespiratoria previa. Entre los **síntomas** más frecuentes nos encontramos:

- Disnea de aparición súbita.
- Tos que se puede acompañar de hemoptisis.
- Dolor torácico.
- Taquipnea.

Existen varios **factores de riesgo** que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar una trombosis venosa.

Distinguimos dos grandes grupos en los que se encuentran:

- Factores heredados: causados por alteraciones en los factores de coagulación.
- Factores adquiridos, entre los que se incluyen:
  - *Estilo de vida*: sedentarismo, obesidad...
  - *Procedimientos médicos*: hospitalización prolongada o inmovilización, pacientes postquirúrgicos...

El **personal de enfermería** tiene un papel importante en la educación al paciente y en la prevención de fenómenos trombóticos.

Entre sus **intervenciones** se encuentran:

1. *Movilización temprana* del paciente en cuanto sea posible.
2. Uso de *medias de compresión.*
3. *Profilaxis farmacológica:* en casos indicados se administrará heparina de bajo peso molecular.
4. Vigilar ***signos de alarma*** de trombosis venosa profunda: dolor en la pierna, edema, calor local.
5. *Educación al paciente* sobre los signos de alarma.

CONCLUSIÓN

El tromboembolismo pulmonar es una patología que puede producir situaciones de difícil manejo que precisa un **abordaje multidisciplinar**. Es necesario protocolizar las intervenciones de enfermería para todos los pacientes que se sospeche que padezcan TEP. La estandarización de los cuidados y las intervenciones enfermeras permiten reducir la variabilidad en la práctica clínica y promueve la seguridad del paciente.

El **papel de la enfermería** es crucial para la implementación de medidas preventivas de efectos trombóticos, educación al paciente y a la familia sobre los síntomas de alarma, vigilancia estrecha y detección temprana y coordinación con el equipo interdisciplinario.

Resumen: *El tromboembolismo pulmonar es una patología que produce una alta mortalidad y que puede darse en una gran variedad de pacientes. Su aparición se debe a trombos que bloquean las arterias pulmonares. Existen factores de riesgo (hereditarios y adquiridos) que pueden facilitar la aparición de estos trombos.*

El personal de enfermería es clave en la prevención, detección precoz y educación al paciente mediante intervenciones, como, por ejemplo, la movilización temprana, la profilaxis o vigilancia de signos de alarma.

Palabras Clave: *Tromboembolismo pulmonar - Enfermería - Prevención*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una enfermedad aguda grave y potencialmente letal que se produce por el bloqueo de las arterias pulmonares, causado por material trombótico que con frecuencia se origina en las venas profundas de los miembros inferiores. La sintomatología que origina es muy variada, ya que en algunos pacientes no se manifiesta ningún síntoma, es decir, cursa de forma asintomática. Sin embargo, en otros pacientes puede llegar a causar un shock cardiogénico donde predomina la disnea, el dolor torácico o la hemoptisis.

Objetivos:

Analizar el abordaje de enfermería en pacientes con tromboembolismo pulmonar, así como la identificación de síntomas de alarma que permitan realizar un diagnóstico precoz de esta patología.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: SciELO y DIALNET. Publicados entre 2022 y 2025. Analizando estudios descriptivos transversales y revisiones sistemáticas.

Resultados:

La clínica derivada del TEP es muy variable ya que depende del número, tamaño y la ubicación de los trombos. También influye la edad del paciente y su situación cardiorrespiratoria previa.

Entre los síntomas más frecuentes nos encontramos:

- Disnea de aparición súbita, que puede agravar una disnea previa ya existente en pacientes con cardiopatías o problemas respiratorios crónicos.
- Tos, que en ocasiones se puede acompañar de sangre (hemoptisis).
- Dolor torácico.
- Taquipnea.

Existen varios factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar una trombosis venosa. Distinguimos dos grandes grupos en los que se encuentran:

• Factores heredados: causados por alteraciones en los factores de coagulación.

• Factores adquiridos, entre los que se incluyen:

o Estilo de vida: sedentarismo, inmovilidad prolongada, obesidad, tabaquismo, el uso de anticonceptivos hormonales, etc.

o Procedimientos médicos: hospitalización prolongada o inmovilización, pacientes que han sido sometidos a una cirugía, mujeres puérperas especialmente tras cesárea, etc.

El personal de enfermería tiene un papel importante en la educación al paciente y en la prevención de fenómenos trombóticos. Entre sus intervenciones se encuentran:

Movilización temprana del paciente en cuanto sea posible.

Uso de medias de compresión.

Profilaxis farmacológica: en casos indicados se administrará heparina de bajo peso molecular.

Vigilar signos de alarma de trombosis venosa profunda: dolor en la pierna, edema, calor local.

Educación al paciente sobre los signos de alarma del TEP.

Conclusión:

El tromboembolismo pulmonar es una patología con una importante tasa de mortalidad y morbilidad que puede producir situaciones de difícil manejo, y que precisa un abordaje multidisciplinar.

Es necesario protocolizar las intervenciones de enfermería para todos los pacientes que se sospeche que padezcan TEP para garantizar una atención segura centrada en el paciente. La estandarización de los cuidados y las intervenciones enfermeras permiten reducir la variabilidad en la práctica clínica y promueve la seguridad del paciente.

El papel de la enfermería es crucial para la implementación de medidas preventivas de efectos trombóticos, educación al paciente y a la familia sobre los síntomas de alarma, vigilancia estrecha y detección temprana y coordinación con el equipo interdisciplinario.

Bibliografía

1. Arias-Rodríguez Fabián D., Armijos-Quintero Daniel A., Beltrán-Vinueza Pamela A., Córdova-Macías Daniela V., Guadamud-Loor Jorge X., Osejos-Moreira Walter D. et al . Diagnóstico y tratamiento de tromboembolia pulmonar. Revisión bibliográfica. Rev. mex. angiol. [revista en la Internet]. 2022 Sep [citado 2025 Jun 16] ; 50(3): 96-109. Disponible en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-130X2022000300096&lng=es

Epub 13-Oct-2022. https://doi.org/10.24875/rma.22000018

2. Arriaga Castañeda JA. El Tromboembolismo Pulmonar (TEP) y el proceso de enfermería. Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores. 2023;X(2):Artículo 93. https://doi.org/10.46377/dilemas.v2i10.3566

3. Solaz Ródenas C, Bermejo Rodríguez E, Vecina Oliver A. Tromboembolismo pulmonar: a propósito de un caso. Plan de cuidados individualizado. Técnica de tromboextracción y de trombólisis local. Enfermería en Cardiología. 2024;31(92):59–70. https://doi.org/10.59322/92.5970.LJ1

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 35

Cuidados de Enfermería en Reflujo Gastroesofágico

Corchero Rodríguez, Ana
Gutiérrez del Val, Guillermo

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN REFLUJO GASTROESOFÁGICO

CORCHERO RODRÍGUEZ, ANA; GUTIÉRREZ DEL VAL, GUILLERMO

INTRODUCCIÓN

1.

La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) ocurre cuando el contenido gástrico asciende al esófago, produciendo irritación y sensación de quemazón. Afecta a la calidad de vida de las personas

OBJETIVOS

Conocer la literatura disponible acerca de RGE, las intervenciones de enfermería y la educación sanitaria.

2.

MATERIAL Y MÉTODO

3.

Se realizó una búsqueda en PubMed y revistas de enfermería: "Gastroesophageal Reflux" AND "Nursing Care" AND "Health Education". Se seleccionaron artículos en inglés o castellano de los últimos 10 años.

RESULTADOS

Las intervenciones enfermeras en ERGE se centran en educación sanitaria, promoción de hábitos saludables y autocuidado. Se recomiendan cambios dietéticos, posturales y manejo del estrés. La reevaluación del tratamiento con IBP permite optimizar su uso.

4.

5.

CONCLUSIONES

Los cuidados son clave para mejorar la calidad de vida del paciente, promoviendo cambios en su estilo de vida.

6. Bibliografía

Resumen: *La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) es una patología digestiva muy común en la actualidad. Afecta a la calidad de vida de las personas que la padecen. En esta enfermedad el papel de la enfermería es altamente relevante para un buen enfoque y abordaje. Con este trabajo se pretende ordenar la evidencia científica más actualizada sobre las intervenciones enfermeras más útiles en ERGE. Más allá de las medidas farmacológicas aplicables, cabe destacar la importancia de la educación sanitaria al paciente y la atención sanitaria individualizada.*

Palabras Clave: *Gastroesophageal Reflux - Nursing Care - Health Education*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) es una alteración digestiva común que ocurre cuando el contenido gástrico asciende al esófago, produciendo irritación y sensación de quemazón.

La ERGE afecta significativamente a la calidad de vida de quienes la padecen. La enfermería desempeña un papel clave en la prevención de complicaciones,

Este capítulo tiene como objetivo reunir la evidencia más actual sobre las intervenciones enfermeras en pacientes con ERGE, destacando aquellas estrategias no farmacológicas que han demostrado ser eficaces para mejorar la clínica y fomentar la autonomía del paciente.

Objetivos:

- Conocer la literatura disponible acerca de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) y cuidados/intervenciones de enfermería.

- Investigar acerca de la educación sanitaria que se brinda a pacientes con ERGE.

Material y Método:

Para realizar este trabajo se realizó una búsqueda en Pubmed y revistas especializadas de enfermería. Se desarrolló una cadena de búsqueda con los principales términos a estudio: “Gastroesophageal Reflux” AND “Nursing Care” AND “Health Education”. Para que la evidencia fuera lo más actualizada, se filtraron los artículos de los últimos 10 años. El idioma debía ser inglés o castellano.

Resultados:

Actualmente, para la ERGE el tratamiento más promovido es el farmacológico: antiácidos o Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP). Sin embargo, hay otras estrategias no farmacológicas que pueden mejorar la clínica, como son estrategias dietéticas o higiénicas. En uno de los estudios se promueve la reevaluación de los pacientes en tratamiento farmacológico para ERGE con IBP, entre los cuales a un 25% de los pacientes finalmente se les retiró la prescripción del fármaco.

Las intervenciones enfermeras en relación con ERGE se enfocan en educación sanitaria y promoción de hábitos saludables. En una revista de enfermería recomendaban seguir una dieta adecuada, rica en proteínas, hipocalórica y fraccionada en 5 o 6 pequeñas ingestas a lo largo del día. También se recomendaba evitar alimentos que empeoran la clínica como son: grasas, alcohol, chocolate, cítricos, tomate, bebidas carbonatadas o especias. Es fundamental evitar el sobrepeso y mantener una postura elevada (anti-Trendelenburg, colocar una almohada en la cabeza resulta insuficiente, se debe incorporar todo el cabecero) después de las comidas. No se recomienda realizar ejercicio físico o grandes esfuerzos inmediatamente después de las comidas ni acostarse hasta pasadas dos horas tras la última ingesta. Se debe evitar el estrés. Como profesionales sanitarios podemos enseñarles a los pacientes distintas técnicas de relajación o, por ejemplo, guiarles para que sigan horarios, especialmente considerando la hora de cenar para evitar problemas.

En otro estudio se destaca la figura de la enfermera para enseñar un estilo de vida más saludable. Se debe potenciar la confianza y enseñar técnicas de autogestión y autocuidado a este tipo de pacientes.

Conclusión:

La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico requiere un abordaje integral en el que las intervenciones enfermeras resultan esenciales. Más allá del tratamiento farmacológico, la educación sanitaria y el acompañamiento en la modificación de hábitos alimentarios, posturales y emocionales pueden mejorar significativamente la clínica. La enfermería juega un papel clave en la reevaluación del tratamiento, el fomento del autocuidado y la promoción de estilos de vida saludables, contribuyendo así a la reducción de síntomas y a una mayor calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

1. Reynolds C, Esrailian E, Hommes D. Quality improvement in gastroenterology: a systematic review of practical interventions for clinicians. Digestive Diseases and Sciences. 2018; 63: 2507-18. https://doi.org/10.1007/s10620-018-5198-x

2. Villagrasa Alloza, M; Valiente Castillo, R; Sanz Rosa, J; Torralba Elia, M; Torralba Sánchez, S. Cuidados de enfermería en el paciente con reflujo gastroesofágico. Revista Electrónica de Portales Médicos. 2018. ISSN 1886-8924. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-con-reflujo-gastroesofagico/

3. Zhao Y, Fu Y, Zhang W, Zhao S, Li H. Evidence summary on management strategies for gastroesophageal reflux symptoms in patients following esophageal cancer surgery. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing. 2024: 100639. https://doi.org/10.1016/j.apjon.2024.100639

4. Borrell MA, Gutiérrez LR, Tolosa MP, Álvarez MD, Magallón NS, Serrano OM. Cuidados de enfermería en pacientes con reflujo gastroesofágico. Revista Sanitaria de Investigación. 2024; 5 (8): 598. https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-reflujo-gastroesofagico/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 36

Cuidados de enfermería en Traqueotomías

Redondo Culebras, Laura
Rolando Calle, Celia
Rivera Cortina, Marina
Sobrino Martín, Alba

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRAQUEOTOMÍAS

XVI CONGRESO SATSE 2025 CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

La traqueotomía es un **procedimiento quirúrgico** que consiste en realizar una incisión en la pared anterior de la tráquea cervical así como en la piel y los tejidos blandos subyacentes para **aliviar la restricción de las vías respiratorias.**

Se realiza en aproximadamente el **10-15% de los pacientes** que ingresan en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

OBJETIVO

Determinar unos **cuidados correctos** de las traqueotomías.

METODOLOGÍA

- Búsqueda bibliográfica en PubMed, Cochrane Library y Scielo.
- Palabras clave: tracheostomy, nursing cares, infections, treatment.
- Criterios de inclusión: publicaciones entre 2016-2025 en inglés o castellano que cumplen el objetivo del estudio y muestra de la población delimitada al adulto con cualquier tipo de traqueotomía.

RESULTADOS

- Limpiar la piel de alrededor del estoma con **suero fisiológico 0.9%** y gasas, pudiéndose usar clorhexidina en caso de percibir el estoma inflamado o con secreciones.
- Realizar el cambio de cánula **una vez al día** teniendo en cuenta el nivel de secreciones.
- Se aconseja el uso de **filtro HME** para mejorar el intercambio de humedad y calor. Siendo estos de un sólo uso.
- **Minimizar** el número de aspiraciones siempre que sea posible.
- En pacientes de UCI conectados a un ventilador son imprescindibles los **cuidados orales** para evitar neumonías e infecciones.

CONCLUSIÓN

Las traqueotomías suponen uno de los procedimientos más habituales en la práctica clínica para facilitar el manejo de la vía aérea.

Por ello, es necesaria la unificación de una serie de cuidados que sirvan para que la comunidad sanitaria siga un **protocolo de actuación** ante los pacientes que presentan dichas traqueotomías favoreciendo su mantenimiento.

BIBLIOGRAFÍA

Autores: Laura Redondo Culebras, Celia Rolando Calle, Marina Rivera Cortina y Alba Sobrino Martín

Resumen: *Las traqueotomías son dispositivos que necesitan un correcto mantenimiento para asegurar la calidad de vida de los pacientes. Los objetivos de este trabajo son determinar los cuidados generales de las traqueotomías y prevenir complicaciones a través de una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Cochrane Library y BVS cumpliendo criterios específicos.*

Palabras Clave: *Traqueotomía - Cuidados Enfermeros - Complicación*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La traqueotomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en realizar una incisión en la pared anterior de la tráquea cervical, así como en la piel y los tejidos blandos subyacentes para aliviar la restricción de las vías respiratorias.

Se realiza en aproximadamente el 10-15% de los pacientes que ingresan en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

Su finalidad es proporcionar una vía aérea, en determinados casos de obstrucción, para la ventilación mecánica prolongada en pacientes en estado crítico, para proporcionar aseo broncopulmonar, protección o mantenimiento de la vía aérea y para reducir el espacio muerto de la vía aérea.

Las complicaciones pueden ser precoces o tardías. Entre las primeras se encuentran la hemorragia, el desprendimiento de la cánula, el neumotórax y la infección de la herida, mientras que entre las complicaciones tardías se encuentran la estenosis traqueal, la fístula traqueo-esofágica y la estenosis laríngea.

La traqueotomía se realiza como procedimiento electivo o de urgencia. Independientemente de ello, es fundamental que todos los profesionales sanitarios implicados directamente en la atención postoperatoria de estos pacientes puedan llevarla a cabo de forma eficaz y que conozcan bien los riesgos potenciales, las complicaciones y su tratamiento, especialmente en situaciones de riesgo vital inmediato.

Objetivos:

- **Objetivo principal:** determinar unos cuidados correctos de las traqueotomías.
- **Objetivos secundarios:**

- Prevenir complicaciones de las traqueotomías.

- Unificar unos criterios de cuidados de las traqueotomías.

- Disminuir los efectos adversos que puede conllevar un cuidado ineficaz de las traqueotomías.

Material y Método:

La metodología empleada ha sido una búsqueda bibliográfica sobre los cuidados de enfermería en las heridas por quemadura, en diferentes bases de datos: PubMed, Cochrane Library y BVS.

Se usaron los Descriptores de Ciencias de la Salud y los operadores booleanos AND y OR obteniendo las siguientes combinaciones:

- Nursing cares and tracheostomy.

- Tracheostomy and infections.

- Tracheostomy and treatment.

Criterios de inclusión:

- El tiempo de las publicaciones ha sido limitado desde 2016-2025.

- La población de muestra ha sido delimitada al adulto incluyéndose todo tipo de traqueotomías.

- Los idiomas seleccionados han sido inglés y castellano.

- La literatura elegida cumple el objetivo del estudio.

Criterios de exclusión:

- Publicaciones anteriores al año 2016.

- Artículos en un idioma distinto al inglés o castellano.

- Estudios con tamaño de muestra insuficiente.

- Literatura que no cumple el objetivo del estudio.

Resultados:

El principal objetivo para el correcto mantenimiento de las traqueotomías es la limpieza y cambio de cánulas. Todos los estudios contrastados coinciden en que hay que limpiar la piel de alrededor del estoma con suero fisiológico 0.9% y gasas, pudiéndose usar clorhexidina en caso de percibir el estoma inflamado o con secreciones.

La vía aérea genera mucosidad que fácilmente puede quedar adherida en la cánula, por lo que se recomienda realizar el cambio de cánula una vez al día, o más, en caso de secreciones abundantes que puedan generar tapones mucosos. Además, se aconseja el uso de filtros HME que se adaptan a la cánula y permiten el intercambio de calor y humedad mejorando así el control de las secreciones, siendo estos de un solo uso no pudiendo reutilizarse ni lavarse.

Todos los estudios concuerdan en minimizar el número de aspiraciones siempre que sea posible para evitar la manipulación constante del dispositivo con las consecuentes infecciones que pueden generarse.

Se ha demostrado que los cambios tempranos de la cánula pueden asociarse a un uso más temprano de las válvulas fonatorias y a estancias más cortas en la UCI. También beneficia a la ingesta oral que puede verse afectada negativamente por presiones elevadas en el manguito.

En el caso de pacientes de UCI que necesiten estar conectado a un respirador, se observó que los cuidados orales con protocolos de vigilancia reducían significativamente la incidencia de la neumonía asociada a la traqueotomía o la asociada al ventilador.

Conclusión:

Las traqueotomías están presentes entre un 10-15% en pacientes hospitalizados especialmente en UCI y suponen uno de los procedimientos más habituales en la práctica clínica para facilitar el manejo de la vía aérea.

Como ya hemos mencionado anteriormente, durante muchos años se han realizado estudios que han demostrado las maneras más eficaces de limpieza y cambios del dispositivo, el manejo de las secreciones en caso de haberlas y las consideraciones en el cuidado de las traqueotomías. Para ello, la enfermería tiene un papel muy importante en el cuidado de ellas pudiendo evitarse los posibles efectos adversos que suponen un inadecuado tratamiento de estas.

Por ello, es necesaria la unificación de una serie de cuidados que sirvan para que la comunidad sanitaria siga un protocolo de actuación ante los pacientes que presentan dichas traqueotomías favoreciendo su mantenimiento.

Bibliografía

1. Whitmore, Kirsty A., et al. “Management of Tracheostomies in the Intensive Care Unit: A Scoping Review.” BMJ Open Respiratory Research, vol. 7, no. 1, 1 July 2020, p. e000651. Disponible en: https://doi.org/10.1136/bmjresp-2020-000651.

2. Mussa, Constance C, et al. “AARC Clinical Practice Guideline: Management of Adult Patients with Tracheostomy in the Acute Care Setting.” Respiratory Care, vol. 66, no. 1, 22 Sept. 2020, pp. 156–169. Disponible en: https://doi.org/10.4187/respcare.08206.

3. Khanum, Tooba, et al. “Assessment of Knowledge Regarding Tracheostomy Care and Management of Early Complications among Healthcare Professionals.” Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, vol. 88, no. 2, 6 Aug. 2021. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2021.06.011.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 37

Cuidados Paliativos y manejo del final de la vida en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada

Pérez Trenado, Mª del Prado
Del Hoyo Serrano, Mª Jesús
Monescillo Ruedas, Alejandra
Martínez Fernández, Carla

CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DEL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica avanzada se define como la perdida progresiva e irreversible de la función renal, en estadios 4-5, cuando el filtrado glomerular es por debajo de 30ml/min, enfrentándose a diferentes complicaciones como hipertensión, anemia, desequilibrios electrolíticos.

Lo primordial en los cuidados paliativos en la fase terminal renal es aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida de dichos pacientes, sea en la fase en la que estén; somos los enfermeros los responsables de administrar el tratamiento para controlar el dolor, la dificultad respiratoria, la fatiga o las nauseas.

OBJETIVO

Abordar la importancia del enfoque paliativo y las estrategias para el manejo adecuado del final de la vida en los pacientes renales crónicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Para realizar la revisión bibliográfica, se hace una búsqueda en la plataforma Google Académico. Se emplean términos como "cuidados paliativos", "duelo" "enfermedad renal crónica". Finalmente encuentro varios artículos, descartando aquellos de mas de 10 años de publicación y empleando para la realización de este trabajo 4 de ellos que cumplían con los criterios de inclusión impuestos por los profesionales que realizan este trabajo.

RESULTADOS

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica, en toda su trayectoria: enfermedad renal crónica, diálisis, trasplante, reagudizaciones, terminalidad y duelo; siendo el papel de enfermería crucial proporcionando un cuidado integral en el manejo del dolor, con apoyo emocional, mediante una comunicación afectiva y acompañando tanto al paciente como a la familia.

Todo ello, mediante un trato humanizado y compasivo, proporcionando un bienestar emocional, espiritual y físico, desde la aparición del diagnóstico hasta la ultima etapa de la enfermedad.
Debemos estar atentos tanto a las necesidades psicológicas como emocionales, ofreciendo apoyo y acompañamiento tanto a ellos como a los familiares.

Mejora de la calidad de vida con cuidados paliativos: Diversos estudios han demostrado que los pacientes con ERCA que reciben cuidados paliativos presentan una mejoría significativa en el control de síntomas como el dolor, disnea, prurito y ansiedad. En comparación con aquellos que solo reciben tratamiento convencional, estos pacientes reportan mayor satisfacción con la atención recibida y menor carga emocional.
En estudios observacionales, más del 75% de los pacientes en programas de cuidado conservador renal manifestaron sentirse "más tranquilos" y "más escuchados". La implementación de equipos multidisciplinarios ha reducido la aparición de síntomas mal controlados en el 60% de los casos.

Reducción de intervenciones invasivas innecesarias: La integración temprana del enfoque paliativo permite evitar hospitalizaciones frecuentes, ingresos o inicio de diálisis no deseada en etapas terminales.

Mayor satisfacción en la toma de decisiones: El uso de planificación anticipada de cuidados y conversaciones estructuradas sobre el final de la vida mejora la participación del paciente en la toma de decisiones y reduce el conflicto familiar.

Muerte más digna y menos sufrimiento: Los pacientes que optan por cuidados paliativos presentan un proceso de muerte más tranquilo, con menor sufrimiento físico y emocional. El uso de medidas de confort en lugar de terapias agresivas no útiles se asoció con mejores indicadores de calidad en la atención al final de la vida.

Los cuidados paliativos en ERCA, los podemos dividir en 2: Enfoque paliativo, donde encontramos la atención centrada en la persona, no en la enfermedad; el control de síntomas físicos, emocionales, sociales y espirituales; y la participación activa del equipo multidisciplinario (nefrólogo, enfermería, psicología, trabajo social, cuidados paliativos). Y los objetivos del cuidado paliativo en ERCA, mejorar la calidad de vida, facilitar la toma de decisiones informadas, apoyar a la familia y cuidadores, y planificar el final de la vida de forma digna y respetuosa.

Hay que plantearse la decisión de no iniciar o retirar diálisis según criterios clínicos: edad avanzada, comorbilidades, mala calidad de vida, deterioro funcional severo; según el enfoque ético: autonomía del paciente, proporcionalidad del tratamiento, consentimiento informado; o ofrecer un cuidado conservador renal, centrado en el control sintomático sin diálisis.

Lo principal es el manejo del final de la vida, desde el control de síntomas comunes, como el dolor usando opioides, disnea con oxigenoterapia, morfina, ventilación no invasiva si está indicado, las náuseas y vómitos tratarlos con antieméticos adecuados para pacientes con ERCA y tratar la confusión con manejo no farmacológico y fármacos como haloperidol. Son importantes las conversaciones tempranas como saber las voluntades anticipadas y hacer una planificación de decisiones al final de la vida, realizado una educación a la familia y cuidadores sobre el proceso de muerte renal natural. En los cuidados en el momento de la muerte es importante que el ambiente sea tranquilo y seguro, que se proporcione un soporte emocional y espiritual y que los tratamientos únicamente vayan orientados al confort.

Por último, y no menos importante hay que hablar sobre los aspectos éticos y legales como son los derechos del paciente a rechazar tratamientos, respetar a las voluntades anticipadas del paciente, que los cuidados paliativos sean como parte del derecho a una muerte digna y que se evite el ensañamiento terapéutico.

CONCLUSIONES

Los cuidados paliativos en pacientes renales crónicos son esenciales para garantizar una atención digna y de calidad en el final de la vida, mas allá del tratamiento con diálisis, se debe considerar un enfoque integral que aborde el alivio de síntoma, el apoyo emocional y la toma de decisiones respetuosas con la autonomía del paciente.

Es fundamental que los profesionales de la salud trabajen en equipo con los pacientes y sus familias para brindar un cuidado humanizado, centrado en el bienestar y la calidad de vida. La muerte es una parte natural de vida, y en pacientes con ERCA, un manejo adecuado del final de la vida puede hacer la diferencia entre una despedida dolorosa y un proceso sereno, acompañado y sin sufrimiento innecesario.

BIBLIOGRAFÍA

1.Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.; 2005.
2.Organización Mundial de la Salud. (2020). Cuidados Paliativos. https://www.who.int/es/news- room/fact-sheets/detail/palliative-care
3.Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). (2019). Guía de cuidados paliativos para Enfermería.
4.Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. (2018). Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

AUTORES:

María del Prado Pérez Trenado
Alejandra Monasterio Ruedas
María Jesús del Hoyo Serrano
Carla Martínez Fernández

Resumen: *Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica, en toda su trayectoria: enfermedad renal crónica, diálisis, trasplante, reagudizaciones, terminalidad y duelo; siendo el papel de enfermería crucial proporcionando un cuidado integral en el manejo del dolor, con apoyo emocional, mediante una comunicación afectiva y acompañando tanto al paciente como a la familia.*

Palabras Clave: *Cuidados paliativos - Enfermedad renal crónica - Duelo*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La enfermedad renal crónica avanzada se define como la pérdida progresiva e irreversible de la función renal, en estadios 4-5, cuando el filtrado glomerular es por debajo de 30ml/min, enfrentándose a diferentes complicaciones como hipertensión, anemia, desequilibrios electrolíticos...

Lo primordial en los cuidados paliativos en la fase renal es aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida de dichos pacientes, sea en la fase en la que estén; somos los enfermeros los responsables de administrar el tratamiento para controlar el dolor, la dificultad respiratoria, la fatiga o las náuseas.

Objetivos:

Abordar la importancia del enfoque paliativo y las estrategias para el manejo adecuado del final de la vida en los pacientes renales crónicos.

Material y Método:

Para realizar la revisión bibliográfica, se hace una búsqueda en la plataforma Google Académico. Se emplean términos como “cuidados paliativos”, “duelo” “enfermedad renal crónica”. Finalmente encuentro varios artículos, descartando aquellos de más de 10 años de publicación y empleando para la realización de este trabajo 4 de ellos que cumplían con los criterios de inclusión impuestos por los profesionales que realizan este trabajo.

Resultados:

Mejora de la calidad de vida con cuidados paliativos: Diversos estudios han demostrado que los pacientes con ERCA que reciben cuidados paliativos presentan una mejoría significativa en el control de síntomas como el dolor, disnea, prurito y ansiedad. En comparación con aquellos que solo reciben tratamiento convencional, estos pacientes reportan mayor satisfacción con la atención recibida y menor carga emocional.

En estudios observacionales, más del 75% de los pacientes en programas de cuidado conservador renal manifestaron sentirse "más tranquilos" y "más escuchados". La implementación de equipos multidisciplinarios ha reducido la aparición de síntomas mal controlados en el 60% de los casos.

Reducción de intervenciones invasivas innecesarias: La integración temprana del enfoque paliativo permite evitar hospitalizaciones frecuentes, ingresos o inicio de diálisis no deseada en etapas terminales.

Mayor satisfacción en la toma de decisiones: El uso de planificación anticipada de cuidados y conversaciones estructuradas sobre el final de la vida mejora la participación del paciente en la toma de decisiones y reduce el conflicto familiar.

Muerte más digna y menos sufrimiento: Los pacientes que optan por cuidados paliativos presentan un proceso de muerte más tranquilo, con menor sufrimiento físico y emocional. El uso de medidas de confort en lugar de terapias agresivas no útiles se asoció con mejores indicadores de calidad en la atención al final de la vida.

Los cuidados paliativos en ERCA, los podemos dividir en 2: Enfoque paliativo, donde encontramos la atención centrada en la persona, no en la enfermedad; el control de síntomas físicos, emocionales, sociales y espirituales; y la participación activa del equipo multidisciplinario (nefrólogo, enfermería, psicología, trabajo social, cuidados paliativos). Y los objetivos del cuidado paliativo en ERCA, mejorar la calidad de vida, facilitar la toma de decisiones informadas, apoyar a la familia y cuidadores, y planificar el final de la vida de forma digna y respetuosa.

Hay que plantearse la decisión de no iniciar o retirar diálisis según criterios clínicos: edad avanzada, comorbilidades, mala calidad de vida, deterioro funcional severo; según el enfoque ético: autonomía del paciente, proporcionalidad del tratamiento, consentimiento informado; o ofrecer un cuidado conservador renal, centrado en el control sintomático sin diálisis.

Lo principal es el manejo del final de la vida, desde el control de síntomas comunes, como el dolor usando opioides, disnea con oxigenoterapia, morfina, ventilación no invasiva si está indicado, las náuseas y vómitos tratarlos con antieméticos adecuados para pacientes con ERCA y tratar la confusión con manejo no farmacológico y fármacos como haloperidol. Son importantes las conversaciones tempranas como saber las voluntades anticipadas y hacer una planificación de decisiones al final de la vida, realizado una educación a la familia y cuidadores sobre el proceso de muerte renal natural. En los cuidados en el momento de la muerte es importante que el ambiente sea tranquilo y seguro, que se proporcione un soporte emocional y espiritual y que los tratamientos únicamente vayan orientados al confort.

Por último, y no menos importante hay que hablar sobre los aspectos éticos y legales como son los derechos del paciente a rechazar tratamientos, respetar a las voluntades anticipadas del paciente, que los cuidados paliativos sean como parte del derecho a una muerte digna y que se evite el ensañamiento terapéutico.

Conclusión:

Los cuidados paliativos en pacientes renales crónicos son esenciales para garantizar una atención digna y de calidad en el final de la vida, más allá del tratamiento con diálisis, se debe considerar un enfoque integral que aborde el alivio de síntoma, el apoyo emocional y la toma de decisiones respetuosas con la autonomía del paciente.

Es fundamental que los profesionales de la salud trabajen en equipo con los pacientes y sus familias para brindar un cuidado humanizado, centrado en el bienestar y la calidad de vida. La muerte es una parte natural de vida, y en pacientes con ERCA, un manejo adecuado del final de la vida puede hacer la diferencia entre una despedida dolorosa y un proceso sereno, acompañado y sin sufrimiento innecesario.

Bibliografía

1 Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.; 2005.

2 Organización Mundial de la Salud. (2020). Cuidados Paliativos. https://www.who.int/es/news- room/factsheets/detail/palliative-care

3 Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). (2019). Guía de cuidados paliativos para Enfermería.

4 Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. (2018). Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 38

"Del dato al cuidado: decisiones enfermeras basadas en evidencia para una práctica clínica transformadora"

Morales Hijazo, Lorena
Ríos Lamas, Patricia
Beltrán Orga, Miriam
Irache Ferrandez, Ana Rosa
Martinez Vera, Miriam

Morales Hijazo. L[1], Ríos Lamas. P[1], Beltrán Orga.M[1], Irache Ferrandez.AR[2], Martinez Vera.M[2]
1- Enfermera Hospital Universitario Miguel Servet 2- Enfermera Hospital Universitario Lozano Blesa

SATSE

Del dato al cuidado: decisiones enfermeras basadas en evidencia para una práctica clínica transformadora

Introducción

El cuidado enfermero evoluciona con apoyo en los datos clínicos e indicadores sensibles. El uso de la evidencia permite anticipar complicaciones, mejorar la calidad asistencial y fortalecer el liderazgo profesional.
Las enfermeras no solo cuidan: también interpretan, priorizan y deciden.

Objetivos

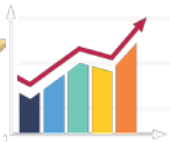
- ■ Analizar evidencia sobre cómo el uso de datos fortalece la práctica enfermera
- ● Valorar el impacto de indicadores sensibles en la calidad asistencial
- ■ Identificar barreras y facilitadores para integrar datos en la toma de decisiones

Metodología

Revisión narrativa en PubMed, CINAHL y Scopus (2013–2023)
Se seleccionaron 20 artículos.
Indicadores clave: dolor, caídas, úlceras por presión

Resultados

- 🛏 ↓ −38% úlceras por presión al aplicar protocolos basados en datos
- 🚶■ ↓ −22% caídas gracias a evaluación predictiva enfermera
- ■ ↑ +70% visibilidad clínica con "dashboards" e indicadores visuales



Conclusiones

-Los datos clínicos permiten a las enfermeras tomar decisiones oportunas, basadas en evidencia y alineadas con la seguridad del paciente.
-El análisis de datos no deshumaniza la atención: la personaliza con criterio y anticipación.

“Donde hay datos, hay decisiones que salvan”

Resumen: *Esta revisión bibliográfica analiza el impacto del uso de datos clínicos e indicadores enfermeros en la toma de decisiones asistenciales. Se identificaron 20 estudios que muestran cómo el análisis de resultados sensibles (dolor, caídas, úlceras por presión) permite intervenir de forma anticipada, mejorando la calidad y seguridad del cuidado. Las enfermeras, al interpretar datos, lideran acciones basadas en evidencia que transforman la práctica. Integrar estos procesos no deshumaniza la atención: la personaliza y fortalece. Cuidar con datos es cuidar con ciencia, sensibilidad y criterio, consolidando el rol estratégico de la enfermería en un sistema sanitario basado en resultados.*

Palabras Clave: *Nursing Care - Evidence- Based Nursing - Clinical Decision- Makin*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La enfermería actual transite un cambio de paradigma: de una práctica sustentada en la experiencia hacia una basada en la evidencia, los resultados medibles y los datos clínicos. En este contexto, la figura de la enfermera como profesional capaz de interpretar información crítica y actuar preventivamente, cobra una relevancia estratégica. Las decisiones clínicas informadas por indicadores permiten una atención más segura, personalizada y efectiva. No obstante, su integración en la práctica diaria aún encuentra obstáculos: falta de formación especializada, limitaciones tecnológicas o infrautilización de sistemas de información que poseen un enorme potencial. Esta revisión bibliográfica analiza el impacto del uso de datos clínicos e indicadores enfermeros en la toma de decisiones y en la mejora de los cuidados, reivindicando una enfermería que lidera, anticipa y transforma.

Objetivos:

• Revisar la literatura sobre el uso de datos clínicos y resultados sensibles a enfermería como herramientas para fundamentar intervenciones asistenciales.

• Identificar cómo el uso sistemático de indicadores repercute en la calidad del cuidado, la seguridad del paciente y el liderazgo clínico enfermero.

• Analizar las barreras y facilitadores más relevantes para una implementación práctica sostenible en entornos asistenciales reales.

Material y Método:

Se realizó una revisión bibliográfica de tipo narrativa en las bases de datos PubMed, CINAHL y Scopus. Los descriptores utilizados, combinados mediante operadores booleanos, fueron: “Nursing Care”, “Evidence-Based Nursing”, “Clinical Indicators”, “Nursing-Sensitive Outcomes” y “Data-Driven Care”. Se seleccionaron artículos publicados entre 2013 y 2023, en inglés o español, que abordaran la utilización de datos o indicadores clínicos por parte del personal de enfermería en el contexto asistencial, con especial atención a su impacto cuantificable.

Los criterios de inclusión fueron: estudios primarios (cuantitativos o cualitativos), revisiones sistemáticas y guías basadas en evidencia que vincularan la toma de decisiones enfermeras con resultados sensibles (dolor, caídas, úlceras, adherencia terapéutica, entre otros). Se excluyeron editoriales, ensayos sin aplicación práctica y artículos centrados exclusivamente en aspectos tecnológicos sin conexión directa con el rol enfermero.

Del total de 135 estudios encontrados inicialmente, tras revisar título, resumen y texto completo, se seleccionaron 20 artículos relevantes que cumplían con los criterios establecidos y aportaban evidencias significativas para el análisis.

Resultados:

Los datos extraídos permitieron identificar una tendencia creciente en la valoración del uso de indicadores clínicos enfermeros como motor de cambio en la práctica asistencial y en los resultados en salud. La mayor parte de los estudios analizados (65%) se centraban en tres áreas clave: prevención de caídas, manejo del dolor y úlceras por presión.

Las intervenciones enfermeras basadas en el uso proactivo de datos clínicos mostraron resultados concretos y consistentes. Por ejemplo, protocolos validados para la prevención de úlceras por presión, activados tras la detección de riesgo en escalas sistematizadas, disminuyeron su incidencia en un 38% en unidades de hospitalización médica. Otro estudio recogía que el seguimiento electrónico de pacientes con riesgo de caídas, combinado con alarmas clínicas revisadas por enfermería, redujo su frecuencia en un 22%. Además, se identificaron mejoras significativas en la gestión del dolor cuando se utilizaban escalas evaluadas periódicamente y se integraban en planes de cuidados personalizados.

Respecto a facilitadores, el uso de cuadros de mando (dashboards) y sistemas informatizados aumentó la precisión en la identificación de riesgos y ayudó a priorizar intervenciones, promoviendo una cultura de seguridad y autonomía profesional. Por el contrario, las principales barreras descritas fueron la ausencia de formación específica en análisis de datos, la sobrecarga asistencial y la falta de reconocimiento formal del rol estratégico de la enfermera en la toma de decisiones.

Varios artículos alertan de que los datos clínicos existen, pero su potencial sigue infrautilizado si no se integran en una cultura organizacional que reconozca, institucionalice y fomente el liderazgo enfermero en el análisis y aplicación de esta información con sentido clínico.

Conclusión:

La evidencia recopilada refuerza la premisa de que las enfermeras, al actuar sobre los datos clínicos, no solo optimizan los cuidados, sino que participan activamente en la mejora continua del sistema sanitario. El análisis, interpretación y uso de indicadores transforma la intuición en criterio clínico fundamentado, permitiendo intervenir de forma anticipada, específica y con una justificación científica clara.

Cuidar con datos es cuidar con ciencia. Lejos de deshumanizar la atención, permite una lectura más precisa de la persona y sus necesidades. Una enfermera que reconoce patrones de riesgo antes de que haya un evento adverso no está automatizando su rol: está fortaleciendo su capacidad de respuesta, liderazgo y autonomía profesional.

Para consolidar esta evolución, es imprescindible:

• Invertir en la formación específica en análisis de datos clínicos dentro del desarrollo profesional continuo.

• Visibilizar el impacto de las decisiones enfermeras basadas en datos a través de resultados medibles.

• Fomentar modelos híbridos que combinen la tecnología con la sensibilidad del cuidado humanizado, haciendo del dato una herramienta al servicio de la persona y potenciar la autonomía enfermera.

La enfermería del siglo XXI no es solo asistencial. Es analítica, resolutiva, predictiva y profundamente humana. Y su poder transformador se concreta en cada decisión guiada por evidencia, datos y conocimiento.

Bibliografía

1. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC). 6ª ed. Elsevier; 2018.

2. Dubois CA, D'Amour D, Pomey MP. Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic literature review. Int J Nurs Stud. 2013;50(8):1098-1115.

3. Lavallee DC, Lee JR, Austin JM, et al. How nurse leaders can foster a culture of data-driven decision-making. J Nurs Adm. 2020;50(12):615-618.

4. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. Int J Nurs Stud. 2015;52(6):1121-1137.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 39

Desescalada verbal como método de intervención enfermera en salud mental

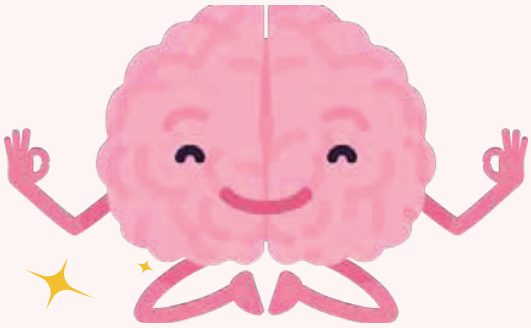
Pablo Alonso, Inés Carmen
Zardain Monforte, María
De Jesus Vicente, Alicia

XVI CONGRESODE LA EVIDENCIA A LA PRÁTICA:
INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO

SATSE

DESESCALADA VERBAL COMO MÉTODO DE INTERVENCIÓN ENFERMERA EN SALUD MENTAL

PABLO ALONSO IC, ZARDAIN MONFORTE M, DE JESUS VICENTE A



INTRODUCCIÓN

La agitación psicomotriz es una urgencia psiquiátrica que pone en riesgo a la persona y a su entorno inmediato. Requiere una respuesta rápida y coordinada.
El mejor abordaje es la **DESESCALADA O CONTENCIÓN VERBAL.**

Tiene como objetivo ayudar a manejar las emociones y angustias y recuperar el control del comportamiento sin el uso de medidas coercitivas.

Esta técnica sigue tres periodos:

1. Toma de contacto
2. Descubrir y ordenar su fuente de malestar
3. Pacto, trato y cierre

OBJETIVOS

General:

- Examinar la eficacia de la desescalada verbal como método de prevención de la contención mecánica.

Específicos:

- Enumerar las líneas de actuación en la desescalada verbal.

RESULTADOS

PAUTAS PARA LA DESESCALADA VERBAL SIGUIENDO EL "**PROYECTO BETA**"

1. Respetar el espacio personal
2. No tener una actitud retadora ni provocativa
3. Establecer contacto verbal
4. Ser conciso
5. Identificar las demandas y sentimientos desde la empatía
6. Escuchar atentamente
7. Mostrar acuerdo o acuerdo en el desacuerdo
8. Establecer de forma clara los límites
9. Ofrecer alternativas optimistas
10. Reconciliar

MATERIAL Y METODOS

- Revisión bibliográfica
- Búsqueda en Pubmed, Tripdatabase, Google Schoolar
- Pregunta PICO
  - P: Pacientes agitados
  - I: Desescalada verbal
  - C: Control de la agitación

12 artículos validos- 6 usados
Periodo: Enero-Abril 2025

CONCLUSIONES

La formación de los profesionales en desescalada verbal es fundamental a la hora de actuar con el paciente agitado.

En aquellas situaciones en las que sea posible se favorece la alianza terapéutica y el fortalecimiento de la salud física y mental del paciente.

BIBLIOGRAFIA

(1) Marín Rodríguez J, Román Rodríguez de Tudanca N, García Sastre M, Gonzalez Alegre P. Prevención de la contención mecánica: Desescalada verbal desde la perspectiva enfermera [Internet]. Conocimiento enfermero-CODEM. 2017. Disponible en: https://www.codem.es/ponencias/prevencion-contencion-mecanica-desescalada-verbal-desde-perspectiva-enfermera

(2) García Portilla González MP, Grande i Fullana I. Intervenciones para minimizar el uso de la contención física. En: Sep, editores. Consenso español. Buenas prácticas clínicas para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación. 1ªed. 2020. P. 29-40.
(3) Ortiz Moreno JM. Aptitudes para la desescalada en salud mental. Rev Enferm Salud Ment. 2020; 15: p. 24-28.
(4) Ruiz González MC. Revisión bibliográfica de la desescalada verbal como intervención enfermera en estados de agitación [Internet]. Garnata 91. 2023 [Acceso 12 Mar 2025]; 26: p. 1-5. Disponible en: https://www.ciberindex.com/index.php/g91/article/view/e2604gt/e2604gt
(5) Newman J, Paul O, Fogg L. Effects of a staff training intervention on seclusion rates on an rates on an adult impatient psychiatric unit. J Psychosos Nurs Ment Health Serv. 2018. 56(6): p. 23-30.
(6) Corral Calonge C. Eficacia de la contención verbal en la agitación psicomotriz. [Trabajo de fin de grado]. Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones; 2018.

Resumen: *Las características fisiológicas y psicológicas de la agitación psicomotriz hacen necesario el conocimiento en toda su extensión por parte de los profesionales de enfermería siendo la desescalada verbal la intervención más efectiva por sus múltiples beneficios que otorga al paciente y a los profesionales sanitarios que participan en ella. La asociación americana de psiquiatría de emergencias público "El proyecto Beta" en el cual se muestran 10 ítems para una correcta desescalada verbal.*

Palabras Clave: *Pacientes agitados, "Agitation, psycomotor" - Desescalada verbal, "nonverbal communication" - Control de la agitación, "Self-control"*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La agitación psicomotriz es una urgencia psiquiátrica que pone en riesgo a la persona y a su entorno inmediato. El abordaje más efectivo es la desescalada o contención verbal, cuyo objetivo es ayudar a recuperar el control del comportamiento sin el uso de medidas coercitivas.

Objetivos:

Examinar la eficacia de la desescalada verbal como método de prevención de la contención mecánica; Enumerar las líneas de actuación en la desescalada verbal.

Material y Método:

Se llevo a cabo una revisión bibliográfica, entre los meses de enero y abril de 2025, en bases de datos y metabuscadores, tales como Pubmed, TripDataBase, Google Schoolar siguiendo la pregunta de investigación PICO. Se obtuvieron un total de 12 artículos válidos siendo finalmente 6 los artículos utilizados.

Resultados:

Para asegurar la eficacia y seguridad de este abordaje es recomendable seguir las pautas para la desescalada verbal formuladas por la asociación americana de psiquiatría de emergencias denominada "Proyecto Beta" y apoyada por la sociedad española de psiquiatría, en la cual se muestran 10 pautas de actuación.

Conclusión:

La formación de los profesionales en desescalada verbal es fundamental a la hora de actuar en el paciente agitado. En aquellas situaciones en las que sea posible se favorece la alianza terapéutica y el fortalecimiento de la salud física y mental del paciente.

Bibliografía

1. Marín Rodríguez J, Román Rodríguez de Tudanca N, García Sastre M, Gonzalez Alegre P. Prevención de la contención mecánica: Desescalada verbal desde la perspectiva enfermera [Internet]. Conocimiento enfermero-CODEM. 2017. Disponible en: https://www.codem.es/ponencias/prevencion-contencion-mecanica-desescalada-verbal-desde-perspectiva-enfermera

2. García Portilla González MP, Grande i Fullana I. Intervenciones para minimizar el uso de la contención física. En: Sep, editores. Consenso español. Buenas prácticas clínicas para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación. 1ªed. 2020. P. 29-40.

3. Ortiz Moreno JM. Aptitudes para la desescalada en salud mental. Rev Enferm Salud Ment. 2020; 15: p. 24-28.

4. Ruiz González MC. Revisión bibliográfica de la desescalada verbal como intervención enfermera en estados de agitación [Internet]. Garnata 91. 2023 [Acceso 12 Mar 2025]; 26: p. 1-5. Disponible en: https://www.ciberindex.com/index.php/g91/article/view/e2604gt/e2604gt

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 40

Diafragma y COVID–19: Abordaje desde el punto de vista de la Fisioterapia

Vera Serrano, Francisco José
López Jiménez, Rocío

DIAFRAGMA Y COVID-19: ABORDAJE DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA FISIOTERAPIA

Vera Serrano, Francisco José (Hospital Punta Europa Algeciras. SAS)
López Jiménez, Rocío (Centro de salud Villamartín. SAS)

INTRODUCCIÓN

El síndrome post-COVID-19 es un término utilizado para describir un conjunto de síntomas persistentes tras la infección por SARS-CoV-2, afectando diversos sistemas del cuerpo. Uno de los problemas más relevantes en estos pacientes es la disfunción diafragmática, que puede derivar en dificultades respiratorias, fatiga y reducción de la tolerancia al esfuerzo. Esta afección puede estar relacionada con la inflamación prolongada, el daño pulmonar residual o el desacondicionamiento muscular tras la enfermedad.

La relación entre la debilidad diafragmática y la recuperación funcional de los pacientes post-COVID-19 sigue siendo un tema de investigación. Algunos estudios sugieren que la disfunción del diafragma puede contribuir a la sensación de disnea y la fatiga crónica, mientras que otros argumentan que su impacto varía según la gravedad de la enfermedad previa y la presencia de comorbilidades.

Es fundamental destacar que el tratamiento de la disfunción diafragmática en estos pacientes requiere un enfoque individualizado. Si una persona presenta síntomas como dificultad respiratoria o fatiga prolongada tras el COVID-19, se recomienda la valoración por un especialista en fisioterapia respiratoria para establecer un plan de tratamiento adecuado.

Las técnicas de rehabilitación diafragmática incluyen ejercicios de respiración diafragmática, entrenamiento muscular inspiratorio y otras intervenciones fisioterapéuticas diseñadas para mejorar la función pulmonar y la resistencia del diafragma. En pacientes post-COVID-19, estas estrategias han demostrado ser efectivas para aliviar la disnea y mejorar la capacidad funcional.

Existen diversas investigaciones que respaldan el uso del entrenamiento diafragmático como una opción terapéutica viable. Su aplicación puede contribuir a reducir la sensación de disnea, mejorar la mecánica ventilatoria y favorecer la recuperación de la función respiratoria en estos pacientes.

Es importante considerar que la rehabilitación diafragmática se emplea dentro de un abordaje multidisciplinario que incluye actividad física adaptada, técnicas de reentrenamiento respiratorio y soporte nutricional, entre otras estrategias. La combinación de estas intervenciones puede generar beneficios significativos en la recuperación post-COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión de la bibliografía de la literatura científica disponible sobre el tratamiento sobre el diafragma en el abordaje del COVID-19. Se ha realizado la búsqueda en la base de datos científica PubMed en el periodo comprendido entre ENERO y MARZO de 2025. Para ello se han elegido los descriptores: Diaphragm, physiotherapy, COVID-19 combinados con el operador booleano AND. Se aplicaron límites de idioma, restringiendo la búsqueda a aquellos artículos que estuvieran en español o inglés y se amplió la búsqueda a todos los estudios disponibles en cualquier fecha. El número de artículos encontrados fue de 22, de los cuales se han seleccionado 9 artículos, que son los que cumplían los criterios de inclusión.

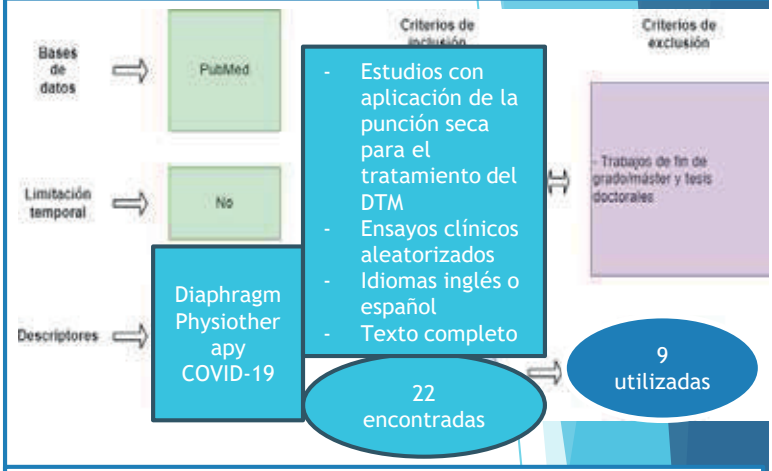
OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es analizar la evidencia científica existente sobre el efecto del tratamiento del diafragma en pacientes con secuelas post-COVID-19.

RESULTADOS

En los estudios seleccionados y analizados, la duración del tratamiento varía entre 6 meses y 2 años.

De los 9 estudios recopilados, 4 estudios analizaron la efectividad de técnicas específicas de rehabilitación diafragmática, como el entrenamiento muscular inspiratorio y la respiración diafragmática guiada. Sin embargo, solo 3 de estos estudios reportaron una mejoría significativa en la capacidad ventilatoria y en la reducción de la disnea en los pacientes.



CONCLUSIONES

- El tratamiento del diafragma puede desempeñar un papel clave en la rehabilitación de pacientes con secuelas post-COVID-19, especialmente en aquellos con disnea persistente y debilidad muscular respiratoria. Las técnicas de fortalecimiento diafragmático, en combinación con fisioterapia pulmonar, parecen mejorar la función respiratoria, reducir la fatiga y optimizar la tolerancia al ejercicio..
- Hay muy poca bibliografía sobre la aplicación de esta técnica en esta patología, por lo que se necesita más investigación en esta línea para comprobar su efectividad.
- Aunque la evidencia actual sugiere que la rehabilitación diafragmática puede ser una intervención prometedora en pacientes post-COVID-19, se necesitan ensayos clínicos con mayor rigor metodológico para validar su eficacia y establecer recomendaciones clínicas precisas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spiesshoefer J, Regmi B, Senol M, Jörn B, Gorol O, Elfeturi M, Walterspacher S, Giannoni A, Kahles F, Gloeckl R, Dreher M. Potential Diaphragm Muscle Weakness-related Dyspnea Persists 2 Years after COVID-19 and Could Be Improved by Inspiratory Muscle Training: Results of an Observational and an Interventional Clinical Trial. Am J Respir Crit Care Med. 2024 Sep 1;210(5):618-628. doi: 10.1164/rccm.202309-1572OC.

2. Nagy EN, Elimy DA, Ali AY, Ezzelregal HG, Elsayed MM. Influence of Manual Diaphragm Release Technique Combined with Inspiratory Muscle Training on Selected Persistent Symptoms in Men with Post-Covid-19 Syndrome: A Randomized Controlled Trial. J Rehabil Med. 2022 Oct 20;54:jrm00330. doi: 10.2340/jrm.v54.3972.

3. Vieira da Costa K, Tainá Cordeiro de Souza I, Felix JVDS, Brandão CBF, Fernandes VMS, Favero ABL, Gouveia MLA, Lima DT, Lima JHM, Pedrosa R, Onofre T, Brito GEG, De França EET. Efficacy of a rehabilitation protocol on pulmonary and respiratory muscle function and ultrasound evaluation of diaphragm and quadriceps femoris in patients with post-COVID-19 syndrome: a series of cases. Monaldi Arch Chest Dis. 2022 Jun 20;93(1). doi: 10.4081/monaldi.2022.2206.

4. Kim KH, Kim DH. Effects of Maitland Thoracic Joint Mobilization and Lumbar Stabilization Exercise on Diaphragm Thickness and Respiratory Function in Patients with a History of COVID-19. Int J Environ Res Public Health. 2022 Dec 19;19(24):17044. doi: 10.3390/ijerph192417044.

5. Ahmad AM, Nawar NM, Dabess HM, Gallab MA. Effect of diaphragm manual release versus conventional breathing exercises and prone positioning on physical functional performance in women with COVID-19: A randomized trial. J Bodyw Mov Ther. 2023 Jul;35:311-319. doi: 10.1016/j.jbmt.2023.04.064.

Resumen: *Los pacientes con síndrome post-COVID-19 pueden presentar síntomas como problemas respiratorios, debilidad diafragmática, alteraciones cardiovasculares, fatiga y baja tolerancia al ejercicio. La fisioterapia podría ser clave en su recuperación y prevención del deterioro. Este estudio busca evidenciar el efecto del tratamiento diafragmático en COVID-19. Se realizó una búsqueda en PubMed (enero-marzo 2025), obteniendo 22 artículos, de los cuales 9 fueron válidos. Cuatro analizaron la eficacia de la técnica, pero solo tres mostraron mejoría. Se concluye que se requieren más investigaciones para determinar su efectividad.*

Palabras Clave: *Diaphragm - Covid-19 - Physiotherapy*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El síndrome post-COVID-19 es un término utilizado para describir un conjunto de síntomas persistentes tras la infección por SARS-CoV-2, afectando diversos sistemas del cuerpo. Uno de los problemas más relevantes en estos pacientes es la disfunción diafragmática, que puede derivar en dificultades respiratorias, fatiga y reducción de la tolerancia al esfuerzo. Esta afección puede estar relacionada con la inflamación prolongada, el daño pulmonar residual o el desacondicionamiento muscular tras la enfermedad.

La relación entre la debilidad diafragmática y la recuperación funcional de los pacientes post-COVID-19 sigue siendo un tema de investigación. Algunos estudios sugieren que la disfunción del diafragma puede contribuir a la sensación de disnea y la fatiga crónica, mientras que otros argumentan que su impacto varía según la gravedad de la enfermedad previa y la presencia de comorbilidades.

Es fundamental destacar que el tratamiento de la disfunción diafragmática en estos pacientes requiere un enfoque individualizado. Si una persona presenta síntomas como dificultad respiratoria o fatiga prolongada tras el COVID-19, se recomienda la valoración por un especialista en fisioterapia respiratoria para establecer un plan de tratamiento adecuado.

Las técnicas de rehabilitación diafragmática incluyen ejercicios de respiración diafragmática, entrenamiento muscular inspiratorio y otras intervenciones fisioterapéuticas diseñadas para mejorar la función pulmonar y la resistencia del diafragma. En pacientes post-COVID-19, estas estrategias han demostrado ser efectivas para aliviar la disnea y mejorar la capacidad funcional.

Existen diversas investigaciones que respaldan el uso del entrenamiento diafragmático como una opción terapéutica viable. Su aplicación puede contribuir a reducir la sensación de disnea, mejorar la mecánica ventilatoria y favorecer la recuperación de la función respiratoria en estos pacientes.

Es importante considerar que la rehabilitación diafragmática se emplea dentro de un abordaje multidisciplinario que incluye actividad física adaptada, técnicas de reentrenamiento respiratorio y soporte nutricional, entre otras estrategias. La combinación de estas intervenciones puede generar beneficios significativos en la recuperación post-COVID-19.

Objetivos:

El objetivo de este estudio es analizar la evidencia científica existente sobre el efecto del tratamiento del diafragma en pacientes con secuelas post-COVID-19.

Material y Método:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed, entre enero y marzo de 2025, obteniendo un total de 22 artículos, de los cuales 9 fueron considerados válidos para este estudio.

Resultados:

Tras la búsqueda en la base de datos PubMed, se seleccionaron 9 artículos relevantes que evaluaban el impacto del tratamiento diafragmático en pacientes con secuelas post-COVID-19. De estos, 4 estudios analizaron la efectividad de técnicas específicas de rehabilitación diafragmática, como el entrenamiento muscular inspiratorio y la respiración diafragmática guiada. Sin embargo, solo 3 de estos estudios reportaron una mejoría significativa en la capacidad ventilatoria y en la reducción de la disnea en los pacientes.

Uno de los estudios encontró que el impacto del entrenamiento de los músculos inspiratorios (IMT) en la debilidad del diafragma y los músculos inspiratorios y la disnea de esfuerzo en personas con COVID prolongada. El IMT mejoró la función del diafragma y de los músculos inspiratorios persistiendo durante 6 semanas tras la finalización del tratamiento, destacando una disminución del 35% en la percepción de disnea tras la intervención. Otro estudio encontró que la adición de la liberación manual del diafragma a un programa de entrenamiento de los músculos inspiratorios potencia el papel del entrenamiento de los músculos inspiratorios en el tratamiento de hombres con síndrome post-COVID-19 sintomático.

Por otro lado, otro estudio demostró que la combinación del entrenamiento diafragmático con fisioterapia pulmonar produjo una mejora en la función pulmonar, la fuerza y la resistencia de los músculos respiratorios y el grosor del diafragma y del cuádriceps femoral, y redujo la intensidad del eco del cuádriceps en pacientes con síndrome post-COVID-19.

Otros artículos exploraron la relación entre la disfunción diafragmática y la fatiga crónica post-COVID-19, evidenciando que aquellos pacientes con debilidad diafragmática presentaban menor tolerancia al ejercicio y requerían un abordaje más prolongado en la rehabilitación. Además, otro estudio encontró que, combinado con el tratamiento farmacológico, la liberación manual del diafragma podría ser superior a los ejercicios de respiración convencionales y la posición prona para mejorar el rendimiento funcional físico, la expansión del pecho, las actividades de la vida diaria, la saturación de O 2 y las medidas de fatiga y disnea en mujeres de mediana edad con enfermedad moderada de COVID-19.

En general, aunque la mayoría de los estudios reportaron resultados positivos en la función respiratoria y la reducción de la disnea, las diferencias metodológicas entre los estudios hacen necesario un análisis más profundo para determinar la mejor estrategia terapéutica en la rehabilitación diafragmática post-COVID-19.

Conclusión:

Los hallazgos de esta revisión sugieren que el tratamiento del diafragma puede desempeñar un papel clave en la rehabilitación de pacientes con secuelas post-COVID-19, especialmente en aquellos con disnea persistente y debilidad muscular respiratoria. Las técnicas de fortalecimiento diafragmático, en combinación con fisioterapia pulmonar, parecen mejorar la función respiratoria, reducir la fatiga y optimizar la tolerancia al ejercicio.

Sin embargo, la heterogeneidad de los estudios analizados indica la necesidad de establecer protocolos más estandarizados en cuanto a la duración, frecuencia e intensidad de las intervenciones. También se requiere mayor investigación para determinar qué pacientes se benefician más de este enfoque y cómo personalizar el tratamiento según la severidad de sus secuelas.

En conclusión, aunque la evidencia actual sugiere que la rehabilitación diafragmática puede ser una intervención prometedora en pacientes post-COVID-19, se necesitan ensayos clínicos con mayor rigor metodológico para validar su eficacia y establecer recomendaciones clínicas precisas.

Bibliografía

1. Spiesshoefer J, Regmi B, Senol M, Jörn B, Gorol O, Elfeturi M, Walterspacher S, Giannoni A, Kahles F, Gloeckl R, Dreher M. Potential Diaphragm Muscle Weakness-related Dyspnea Persists 2 Years after COVID-19 and Could Be Improved by Inspiratory Muscle Training: Results of an Observational and an Interventional Clinical Trial. Am J Respir Crit Care Med. 2024 Sep 1;210(5):618-628. doi: 10.1164/rccm.202309-1572OC.

2. Nagy EN, Elimy DA, Ali AY, Ezzelregal HG, Elsayed MM. Influence of Manual Diaphragm Release Technique Combined with Inspiratory Muscle Training on Selected Persistent Symptoms in Men with Post-Covid-19 Syndrome: A Randomized Controlled Trial. J Rehabil Med. 2022 Oct 20;54:jrm00330. doi: 10.2340/jrm.v54.3972.

3. Vieira da Costa K, Tainá Cordeiro de Souza I, Felix JVDS, Brandão CBF, Fernandes VMS, Favero ABL, Gouveia MLA, Lima DT, Lima JHM, Pedrosa R, Onofre T, Brito GEG, De França EET. Efficacy of a rehabilitation protocol on pulmonary and respiratory muscle function and ultrasound evaluation of diaphragm and quadriceps femoris in patients with post-COVID-19 syndrome: a series of cases. Monaldi Arch Chest Dis. 2022 Jun 20;93(1). doi: 10.4081/monaldi.2022.2206.

4. Kim KH, Kim DH. Effects of Maitland Thoracic Joint Mobilization and Lumbar Stabilization Exercise on Diaphragm Thickness and Respiratory Function in Patients with a History of COVID-19. Int J Environ Res Public Health. 2022 Dec 19;19(24):17044. doi: 10.3390/ijerph192417044.

5. Ahmad AM, Nawar NM, Dabess HM, Gallab MA. Effect of diaphragm manual release versus conventional breathing exercises and prone positioning on physical functional performance in women with COVID-19: A randomized trial. J Bodyw Mov Ther. 2023 Jul;35:311-319. doi: 10.1016/j.jbmt.2023.04.064.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 41

Diatermia como tratamiento sintomático de la fibromialgia.

Gómez Artillo, Cristina

DIATERMIA COMO TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA FIBROMIALGIA

Autor: Cristina Gómez Artillo

INTRODUCCIÓN:

La fibromialgia es una enfermedad crónica que provoca dolor, alteración del sueño, estrés, fatiga crónica, ansiedad y, en definitiva, pérdida de calidad de vida en las personas que la sufren, en el 95% de los casos, mujeres. Debido a la falta de conocimiento sobre las causas que la provocan, es difícil de diagnosticar y de tratar.

Con la diatermia se emite energía que se transforma en calor a nivel profundo, pudiendo provocar una reparación de los tejidos y disminución del dolor.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Búsqueda en Pubmed de estudios que analizaran la respuesta de los participantes con fibromialgia a un tratamiento de fisioterapia con diatermia. Empleando los términos: “diathermy“, “Monopolar Dielectric Radiofrequency" y “fibromyalgia”.

OBJETIVOS:

1. Conocer el efecto que tiene el tratamiento con diatermia en pacientes que sufren fibromialgia.
2. Valorar si la diatermia es una técnica útil para disminuir la sintomatología de los pacientes con fibromialgia.

RESULTADOS

2 estudios analizados	Ibáñez-Vera *et al. (*66 participantes)	Úbeda-D’Ocasar *et al.* (31 participantes)
Tratamiento	8 sesiones de 20 minutos de diatermia en trapecio superior	8 sesiones de 20 minutos de diatermia en región trocantérea.
Grupo control	Reciben sesiones de diatermia sin emisión y otro terapia habitual	Recibe sesiones de diatermia sin emisión.
Resultado grupo diatermia	Mejor en dolor y calidad de vida. No diferencias en ansiedad y depresión.	Mejor en umbral de dolor a la presión, ansiedad y fatiga. No diferencia en dolor, depresión y sueño.

CONCLUSIÓN:

El uso de diatermia en pacientes con fibromialgia muestra una disminución del dolor, tanto en general como a la palpación de puntos clave para la fibromialgia y de los niveles de ansiedad, fatiga y calidad de vida.

La diatermia es una opción de tratamiento útil para mejorar estas variables clínicas que sufren los pacientes con fibromialgia y que, en términos generales, afectan a su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cabo-Meseguer A, et al. Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. Med Clin (Barc). 2017. http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008. 2. Ibáñez-Vera, A. J., García-Romero, J. C., Alvero-Cruz, J. R., & Lomas-Vega, R. (2020). Effects of monopolar dielectric radiofrequency signals on the symptoms of fibromyalgia: A single-blind randomized controlled trial. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(7), 2465. 3. Úbeda-D’Ocasar, E., González-Gerstner, D., Cimadevilla-Fernández-Pola, E., Ojedo-Martín, C., Hernández-Lougedo, J., & Hervás-Pérez, J. P. (2024). Effects of Diathermy on Pain in Women with Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. Biomedicines, 12(7), 1465. 4. Franco López, M., Valdés García, KP., González Tovar, J. (2025). Fibromialgia, psicopatología y riesgo suicida: Una revisión teórica. Politicas Sociales Sectoriales, 3(1), 321-338.

Resumen: *La fibromialgia es una enfermedad que provoca dolor crónico y pérdida de calidad de vida en las personas que la sufren, en el 95% de los casos mujeres. Con la diatermia se puede llegar a estructuras profundas y disminuir el dolor. Para ver su efecto se realizó una búsqueda científica que aportó dos resultados. En uno de los estudios se probó la eficacia en dolor y calidad de vida y en el otro en el umbral de dolor a la presión, ansiedad y fatiga. En conclusión, la diatermia es útil como tratamiento de la sintomatología de la fibromialgia.*

Palabras Clave: *Diatermia - Fibromialgia - Fisioterapia*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La fibromialgia es una enfermedad crónica que afecta notablemente a la calidad de vida de las personas que la padecen, en el 95% de los casos mujeres. Además del sexo femenino, se conoce que hay otros factores que aumentan el riesgo de sufrir esta enfermedad como la presencia de estrés emocional o dolor crónico, el ámbito rural, un nivel económico menor y la edad, siendo más frecuente entre los 40 y 49 años.

Aunque hay varias hipótesis sobre el origen de este síndrome a nivel neurológico, es cierto que no está demasiado claro y que el diagnóstico se hace mediante la evaluación de los síntomas. Es por ello que casi el 75% de las personas que sufren esta afectación están sin diagnosticar.

El diagnóstico se basa en palpar aplicando presión de 4 kg/cm2 en 18 puntos sensibles establecidos. Si la respuesta es dolorosa en 11 de ellos o más, se considera que el paciente sufre fibromialgia. Este síndrome provoca dolor generalizado, alteraciones del sueño, fatiga crónica, cefaleas, depresión, estrés y ansiedad. Es una enfermedad que afecta a la persona que la padece en las diferentes esferas (física, cognitiva, emocional, profesional y mental). Además, se estima que afecta a un 2.4% de la población española, provocando un gasto de casi 13 millones de euros anuales.

La diatermia es una técnica de fisioterapia, que forma parte de las terapias no invasivas de la electroterapia. La máquina de diatermia produce energía de alta frecuencia que se transforma en un calor que profundiza a nivel local en la zona de aplicación, sin calentar la piel ni estructuras superficiales. Esta técnica es capaz de calentar estructuras profundas de forma inmediata, a diferencia de otras terapias superficiales, y es por ello que promueve la reparación de los tejidos y disminuye el dolor.

Objetivos:

Conocer el efecto que tiene el tratamiento con diatermia en pacientes que sufren fibromialgia

Valorar si la diatermia es una técnica útil para disminuir la sintomatología de los pacientes con fibromialgia

Material y Método:

Se realizó una búsqueda de bibliografía en la base de datos Pubmed. Para ello se realizó la siguiente estrategia de búsqueda: (diathermy OR "Monopolar Dielectric Radiofrequency") AND fibromyalgia.

Esta búsqueda arrojó 19 resultados, de los cuales, tras leer los artículos a texto completo se seleccionaron 2 de ellos para realizar esta revisión.

Para poder elegir los estudios que se iban a analizar en esta recopilación de evidencia, se establecieron unos criterios de selección. Como criterios de inclusión se establecieron: Estudios que incluyeran pacientes con un diagnóstico de fibromialgia, en los que, al menos un grupo, recibiera un tratamiento fisioterápico mediante diatermia. Sólo se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y con cegamiento de participantes. Por otro lado, se excluyeron los estudios que combinaran el tratamiento de diatermia con otro tratamiento de fisioterapia que dificultara la correcta evaluación de resultados.

Resultados:

En el primero de los artículos analizados (Ibáñez-Vera et al.) participaron 66 personas de sexo femenino. Un tercio de ellas recibió 8 sesiones de 20 minutos de diatermia en la región del trapecio superior bilateral, otras tantas recibieron un tratamiento simulado, es decir, aparentemente recibieron tratamiento, pero con la diatermia sin emisión. El resto no recibió esta terapia, sino la fisioterapia habitual y sirvió como grupo control. Se evaluó a las participantes el primer día y el último de tratamiento, siendo el resultado satisfactorio ya que se observó mejora en dolor y calidad de vida. Al realizar la comparación entre grupos, se encontró una mejora estadísticamente significativa mayor en el grupo que recibió las sesiones de diatermia en el dolor local y calidad de vida. No encontraron diferencias significativas entre grupos en la escala de ansiedad y depresión.

En el segundo estudio (Úbeda-D'Ocasar et al.) participaron 31 mujeres con diagnóstico de fibromialgia. La mitad de los participantes recibieron el mismo número de sesiones que los del grupo experimental del primer estudio, esta vez en la región trocantérea, y el resto recibió una simulación de la misma terapia.

Los resultados muestran que el grupo que recibió las sesiones de diatermia aumentó el umbral de dolor a la presión, permitiendo una mejor tolerancia al dolor y disminuyó la ansiedad y la fatiga. Pero no fue significativa la mejora en dolor, impacto de la enfermedad, depresión y calidad de sueño.

Conclusión:

El uso de diatermia en pacientes con fibromialgia muestra una disminución del dolor, tanto en general como a la palpación de puntos clave para la fibromialgia y de los niveles de ansiedad, fatiga y calidad de vida.

La diatermia es una opción de tratamiento útil para mejorar estas variables clínicas que sufren los pacientes con fibromialgia y que, en términos generales, afectan a su calidad de vida.

Bibliografía

1. Cabo-Meseguer A, et al. Fibromialgia: prevalencia, perfiles epidemiológicos y costes económicos. Med Clin (Barc). 2017. http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008

2. Ibáñez-Vera, A. J., García-Romero, J. C., Alvero-Cruz, J. R., & Lomas-Vega, R. (2020). Effects of monopolar dielectric radiofrequency signals on the symptoms of fibromyalgia: A single-blind randomized controlled trial. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(7), 2465.

3. Úbeda-D'Ocasar, E., González-Gerstner, D., Cimadevilla-Fernández-Pola, E., Ojedo-Martín, C., Hernández-Lougedo, J., & Hervás-Pérez, J. P. (2024). Effects of Diathermy on Pain in Women with Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. Biomedicines, 12(7), 1465.

4. Franco López, M., Valdés García, KP., González Tovar, J. (2025). Fibromialgia, psicopatología y riesgo suicida: Una revisión teórica. Politicas Sociales Sectoriales, 3(1), 321-338.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 42

Efectividad del empleo de espumas y alginatos en el control de heridas exudativas. Revisión bibliográfica.

Jiménez López, Lucia
Pozuelo Serrano, Irene
Ruiz Torres, Silvia
Rodríguez Sánchez, Fernando
Zarza Ramírez, Manuel
Crespo Torre, Elsa

EFECTIVIDAD DEL EMPLEO DE ESPUMAS Y ALGINATOS EN EL CONTROL DE HERIDAS EXUDATIVAS

"Revisión bibliográfica"

SILVIA RUIZ TORRES, FERNANDO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, LUCÍA JIMÉNEZ LÓPEZ, IRENE POZUELO SERRANO, ELSA CRESPO TORRES, MANUEL ZARZA RAMÍREZ

INTRODUCCIÓN

Es primordial **gestionar adecuadamente el exudado** de las heridas. No hacerlo, puede retrasar la cicatrización y dañar la piel circundante.

Desde la **enfermería**, es fundamental elegir **apósitos** que:
→ controlen este débito, protejan el lecho de la herida y favorezcan un entorno óptimo.

OBJETIVOS

- Explicar la composición y el efecto de los **alginatos** en heridas exudativas.
- Explicar la composición y el efecto de las **espumas** en heridas exudativas.
- Realizar una **comparación** de ambos apósitos en el tratamiento de heridas exudativas.

METODOLOGÍA

- Recopilación y análisis de **información actual basada en evidencia científica** sobre el uso de alginatos y espumas en el tratamiento de heridas exudativas.
- Elección de **estrategias de búsqueda**: operadores booleanos, términos DeCS, MeSH y términos libres.
- Formulación de **criterios de inclusión**: publicaciones entre 2015 y 2024, con acceso completo, en español o inglés. Así como **criterios de exclusión**: estudios no centrados en alginatos o espumas, ensayos clínicos y páginas de marcas sanitarias.

RESULTADOS

Los **apósitos de alginato** (hechos a partir de sales de calcio de algas marinas), forman un gel al contacto con el exudado, permitiendo:

- buena adaptación al lecho de la herida
- favorece el desbridamiento
- mantiene un ambiente húmedo
- control del exudado evitando la maceración
- útiles en heridas profundas

Ejemplos: Kaltostat, Aquacel (ConvaTec), Algisite (Smith & Nephew) y Silvercell (Systagenix).

Las **espumas de poliuretano**, son eficaces en heridas con exudado moderado, permitiendo:

- la transpiración
- protegen la piel perilesional
- requieren menos cambios

Ejemplos: Allevyn (Smith & Nephew) y Tielle (Systagenix).

En **comparación**, los alginatos son ideales para heridas con mayor exudado y desbridamiento, mientras que las espumas ofrecen una opción más cómoda y prolongada para exudado moderado.

CONCLUSIONES

Elegir el **apósito adecuado** en función de las **características** de la lesión y su débito, permite **mejorar tanto la cicatrización como el confort** del paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Allueva Lainez P, Royo García A, Martín Fernández P, et al. Revisión bibliográfica sobre los apósitos utilizados en las curas de enfermería. Rev Sanit Invest. 2024; 5 (9): 1-14.
2. Salmerón González E, García Vilariño E, Ruiz Cases A, et al. Capacidad absortiva de apósitos: estudio experimental comparativo. Heridas y cicatrización. 2017; 7 (2): 24-6.
3. Apesteguía Tomás I, Gómez Ruiz P, Menéndez Hevia S, et al. Tratamiento de las úlceras por presión. Revisión sistemática. Rev Sanit Invest. 2024; 38 (1): 1-11.
4. O'Meara S, Martyn-St James M, Adderley UJ. Alginate dressings for venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 (8).
5. Castellanos-Ramírez DK, González-Villordo D, Gracia-Bravo LJ. Manejo de heridas. Cir Gen. 2014; 36 (2): 112-20.

Resumen: *Las heridas exudativas precisan de un abordaje minucioso del exudado para favorecer la cicatrización y evitar posibles complicaciones.*

Este trabajo analiza la efectividad de los apósitos de alginato y espuma en su tratamiento. Los alginatos, derivados de algas marinas, se convierten en gel al contacto con el exudado, facilitando la absorción, el desbridamiento y la protección del tejido. Son eficaces en heridas con exudado abundante. Las espumas de poliuretano, indicadas para exudado moderado, aportan absorción, transpirabilidad y confort.

La elección adecuada entre ambos tipos de apósitos optimiza la curación, mejora la comodidad del paciente y minimiza los efectos adversos asociados.

Palabras Clave: *Alginatos - Espumas - Exudado*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las heridas exudativas, comunes en úlceras por presión, venosas o pie diabético, generan una cantidad variable de exudado que, si no se gestiona adecuadamente, puede retrasar la cicatrización y dañar la piel circundante. Desde la enfermería, es fundamental elegir apósitos que controlen este exudado, protejan el lecho de la herida y favorezcan un entorno óptimo.

Entre los apósitos más utilizados están los alginatos, que al contacto con el exudado se transforman en un gel, facilitando la absorción, el desbridamiento y la protección del tejido. Son ideales para heridas con exudado abundante. Por otro lado, las espumas absorben el exudado moderado, protegen la piel perilesional y requieren menos cambios, aumentando la comodidad del paciente.

La correcta elección entre alginatos y espumas permite al personal de enfermería optimizar la curación, mejorar el confort del paciente y reducir complicaciones en heridas exudativas (1).

Objetivos:

El objetivo general consiste en analizar la efectividad del empleo de alginatos y de espumas en el tratamiento de heridas de origen exudativo. Y en cuanto a los objetivos específicos planteamos los siguientes:

- Explicar la composición y el efecto de los alginatos en heridas exudativas.

- Explicar la composición y el efecto de las espumas en heridas exudativas.

- Realizar una comparación de ambos apósitos en el tratamiento de heridas exudativas.

Material y Método:

Esta revisión bibliográfica narrativa tiene como objetivo recopilar y analizar información actual basada en evidencia científica sobre el uso de alginatos y espumas en el tratamiento de heridas exudativas. Para ello, se utilizaron fuentes oficiales en español y en inglés.

El proceso comenzó con la definición de estrategias de búsqueda específicas. Posteriormente, se seleccionó información relevante, recurriendo a fuentes primarias y secundarias, como son: Dialnet, Elsevier, Pubmed.

Durante la búsqueda, se emplearon operadores booleanos (AND/OR) y términos específicos relacionados con el tema:

- Términos DeCS: Alginatos, espumas, heridas y lesiones.

- Términos MeSH: Alginates, foams, wounds and injuries.

- Términos libres: Exudado, heridas exudativas, apósitos, wounddressings.

Tras recopilar la información, se procedió al análisis y redacción de la revisión. Se establecieron criterios de inclusión como: publicaciones entre 2015 y 2024, disponibilidad de texto completo y documentos en español o inglés. También se incorporaron algunas referencias anteriores a ese período por su relevancia científica. Por otro lado, los de exclusión fueron: artículos cuyo tema principal no estaba relacionado con espumas o alginatos, ensayos clínicos y páginas de marcas sanitarias en específico.

Resultados:

Los alginatos, cuyo material base son sales de calcio derivadas de las algas marinas, cuando están expuestos al exudado, reducen o mantienen su tamaño favoreciendo su adaptación al lecho de la herida y, por lo tanto, permite un mayor control de la zona que permanece con un ambiente húmedo, evitando la maceración de los bordes perilesionales (1, 2).

Este tipo de apósitos son ideales para el abordaje de heridas con débito moderado o abundante (2).

El que los alginatos adquieran una consistencia gelatinosa es de suma utilidad ya que también favorece el desbridamiento, permitiendo la continuación del proceso de cicatrización. Esta característica permite que tanto la aplicación como la retirada del apósito no resulte en un evento traumático ni doloroso para el paciente ni para los tejidos (3, 4).

Algunos ejemplos de apósitos de alginato son Kaltostat y Aquacel, ambos de ConvaTec; Algisite, de Smith & Nephew; y Silvercell, de Systagenix (1, 5).

Además de los alginatos, otro tipo de apósito comúnmente utilizado en el manejo de heridas exudativas son las espumas de poliuretano, que están diseñadas para ser absorbentes y permitir la transpiración, lo que los hace eficaces en el manejo de heridas con abundante exudado. Además de proteger la zona lesionada, proporcionan una capa acolchada que mejora el confort del paciente. Son especialmente útiles en lesiones con exudado moderado, como úlceras por presión, heridas postquirúrgicas y úlceras causadas por diabetes (1, 2).

Algunos ejemplos de apósitos de espuma son Allevyn, de Smith & Nephew, y Tielle, de Systagenix (1, 5).

A modo comparativo los alginatos son altamente absorbentes y eficaces en heridas profundas o con exudado abundante, favoreciendo el desbridamiento y manteniendo un ambiente húmedo adecuado para la cicatrización, mientras que las espumas de poliuretano ofrecen una alternativa cómoda y segura para heridas con exudado moderado, gracias a su capacidad de absorción, transpirabilidad y facilidad de uso prolongado (5).

Conclusión:

Los apósitos de alginato y de espuma de poliuretano son fundamentales en el manejo de heridas exudativas, cada uno con ventajas específicas según el tipo de lesión. Mientras los alginatos son ideales para heridas profundas o con exudado abundante, las espumas resultan más cómodas y eficaces en heridas con exudado moderado. Elegir el apósito adecuado según estas características permite mejorar tanto la cicatrización como el confort del paciente.

Bibliografía

1. AlluevaLainez P, Royo García A, Martín Fernández P, et al. Revisión bibliográfica sobre los apósitos utilizados en las curas de enfermería. RevSanitInvest. 2024; 5 (9): 1-14.

2. Salmerón González E, García Vilariño E, Ruiz Cases A, et al. Capacidad absortiva de apósitos: estudio experimental comparativo. Heridas y cicatrización. 2017; 7 (2): 24-6.

3. Apesteguía Tomás I, Gómez Ruiz P, Menéndez Hevia S, et al. Tratamiento de las úlceras por presión. Revisión sistemática. RevSanitInvest. 2024; 38 (1): 1-11.

4. O'Meara S, Martyn-St James M, Adderley UJ. Alginate dressings for venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 (8).

5. Castellanos-Ramírez DK, González-Villordo D, Gracia-Bravo LJ. Manejo de heridas. Cir Gen. 2014; 36 (2): 112-20.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 43

Efecto del Ejercicio de Fuerza en Mujeres con Diabetes Gestacional

Lorenzo Baza, María
Brizuela Giganto, Lara
García Urruzola, Javier

XVI Congreso de Investigación Ciudad Real SATSE

Efecto del Ejercicio de Fuerza en Mujeres con Diabetes Gestacional

Lorenzo-Baza M , Brizuela-Giganto L, García-Urruzola J

INTRODUCCIÓN:

La diabetes Mellitus gestacional (DMG) hace referencia a la **tolerancia anormal a la glucosa**, detectada por primera vez en el **embarazo** y que se resuelve después del parto.
Pudiendo provocar un mayor n.º de **complicaciones** durante el embarazo. El 60% de las pacientes con DMG **desarrollarán diabetes tipo 2** dentro de los 5 a 10 años posteriores al parto, aumentando la probabilidad de que su descendencia desarrolle trastornos metabólicos

OBJETIVOS:

Identificar los beneficios del ejercicio de fuerza en mujeres embarazadas, con diagnostico de DMG.

MATERIAL Y MÉTODOS:

PALABRAS CLAVE

- ”Resistance Training “
- “Diabetes gestational”
- “Physiotherapy”

PubMed
PEDro

7 revisiones sistemáticas

4 Ensayos clínicos

Seleccionando 3 artículos

✓ 5 años

✓ Free full test

✗ No humanos

✗ < 18 años

RESULTADOS:

- ✓ El ejercicio de resistencia es más fácil de realizar, tiene un mejor cumplimiento y favorece la adherencia durante el embarazo e incluso en el período postparto
- ✓ El aumento de la masa muscular por el entrenamiento de fuerza, asocia un mejor control glucémico.
- ✓ El ejercicio de resistencia es más fácil de realizar, tiene un mejor cumplimiento y favorece la adherencia, en comparación con el ejercicio aeróbico.
- ✓ Reducción los niveles promedio de glucemia en sangre en ayunas y postprandial a las 2 horas.
- ✗ No mejoro significativamente los efectos adversos durante el embarazo.
- ✓ Mejor control de la glucemia y del uso de la insulina.

CONCLUSIONES

El ejercicio de fuerza en pacientes con DMG parece ser **beneficioso** para el control de la glucemia, aunque se necesitan más estudios con un mejor diseño, para poder sacar mejores conclusiones sobre el ejercicios de fuerza en la DMG.
Los estudios futuros deberían tener también en cuenta el período posparto.

BIBLIOGRAFIA:

1. *Xie Y, Zhao H, Zhao M, Huang H, Liu C, Huang F, et al. Effects of resistance exercise on blood glucose level and pregnancy outcome in patients with gestational diabetes mellitus: a randomized controlled trial. BMJ Open Diabetes Res Care [Internet]. 2022;10(2):e002622.*
2. *Keating N, Coveney C, McAuliffe FM, Higgins MF. Aerobic or resistance exercise for improved glycaemic control and pregnancy outcomes in women with gestational diabetes mellitus: A systematic review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022;19(17):10791.*
3. *Huifen Z, Yaping X, Meijing Z, Huibin H, Chunhong L, Fengfeng H, et al. Effects of moderate-intensity resistance exercise on blood glucose and pregnancy outcome in patients with gestational diabetes mellitus: A randomized controlled trial. J Diabetes Complications [Internet]. 2022;36(5):108186.*

Resumen: *La diabetes mellitus gestacional (DMG) es una alteración de la glucosa que aparece durante el embarazo y puede derivar en complicaciones materno-fetales y riesgo futuro de diabetes tipo 2.*

Este estudio analiza el impacto del ejercicio de fuerza en mujeres con DMG.

La evidencia indica que mejora el control glucémico, reduce la necesidad de insulina y presenta mayor adherencia que el ejercicio aeróbico. Aunque no disminuye significativamente los efectos adversos del embarazo, es una alternativa segura y eficaz. Se requieren estudios adicionales con mejor diseño y seguimiento posparto para confirmar sus beneficios y establecer recomendaciones clínicas sólidas.

Palabras Clave: *Resistance Training - Diabetes Gestational - Physiotherapy*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La diabetes Mellitus gestacional (DMG) hace referencia a la tolerancia anormal a la glucosa, detectada por primera vez en el embarazo y que se resuelve después del parto. Pudiendo provocar un mayor n.º de complicaciones durante el embarazo. El 60% de las pacientes con DMG desarrollarán diabetes tipo 2 dentro de los 5 a 10 años posteriores al parto, aumentando la probabilidad de que su descendencia desarrolle trastornos metabólicos

Objetivos:

El objetivo principal es identificar los beneficios del ejercicio de fuerza en mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, analizando la evidencia científica disponible.

Material y Método:

Para abordar esta revisión se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y PEDro. Los términos utilizados incluyeron: *“resistance trainig”, “diabetes gestational” y “physiotherapy”.*

Se seleccionaron un total de siete revisiones sistemáticas y cuatro ensayos clínicos que cumplían con los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios realizados en humanos.
- Población femenina embarazada con diagnóstico de DMG.
- Publicaciones con texto completo gratuito.
- Participantes mayores de 18 años.

De estos, tres artículos fueron seleccionados para un análisis más detallado por su relevancia, calidad metodológica y resultados.

Resultados:

Los hallazgos derivados de los estudios analizados sugieren que el ejercicio de fuerza:

• Mejora el control glucémico durante el embarazo.

• Disminuye los niveles de glucosa en sangre en ayunas y a las dos horas postprandiales.

• Reduce la necesidad de insulina en algunas pacientes.

• Favorece el aumento de la masa muscular, lo que a su vez se asocia a un mejor control metabólico.

• Presenta una mejor tasa de adherencia en comparación con el ejercicio aeróbico, tanto durante la gestación como en el período posparto.

Sin embargo, no se evidenció una mejora significativa en los efectos adversos del embarazo, como la tasa de cesáreas o complicaciones neonatales.

Conclusión:

El ejercicio de fuerza en pacientes con DMG parece ser **beneficioso** para el control de la glucemia, aunque se necesitan más estudios con un mejor diseño, para poder sacar mejores conclusiones sobre el ejercicio de fuerza en la DMG.

Los estudios futuros deberían tener también en cuenta el período posparto.

Bibliografía

1. Xie Y, Zhao H, Zhao M, Huang H, Liu C, Huang F, et al. Effects of resistance exercise on blood glucose level and pregnancy outcome in patients with gestational diabetes mellitus: a randomized controlled trial. BMJ Open Diabetes Res Care [Internet]. 2022;10(2):e002622.

2. Keating N, Coveney C, McAuliffe FM, Higgins MF. Aerobic or resistance exercise for improved glycaemic control and pregnancy outcomes in women with gestational diabetes mellitus: A systematic review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022;19(17):10791.

3. Huifen Z, Yaping X, Meijing Z, Huibin H, Chunhong L, Fengfeng H, et al. Effects of moderate-intensity resistance exercise on blood glucose and pregnancy outcome in patients with gestational diabetes mellitus: A randomized controlled trial. J Diabetes Complications [Internet]. 2022;36(5):108186.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 44

Eficacia PRP (plasma rico en plaquetas) previo al tratamiento fisioterapeutico en neuralgia del trigémino

Sánchez Fuentes, Alicia
Risalde Santos, Blas Manuel

EFICACIA PRP(PLASMA RICO EN PLAQUETAS) PREVIO AL TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

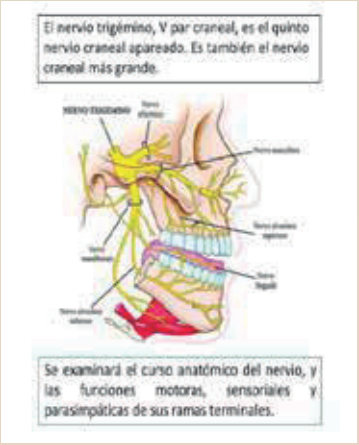
XVI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

SANCHEZ FUENTES,ALICIA
RISALDE SANTOS, BLAS MANUEL

Cátedra FUDEN-UCLM

INTRODUCCIÓN

La neuralgia del trigémino es un trastorno neurológico que causa episodios de dolor facial intenso, a menudo descrito como punzante o similar a una descarga eléctrica. Este dolor puede ser desencadenado por actividades cotidianas como hablar o masticar, y puede afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes.
La neuralgia del trigémino (NT) es un dolor facial atribuible a una lesión o patología del nervio trigémino que afecta al menos a una de sus ramas y que se caracteriza por la aparición de paroxismos de dolor de breve duración, que se describen como una descarga eléctrica, punzante o lancinante. Aunque existen unos criterios diagnósticos bien definidos, muchos pacientes con dolor facial intenso sin una causa subyacente evidente son erróneamente diagnosticados de NT. Esta patología es confundida con frecuencia con el dolor de origen dental, y ello conduce a exploraciones y tratamientos innecesarios,

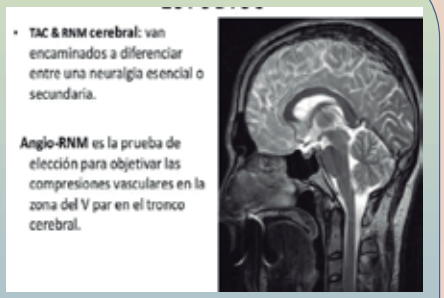


OBJETIVOS

- **PRINCIPAL- Reducir el dolor para poder tratar la patología con fisioterapia.**
- **SECUNDARIOS- Restauración del movimiento normal y fuerza.**
  - **Restauración de las actividades de la vida diaria.**
  - **Prevención de una recaída**

METODOLOGÍA

Exposición de caso clínico, aplicando la evidencia científica actual basada en una revisión bibliográfica narrativa.
Bases de datos empleadas: Pubmed, Medes y PEDro.
Palabras clave utilizadas : TRIGEMINAL NEURALGIA AND PLATELET-RICH PLASMA
Paciente mujer, de 34 años de edad,diagnosticada de neuralgia del Trigemino en seguimiento por Neurologia,remitida por Cirugia Maxilofacial por clínica de dolor en región de hemicara derecha y maseteros.
Dolor facial intenso de meses de evolucion. Diagnostico diferencial por RNM.
RESISTENTE AL TRATAMIENTO, rebelde a tratamiento farmacológico, y rehabilitación. Con meses de evolución, la paciente tiene una hipertonia muscular masticatoria bilateral y multiples puntos gatillo.
Se decide aplicar Plasma Rico en Plaquetas previo a tratamiento de fisioterapia.
Se le administra una inyección de PRP guiada por ecografía en el sitio del dermatoma afectado.durante tres meses hasta comenzar de nuevo la fisioterapia.
-Fisioterapia correctiva para tratar la debilidad muscular específica.
-Ultrasonido (US).
-Manipulación / Movilización para normalizar el tono.
-Diatermia para mejorar la calidad de las fibras de los tejidos. Corrientes analgésicas.
-Fisioterapia preventiva.



RESULTADOS

El plasma rico en plaquetas (PRP) ha mostrado resultados prometedores en el tratamiento de la neuralgia del trigémino, aliviando el dolor neuropático en la paciente.El tratamiento de la neuralgia del trigémino generalmente comienza con opciones farmacológicas, pero en casos refractarios, se consideran tratamientos intervencionistas el PRP.
Al final de los tres meses de seguimiento, la puntuación del dolor se redujo hasta un 70 % permitiendo disminuir la medicación para el dolor, mejorar su calidad de vida y retomar la fisioterapia.
Tras seis meses de tratamiento de fisioterapia posteriores a la punción de plasma rico en plaquetas la paciente había recuperado su tono muscular en hemicara derecha, junto con actividad masticatoria normal, y ausencia casi total del dolor neuropático.

CONCLUSIONES

Es necesario realizar una cuidadosa valoración (anamnesis y exploración física) a los pacientes que consultan por dolor facial,junto con las pruebas complementarias para la diferenciación de la enfermedad.
El dolor neuropático es una forma de dolor crónico progresivamente incapacitante y con un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes.
A menudo subdiagnosticada y/o pobremente tratada, las neuropatias no tiene actualmente ningún esquema de tratamiento efectivo, a pesar de los muchos fármacos y muchas técnicas que se han propuesto.
El uso de PRP en la neuralgia del trigémino representa una opción terapéutica innovadora y mínimamente invasiva que podría ofrecer alivio a pacientes que no responden a tratamientos convencionales. Sin embargo, se requieren más investigaciones clínicas para validar su eficacia y establecer protocolos de tratamiento adecuados
Estos resultados prometedores con PRP en el tratamiento de dolor neuropático periférico del presente estudio nos alientan a nuevas investigaciones clínicas con esta novedosa propuesta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ren T, Xia L, Zheng Y, Yang Y, Ji N, Luo F.The Efficacy and Safety of Applying the Combination of Pulsed Radiofrequency and Platelet-Rich Plasma to the GasserianGanglion for the Treatment of Idiopathic Trigeminal Neuralgia.Pain Physician. 2025 May;28(3):E263-E270.
2. M. Devor, R. Amir, Z.H. Rappaport. Pathophysiology of trigeminal neuralgia: The ignition hypothesis. Clin J Pain., 18 (2002), pp. 4-13.
3. S. Maarbjerg, G. di Stefano, L. Bendtsen, G. Cruccu. Trigeminal neuralgia: Diagnosis and treatment. Cephalalgia., 37 (2017), pp. 648-657

Resumen: *La neuralgia del trigémino es un trastorno neurológico que causa episodios de dolor facial intenso, a menudo descrito como punzante o similar a una descarga eléctrica. Este dolor puede ser desencadenado por actividades cotidianas como hablar o masticar, y puede afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes. La neur. algia del trigémino (TN), caracterizada por paroxismos breves y recurrentes de dolor lancinante, es una de las formas graves más comunes de dolor neuropático.*

Su prevalencia es baja, supone un problema muy importante tanto en las consultas de neurología como en las urgencias

Palabras Clave: *Trigeminal Neuralgia - Platelet-Rich Plasma*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La neuralgia del trigémino es un trastorno neurológico que causa episodios de dolor facial intenso, a menudo descrito como punzante o similar a una descarga eléctrica. Este dolor puede ser desencadenado por actividades cotidianas como hablar o masticar, y puede afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes.

La neuralgia del trigémino (NT) es un dolor facial atribuible a una lesión o patología del nervio trigémino que afecta al menos a una de sus ramas y que se caracteriza por la aparición de paroxismos de dolor de breve duración, que se describen como una descarga eléctrica, punzante o lancinante. Aunque existen unos criterios diagnósticos bien definidos, muchos pacientes con dolor facial intenso sin una causa subyacente evidente son erróneamente diagnosticados de NT. Esta patología es confundida con frecuencia con el dolor de origen dental, y ello conduce a exploraciones y tratamientos innecesarios.

Objetivos:

» PRINCIPAL: Reducir el dolor para poder tratar la patología con fisioterapia.

» SECUNDARIOS: Restauración del movimiento normal y fuerza.

- Restauración de las actividades de la vida diaria.

- Prevención de una recaída

Material y Método:

Exposición de caso clínico, aplicando la evidencia científica actual basada en una revisión bibliográfica narrativa.

Bases de datos empleadas: Pubmed, Medes y Pedro.

Palabras clave utilizadas: TRIGEMINAL NEURALGIA AND PLATELET-RICH PLASMA

Paciente mujer, de 34 años, diagnosticada de neuralgia del Trigémino en seguimiento por Neurología, remitida por Cirugía Maxilofacial por clínica de dolor en región de hemicara derecha y maseteros.

Dolor facial intenso de meses de evolución. Diagnostico diferencial por RNM.

RESISTENTE AL TRATAMIENTO, rebelde a tratamiento farmacológico, y rehabilitación. Con meses de evolución, la paciente tiene una hipertonía muscular masticatoria bilateral y múltiples puntos gatillo.

Se decide aplicar Plasma Rico en Plaquetas previo a tratamiento de fisioterapia.

Se le administra una inyección de PRP guiada por ecografía en el sitio del dermatoma afectado durante tres meses hasta comenzar de nuevo la fisioterapia.

-Fisioterapia correctiva para tratar la debilidad muscular específica.

-Ultrasonido (US).

-Manipulación / Movilización para normalizar el tono.

-Diatermia para mejorar la calidad de las fibras de los tejidos. Corrientes analgésicas.

-Fisioterapia preventiva.

Resultados:

El plasma rico en plaquetas (PRP) ha mostrado resultados prometedores en el tratamiento de la neuralgia del trigémino, aliviando el dolor neuropático en la paciente.

El tratamiento de la neuralgia del trigémino generalmente comienza con opciones farmacológicas, pero en casos refractarios, se consideran tratamientos intervencionistas el PRP.

Al final de los tres meses de seguimiento, la puntuación del dolor se redujo hasta un 70 % permitiendo disminuir la medicación para el dolor, mejorar su calidad de vida y retomar la fisioterapia.

Tras seis meses de tratamiento de fisioterapia posteriores a la punción de plasma rico en plaquetas la paciente había recuperado su tono muscular en hemicara derecha, junto con actividad masticatoria normal, y ausencia casi total del dolor neuropático.

Conclusión:

Es necesario realizar una cuidadosa valoración (anamnesis y exploración física) a los pacientes que consultan por dolor facial, junto con las pruebas complementarias para la diferenciación de la enfermedad.

El dolor neuropático es una forma de dolor crónico progresivamente incapacitante y con un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes.

A menudo subdiagnosticada y/o pobremente tratada, las neuropatías no tienen actualmente ningún esquema de tratamiento efectivo, a pesar de los muchos fármacos y muchas técnicas que se han propuesto.

El uso de PRP en la neuralgia del trigémino representa una opción terapéutica innovadora y mínimamente invasiva que podría ofrecer alivio a pacientes que no responden a tratamientos

convencionales. Sin embargo, se requieren más investigaciones clínicas para validar su eficacia y establecer protocolos de tratamiento adecuados

Estos resultados prometedores con PRP en el tratamiento de dolor neuropático periférico del presente estudio nos alientan a nuevas investigaciones clínicas con esta novedosa propuesta.

Bibliografía

1. M. Devor, R. Amir, Z.H. Rappaport. Pathophysiology of trigeminal neuralgia: The ignition hypothesis. Clin J Pain., 18 (2002), pp. 4-13.

2. S. Maarbjerg, G. di Stefano, L. Bendtsen, G. Cruccu. Trigeminal neuralgia: Diagnosis and treatment. Cephalalgia., 37 (2017), pp. 648-657

3. Ren T, Xia L, Zheng Y, Yang Y, Ji N, Luo F.The Efficacy and Safety of Applying the Combination of Pulsed Radiofrequency and Platelet-Rich Plasma to the GasserianGanglion for the Treatment of Idiopathic Trigeminal Neuralgia.Pain Physician. 2025 May;28(3):E263-E270.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 45

Ejercicio físico en personas con enfermedad de parkinson

Martínez Naranjo, María Gracia
Rodríguez Martín, Noelia

EJERCICIO FÍSICO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

MARTÍNEZ NARANJO, MARÍA GRACIA
RODRÍGUEZ MARTÍN, NOELIA

SATSE

RESUMEN

En personas con enfermedad de Parkinson, el ejercicio físico regular es fundamental para mejorar la calidad de vida y mantener la funcionalidad. Antes de iniciar un programa, es esencial valorar la condición física para adaptar los ejercicios a sus necesidades. Un plan equilibrado debe incluir calentamiento, actividad principal y vuelta a la calma, con ejercicios que mejoren la fuerza, la flexibilidad, la coordinación y la resistencia cardiovascular. El ejercicio ayuda a conservar la movilidad, mejorar el equilibrio, retrasar el deterioro muscular y favorecer el bienestar psíquico, actuando como una herramienta terapéutica complementaria en el manejo de esta enfermedad neurodegenerativa.

PALABRAS CLAVES

Ejercicio físico, calidad de vida y enfermedad de Parkinson

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson "es un trastorno neurológico degenerativo que afecta a los núcleos pigmentados del tallo cerebral, zonas donde radican el control y la coordinación de los movimientos, así como el mantenimiento de la postura". (3)
Un programa de ejercicio seguro y eficaz puede ayudar a prevenir la disminución de la fuerza, y la rigidez muscular que sufren las personas con enfermedad de Parkinson.
El programa de ejercicios va a consistir en fortalecer los músculos, mejorar la flexibilidad y a mantener o aumentar la movilidad y equilibrio, reduciendo el riesgo de caída y mejorando su calidad de vida en general, todo esto va a contribuir a que la persona con enfermedad de Parkinson se sienta segura de sí misma.

OBJETIVO

El objetivo es determinar qué tipo de ejercicio es mejor para cada persona, y conseguir un programa que se adapte a él.

MATERIAL Y MÉTODO

La metodología empleada es una revisión bibliográfica de diversos artículos, manuales, guías y páginas webs. Además, he contado con el apoyo de profesionales expertos en ejercicio físico que me han ayudado en el desarrollo del trabajo.

RESULTADOS

Investigaciones recientes sugieren que mantenerse activo a lo largo de la vida puede ayudar a reducir el riesgo de desarrollar enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson. Aunque aún son limitados los estudios sobre los efectos del ejercicio en personas que ya padecen esta enfermedad, se ha observado que la actividad física regular puede contribuir significativamente a mantener su funcionalidad física, conservar la autonomía en las actividades de la vida diaria y mejorar su calidad de vida en general. Además, el ejercicio proporciona a las personas con Parkinson un sentido de logro personal y otros beneficios adicionales, como un efecto calmante, mejora del estado de ánimo y una mejor calidad del sueño.
A la hora de realizar el programa de ejercicios hay que tener en cuenta:
- Consultar con su médico antes de comenzar un programa de ejercicio y pedir recomendaciones de programación específicos.
- Las metas de su programa debe mejorar su capacidad funcional y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, aumentar la fuerza muscular y la resistencia, mejorar el rango de movimiento, y reducir el riesgo de lesiones.
- Elegir actividades como caminar si es necesario con ayuda de bastones para ayudar a mantener el equilibrio, yoga, ejercicios acuáticos en piscinas de agua caliente ya que ayudan a reducir la rigidez y la realización de movimientos es más fácil, clases en grupo proporcionando un elemento social a sus entrenamientos.
- Tomar descansos frecuentes durante la actividad, si es necesario, y los entrenamientos deben ser cómodos y relajados.
- Realizar el ejercicio por la mañana temprano, ya que están descansados y es menos probable que se cansen.

CONCLUSION

Al realizar este trabajo he podido comprobar la importancia del ejercicio físico en la enfermedad de Parkinson ya que la participación en un programa de ejercicio regular es una efectiva intervención para reducir y prevenir los deterioros funcionales relacionados con esta patología, y mejorar la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

. Bibliografía:
1. Yang Y, Fu X, Zhang H, et al. The effect of home-based exercise on motor symptoms, quality of life and functional performance in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr. 2023.
2. Lorenzo-García P, Cavero-Redondo I, Núñez de Arenas-Arroyo S, Guzmán-Pavón MJ, Priego-Jiménez S, Álvarez-Bueno C. Effects of physical exercise interventions on balance, postural stability and general mobility in Parkinson's disease: a network meta-analysis. J Rehabil Med. 2024.
3. García López MV, Rodríguez Ponce C, Toronjo Gómez AM. Enfermería del anciano. 2 ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2009. p. 79-81, p.234.
4. Beers MH, Jones TV. Manual Merck de información médica: edad y salud. Barcelona: Océano; 2006. p.778-789
5. Your Prescription for Health Series. Exercise is medicine. Disponible: www.exerciseismedicine.org

Resumen: *En personas con enfermedad de Parkinson, el ejercicio físico regular es fundamental para mejorar la calidad de vida y mantener la funcionalidad. Antes de iniciar un programa, es esencial valorar la condición física para adaptar los ejercicios a sus necesidades. Un plan equilibrado debe incluir calentamiento, actividad principal y vuelta a la calma, con ejercicios que mejoren la fuerza, la flexibilidad, la coordinación y la resistencia cardiovascular. El ejercicio ayuda a conservar la movilidad, mejorar el equilibrio, retrasar el deterioro muscular y favorecer el bienestar psíquico, actuando como una herramienta terapéutica complementaria en el manejo de esta enfermedad neurodegenerativa.*

Palabras Clave: *Ejercicio físico - Calidad de vida - Enfermedad de Parkinson*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La enfermedad de Parkinson *"es un trastorno neurológico degenerativo que afecta a los núcleos pigmentados del tallo cerebral, zonas donde radican el control y la coordinación de los movimientos, así como el mantenimiento de la postura"*. [(3)]

Un programa de ejercicio seguro y eficaz puede ayudar a prevenir la disminución de la fuerza, y la rigidez muscular que sufren las personas con enfermedad de Parkinson.

El programa de ejercicios va a consistir en fortalecer los músculos, mejorar la flexibilidad y a mantener o aumentar la movilidad y equilibrio, reduciendo el riesgo de caída y mejorando su calidad de vida en general, todo esto va a contribuir a que la persona con enfermedad de Parkinson se sienta segura de sí misma.

Objetivos:

El objetivo es determinar qué tipo de ejercicio es mejor para cada persona, y conseguir un programa que se adapte a él

Material y Método:

La metodología empleada es una revisión bibliográfica de diversos artículos, manuales, guías y páginas webs. Además, he contado con el apoyo de profesionales expertos en ejercicio físico que me han ayudado en el desarrollo del trabajo.

Resultados:

Investigaciones recientes sugieren que mantenerse activo a lo largo de la vida puede ayudar a reducir el riesgo de desarrollar enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson. Aunque aún son limitados los estudios sobre los efectos del ejercicio en personas que ya padecen esta enfermedad, se ha observado que la actividad física regular puede contribuir significativamente a mantener su funcionalidad física, conservar la autonomía en las actividades de la vida diaria y me-

jorar su calidad de vida en general. Además, el ejercicio proporciona a las personas con Parkinson un sentido de logro personal y otros beneficios adicionales, como un efecto calmante, mejora del estado de ánimo y una mejor calidad del sueño.

A la hora de realizar el programa de ejercicios hay que tener en cuenta:

- Consultar con su médico antes de comenzar un programa de ejercicio y pedir recomendaciones de programación específicos.

- Las metas de su programa debe mejorar su capacidad funcional y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, aumentar la fuerza muscular y la resistencia, mejorar el rango de movimiento, y reducir el riesgo de lesiones.

- Elegir actividades como caminar si es necesario con ayuda de bastones para ayudar a mantener el equilibrio, yoga, ejercicios acuáticos en piscinas de agua caliente ya que ayudan a reducir la rigidez y la realización de movimientos es más fácil, clases en grupo proporcionando un elemento social a sus entrenamientos.

- Tomar descansos frecuentes durante la actividad, si es necesario, y los entrenamientos deben ser cómodos y relajados.

- Realizar el ejercicio por la mañana temprano, ya que están descansados y es menos probable que se cansen.

Conclusión:

Al realizar este trabajo he podido comprobar la importancia del ejercicio físico en la enfermedad de Parkinson ya que la participación en un programa de ejercicio regular es una efectiva intervención para reducir y prevenir los deterioros funcionales relacionados con esta patología, y mejorar la calidad de vida.

Bibliografía

1. Yang Y, Fu X, Zhang H, et al. The effect of home-based exercise on motor symptoms, quality of life and functional performance in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr. 2023.

2. Lorenzo-García P, Cavero-Redondo I, Núñez de Arenas-Arroyo S, Guzmán-Pavón MJ, Priego-Jiménez S, Álvarez-Bueno C. Effects of physical exercise interventions on balance, postural stability and general mobility in Parkinson's disease: a network meta-analysis. J Rehabil Med. 2024.

3. García López MV, Rodríguez Ponce C, Toronjo Gómez AM. Enfermería del anciano. 2 ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2009. p. 79-81, p.234.

4. Beers MH, Jones TV. Manual Merck de información médica: edad y salud. Barcelona: Océano; 2006. p.778-789

5. Your Prescription for Health Series. Exercise is medicine. Disponible: www.exerciseismedicine.org

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 46

El abordaje de Enfermería en el control del dolor crónico en ancianos

Negrea, Alina Corina

EL ABORDAJE DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DEL DOLOR CRÓNICO EN ANCIANOS

NEGREA, ALINA CORINA

INTRODUCCIÓN

El **dolor crónico** es un problema que afecta con mayor frecuencia a la población geriátrica.

Más de la mitad de los ancianos presentan algún dolor persistente que puede ser causado por múltiples patologías.

Los profesionales de la salud se enfrentan con obstáculos para evaluar con precisión el dolor en la **población geriátrica** debido a dificultades comunicativas, deterioro cognitivo y la tendencia a minimizar su sufrimiento.

OBJETIVOS

Analizar el abordaje de enfermería en el control del dolor crónico en ancianos, destacando la importancia de una atención integral, continua y adaptada a las necesidades individuales de esta población.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: SciELO y Medline. Publicados entre 2022 y 2025. Analizando estudios descriptivos transversales y revisiones sistemáticas.

RESULTADOS

Los pacientes geriátricos experimentan algún tipo de dolor crónico, muchas veces tratado de forma inadecuada. En algunas ocasiones se considera de forma incorrecta como algo que sucede por la edad, causando un tratamiento inadecuado.

Un mal control del dolor puede tener un gran impacto en la calidad de vida, ya que puede afectar la movilidad y funcionalidad de la persona, el sueño y el apetito, su estado emocional y su autonomía e independencia.

La **atención de enfermería** es clave para asegurar una correcta adherencia al tratamiento farmacológico y para detectar, prevenir y reducir posibles efectos secundarios.

Esto abarca el acompañamiento individual y familiar y ofrece orientación y apoyo ante reacciones adversas relacionadas con el uso de analgésicos.

La enfermera brinda apoyo emocional, escucha activa y acompañamiento.

Un abordaje de enfermería centrado en el paciente **contribuye** a:

- Reducción de la intensidad del dolor.
- Mejora en la funcionalidad y autonomía del anciano.
- Disminución del uso excesivo de medicamentos.
- Mayor satisfacción del paciente y su familia con la atención recibida.
- Promoción del autocuidado y fortalecimiento del rol del paciente como protagonista de su salud.

CONCLUSIÓN

El dolor crónico en ancianos requiere una **atención especializada** y adaptada a las múltiples dimensiones de la experiencia dolorosa.

El papel de enfermería es esencial en la evaluación y manejo del dolor por su capacidad para realizar planes de cuidados efectivos. Esto es gracias a la valoración integral y continua del paciente, que incluye también la evaluación emocional y social además de la física.

El manejo del dolor crónico requiere un **enfoque biopsicosocial** ya que los factores psicológicos y sociales influyen directamente en la percepción del dolor, buscando así mejorar la **calidad de vida** de estos pacientes.

Resumen: *El manejo del dolor crónico en pacientes ancianos precisa un enfoque multidisciplinar e integral donde se tengan en cuenta intervenciones físicas y emocionales y se fomente la educación para el paciente y su familia, sobre todo al cuidador principal.*

Supone un desafío significativo debido a la complejidad de las condiciones de salud y la elevada prevalencia de comorbilidades en esta población.

Palabras Clave: *Enfermería - Dolor Crónico - Anciano*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El dolor crónico es un problema multicausal que afecta con mayor frecuencia a la población geriátrica. Se estima que más de la mitad de los ancianos presentan algún tipo de dolor persistente que puede ser causado por distintas patologías como enfermedades neurodegenerativas, afectaciones del sistema osteoarticular u otras afecciones como la neuropatía diabética.

A menudo, los profesionales de la salud se enfrentan con obstáculos para evaluar con precisión el dolor en la población geriátrica debido a dificultades comunicativas, deterioro cognitivo (como la demencia) y la tendencia a minimizar su sufrimiento.

Dado el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida, es crucial desarrollar y aplicar intervenciones efectivas que mejoren la calidad de vida de los ancianos.

Objetivos:

Analizar el abordaje de enfermería en el control del dolor crónico en ancianos, destacando la importancia de una atención integral, continua y adaptada a las necesidades individuales de esta población.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: SciELO y Medline. Publicados entre 2022 y 2025. Analizando estudios descriptivos transversales y revisiones sistemáticas.

Resultados:

Más de la mitad de los pacientes geriátricos experimentan algún tipo de dolor crónico, muchas veces tratado de forma inadecuada o subestimado. En algunas ocasiones se considera de forma incorrecta como algo que sucede por la edad, dando a entender que es normal, causando un tratamiento inadecuado.

Un mal control del dolor puede tener un gran impacto en la calidad de vida, ya que puede afectar la movilidad y funcionalidad de la persona, el sueño y el apetito, su estado emocional, ya que puede aumentar la ansiedad, la depresión o el aislamiento, y su autonomía e independencia. Todo ello puede llegar a conducir a una mayor dependencia y deterioro cognitivo.

También es importante tener en cuenta que puede aumentar el riesgo de caídas y de polifarmacia debido a un uso excesivo de medicamentos, sobre todo analgésicos.

En algunas ocasiones, la población geriátrica presenta dificultades para expresar el dolor, ya sea porque no puedan por algún tipo de deterioro o por miedo. También hay que tener en consideración las variaciones en la percepción y tolerancia al dolor que varían de unas personas a otras.

Cada paciente requiere un abordaje holístico desde un enfoque multidisciplinario e individualizado, que incluya el manejo farmacológico seguro y adecuado, terapias físicas, ocupacionales, psicológicas y sociales y la participación activa de familias y cuidadores.

La atención de enfermería es clave para asegurar una correcta adherencia al tratamiento farmacológico y para detectar, prevenir y reducir posibles efectos secundarios. Esto abarca el acompañamiento individual y familiar, además de ofrecer orientación y apoyo ante reacciones adversas relacionadas con el uso de analgésicos. La enfermera también brinda apoyo emocional, escucha activa y acompañamiento. Además, tiene un papel educativo con el paciente y su familia, promoviendo la autonomía y el autocuidado.

Un abordaje de enfermería centrado en el paciente y basado en el modelo biopsicosocial contribuye a:

- Reducción de la intensidad del dolor.
- Mejora en la funcionalidad y autonomía del adulto mayor.
- Disminución del uso excesivo de medicamentos.
- Mayor satisfacción del paciente y su familia con la atención recibida.
- Promoción del autocuidado y fortalecimiento del rol del paciente como protagonista de su salud.

Las medidas no farmacológicas han demostrado ser altamente efectivas como complemento a las farmacológicas. Entre ellas se encuentran la terapia física, masajes, calor local, musicoterapia, ejercicios suaves, estimulación cognitiva y técnicas de relajación. La enfermería también puede fomentar rutinas saludables que incluyan actividad física adaptada, una buena higiene del sueño y una alimentación equilibrada.

Conclusión:

El dolor crónico en ancianos requiere una atención especializada y adaptada a las múltiples dimensiones de la experiencia dolorosa.

El papel de enfermería es esencial en la evaluación y manejo del dolor crónico en los pacientes ancianos. Su capacidad para realizar planes de cuidados efectivos, gracias a la valoración integral y continua del paciente, que incluye también la evaluación emocional y social además de la física, es clave para una brindar una atención adecuada.

El manejo del dolor crónico requiere un enfoque biopsicosocial, que es muy importante, ya que los factores psicológicos y sociales influyen directamente en la percepción del dolor. A través de un enfoque integral se busca mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Bibliografía

1. Contreras Pabón, Y., Mullo Guapi, E., Cujano Ortiz, J., & Rodríguez Aguilera, D. (2024). Manejo del Dolor Crónico en Pacientes Geriátricos un enfoque desde la Enfermería. Polo del Conocimiento, 9(9), 1789-1812. doi: https://doi.org/10.23857/pc.v9i9.8023

2. Garcia-Uribe J, Castaño-Diez N. Percepciones de profesionales sanitarios sobre medidas no farmacológicas para el manejo del dolor crónico. Rev CES Enf [Internet]; 2(2):5-27. Disponible en: https://dx.doi.org/10.21615/cesenferm.6306

3. Torres Jara Andrea Cristina, Ríos García Liliana Alexandra, Piray Inga Miriam Iralda, Morales Guaraca Jimena Alexandra. Analgesia opioide del dolor osteomioarticular crónico desde la perspectiva de enfermería. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2023 septiembre [citado 2025 junio 02] ; 25(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962023000300013&lng=es. Publicación electrónica del 11 de abril de 2023.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 47

El Ojo que Nunca Duerme: monitorización sin contacto para la prevención de caídas nocturnas

Perpiñán Sánchez, Laura
Antón Simarro, María

EL OJO QUE NUNCA DUERME: MONITORIZACIÓN SIN CONTACTO PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS NOCTURNAS

PERPIÑÁN SÁNCHEZ, LAURA
ANTÓN SIMARRO, MARÍA

SATSE

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de monitorización continua sin contacto, basados en tecnologías como el análisis de vídeo mediante Inteligencia Artificial (IA) o los sensores de radar, emergen como una solución innovadora para la prevención de caídas nocturnas. Estos sistemas son capaces de monitorizar al paciente de forma no invasiva, analizar sus patrones de movimiento y predecir la intención de levantarse antes de que ocurra, alertando al personal de manera anticipada y precisa.

OBJETIVOS

1. **Analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la eficacia de los sistemas de monitorización sin contacto para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados durante el periodo nocturno**
2. Comparar la tasa de caídas en unidades que utilizan sistemas de monitorización sin contacto frente a aquellas con cuidados estándar o sensores de presión
   Evaluar el impacto de estas tecnologías en la tasa de falsas alarmas
   Identificar la percepción y aceptación de estas tecnologías por parte del personal de enfermería y los pacientes

MÉTODO

- Revisión de la literatura en PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus y Cochrane Library
- Búsqueda con términos clave: patient monitoring", "contactless", "non-contact", "artificial intelligence", "radar", "accidental falls", "fall prevention" y "hospital"
- Artículos incluidos: Originales de los últimos 10 alos que evaluaran sistemas de monitorización por vídeo con IA o sensores de radar.
- Metodología PRISMA y CASPe

VIGILANCIA PROACTIVA

RESULTADOS

La búsqueda inicial arrojó 345 artículos. Tras eliminar duplicados y aplicar los criterios de selección, se incluyeron 12 estudios para el análisis final: 4 ensayos controlados, 5 estudios cuasiexperimentales y 3 estudios observacionales prospectivos.

1. La mayoría (10 de 12 estudios reportaron) una reducción estadísticamente significativa en la tasa de caídas por 1.000 días-paciente en las unidades que implementaron sistemas de monitorización sin contacto en comparación con los grupos de control. Las reducciones oscilaron entre el 35% y el 60%. Los sistemas basados en IA que analizaban posturas y movimientos demostraron ser capaces de generar alertas predictivas con una antelación media de 30-60 segundos antes de que el paciente se pusiera de pie.
2. En cuanto a las falsas alarmas, todos los estudios que midieron esta variable (8 de 12) mostraron una drástica reducción. Mientras que los sensores de presión generaban entre 25-50 alarmas por paciente/día (muchas de ellas falsas), los sistemas de IA y radar redujeron este número a menos de 5, siendo la mayoría alertas verdaderas y clínicamente relevantes.
3. La percepción del personal de enfermería fue mayoritariamente positiva, destacando la reducción del estrés, la disminución de la fatiga por alarmas y la capacidad de priorizar la atención de forma más eficiente. La aceptación por parte de los pacientes también fue alta, ya que los sistemas son no invasivos y respetan la privacidad al no almacenar imágenes identificables, procesando únicamente datos de movimiento.

CONCLUSIÓN

La evidencia científica disponible respalda firmemente que los sistemas de monitorización sin contacto, basados en inteligencia artificial y tecnología de radar, son una estrategia innovadora y eficaz para la prevención de caídas nocturnas en el hospital. Estas tecnologías superan las limitaciones de los métodos tradicionales al permitir una vigilancia proactiva, reducir drásticamente la tasa de caídas y minimizar la carga de falsas alarmas sobre el personal de enfermería. La implementación de estos "ojos que nunca duermen" representa un salto cualitativo en la seguridad del paciente, transformando el entorno hospitalario en un lugar más seguro y tranquilo, y permitiendo que los cuidados de enfermería se centren en la intervención temprana y no solo en la respuesta a eventos consumados.

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: *Las caídas nocturnas son un evento adverso prevalente en el entorno hospitalario, con graves consecuencias para el paciente y el sistema. Las estrategias preventivas tradicionales, como los sensores de presión en cama, presentan limitaciones como altas tasas de falsas alarmas y una reactividad tardía. Esta revisión sistemática analiza la evidencia actual sobre la eficacia de los sistemas de monitorización sin contacto (sensores de radar e inteligencia artificial por vídeo) para prevenir caídas nocturnas. Los resultados sugieren que estas tecnologías reducen significativamente las tasas de caídas y las falsas alarmas, permitiendo una intervención proactiva del personal de enfermería.*

Palabras Clave: *Accidentes por caídas - Inteligencia Artificial - Monitorización de pacientes*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La seguridad del paciente es el pilar fundamental de una asistencia sanitaria de calidad. Dentro de los eventos adversos, las caídas hospitalarias representan uno de los incidentes más frecuentes y devastadores, especialmente en poblaciones vulnerables como ancianos o pacientes con deterioro cognitivo. Un alto porcentaje de estas caídas ocurre durante el periodo nocturno, cuando la supervisión del personal es inherentemente menor y factores como la desorientación, la nocturia o los efectos de la medicación sedante aumentan el riesgo.

Las estrategias preventivas convencionales, si bien son indispensables, han demostrado tener una eficacia limitada. Las barandillas de la cama pueden aumentar el riesgo de lesiones si el paciente intenta saltarlas, y los sensores de alarma basados en presión, aunque útiles, son reactivos; es decir, alertan cuando el paciente ya ha iniciado el movimiento de levantarse o incluso cuando ya ha abandonado la cama, dejando un margen de tiempo muy escaso para la intervención del personal de enfermería. Además, estos sistemas generan un número elevado de falsas alarmas, provocando la llamada "fatiga de alarmas" en el personal, lo que disminuye su capacidad de respuesta y contribuye a un ambiente ruidoso que perjudica el descanso de todos los pacientes.

En este contexto, la innovación tecnológica ofrece nuevas herramientas para pasar de un modelo reactivo a uno proactivo. Los sistemas de monitorización continua sin contacto, basados en tecnologías como el análisis de vídeo mediante Inteligencia Artificial (IA) o los sensores de radar, emergen como una solución prometedora. Estos sistemas son capaces de monitorizar al paciente de forma no invasiva, analizar sus patrones de movimiento y predecir la intención de levantarse antes de que ocurra, alertando al personal de manera anticipada y precisa.

Objetivos:

El objetivo principal de esta revisión sistemática fue analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la eficacia de los sistemas de monitorización sin contacto para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados durante el periodo nocturno.

Como objetivos secundarios se plantearon:

• Comparar la tasa de caídas en unidades que utilizan sistemas de monitorización sin contacto frente a aquellas con cuidados estándar o sensores de presión.

• Evaluar el impacto de estas tecnologías en la tasa de falsas alarmas.

• Identificar la percepción y aceptación de estas tecnologías por parte del personal de enfermería y los pacientes.

Material y Método:

Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo las directrices de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en mayo de 2024 en las bases de datos PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus y Cochrane Library.

Se utilizaron términos de búsqueda combinados con operadores booleanos, incluyendo "patient monitoring", "contactless", "non-contact", "artificial intelligence", "radar", "accidental falls", "fall prevention" y "hospital". Los criterios de inclusión fueron:

1. Estudios originales (ensayos controlados aleatorizados, estudios cuasiexperimentales, estudios observacionales) publicados en los últimos 10 años

2. Que evaluaran sistemas de monitorización por vídeo con IA o sensores de radar

3. Cuya población fueran pacientes adultos hospitalizados

4. Que reportaran como variable de resultado la tasa de caídas y/o la tasa de falsas alarmas. Se excluyeron editoriales, cartas al director y estudios que no diferenciaban las caídas diurnas de las nocturnas.

Resultados:

La búsqueda inicial arrojó 345 artículos. Tras eliminar duplicados y aplicar los criterios de selección, se incluyeron 12 estudios para el análisis final: 4 ensayos controlados, 5 estudios cuasiexperimentales y 3 estudios observacionales prospectivos.

La mayoría de los estudios (10 de 12) reportaron una reducción estadísticamente significativa en la tasa de caídas por 1.000 días-paciente en las unidades que implementaron sistemas de monitorización sin contacto en comparación con los grupos de control. Las reducciones oscilaron entre el 35% y el 60%. Los sistemas basados en IA que analizaban posturas y movimientos demostraron ser capaces de generar alertas predictivas con una antelación media de 30-60 segundos antes de que el paciente se pusiera de pie.

En cuanto a las falsas alarmas, todos los estudios que midieron esta variable (8 de 12) mostraron una drástica reducción. Mientras que los sensores de presión generaban entre 25-50 alarmas por paciente/día (muchas de ellas falsas), los sistemas de IA y radar redujeron este número a menos de 5, siendo la mayoría alertas verdaderas y clínicamente relevantes.

La percepción del personal de enfermería fue mayoritariamente positiva, destacando la reducción del estrés, la disminución de la fatiga por alarmas y la capacidad de priorizar la atención de forma más eficiente. La aceptación por parte de los pacientes también fue alta, ya que los sistemas son no invasivos y respetan la privacidad al no almacenar imágenes identificables, procesando únicamente datos de movimiento.

Conclusión:

La evidencia científica disponible respalda firmemente que los sistemas de monitorización sin contacto, basados en inteligencia artificial y tecnología de radar, son una estrategia innovadora y eficaz para la prevención de caídas nocturnas en el hospital. Estas tecnologías superan las limitaciones de los métodos tradicionales al permitir una vigilancia proactiva, reducir drásticamente la tasa de caídas y minimizar la carga de falsas alarmas sobre el personal de enfermería. La implementación de estos "ojos que nunca duermen" representa un salto cualitativo en la seguridad del paciente, transformando el entorno hospitalario en un lugar más seguro y tranquilo, y permitiendo que los cuidados de enfermería se centren en la intervención temprana y no solo en la respuesta a eventos consumados.

Bibliografía

1. WHO global report on falls prevention in older age [Internet]. Who.int. World Health Organization; 2008 [cited 2025 Jun 17]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241563536

2. Tzeng H-M, Yin C-Y. The extrinsic risk factors for inpatient falls in hospital patient rooms. J Nurs Care Qual [Internet]. 2008;23(3):233–41. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/01.NCQ.0000324588.91837.84

3. Subbe CP, Duller B, Bellomo R. Effect of an automated notification system for deteriorating ward patients on clinical outcomes. Crit Care [Internet]. 2017;21(1):52. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s13054-017-1635-z

4. Rantz M, Skubic M, Abbott C, Galambos C, Popescu M, Keller J, et al. Automated in-home fall risk assessment and detection sensor system for elders. Gerontologist [Internet]. 2015;55 Suppl 1(Suppl 1):S78-87. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnv044

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 48

El Reflujo Gastroesofágico en Lactantes

Negrea, Alina Corina

EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LACTANTES

NEGREA, ALINA CORINA

INTRODUCCIÓN

Durante los primeros meses de vida, es frecuente observar que los lactantes regurgiten pequeñas cantidades de leche tras las tomas.
Este fenómeno, conocido como **reflujo gastroesofágico**, se considera generalmente un proceso fisiológico asociado a la inmadurez del esfínter esofágico inferior y a la alimentación predominantemente líquida.
Es fundamental distinguir entre el reflujo gastroesofágico (**RGE**) y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (**ERGE**), que se asocia a numerosas complicaciones. Esta diferenciación permite evitar tratamientos innecesarios en casos leves y detectar precozmente los casos que sí requieren intervención médica.

OBJETIVO

Explorar el fenómeno del reflujo gastroesofágico en lactantes, su presentación clínica, diagnóstico diferencial y alternativas de manejo, con énfasis en intervenciones no invasivas y el acompañamiento familiar.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cinalh, SciELO y Cuiden. Publicados entre 2022 y 2025. Analizando estudios descriptivos transversales y revisiones sistemáticas.

RESULTADOS

El **RGE** es el paso retrógrado del contenido del estómago al esófago. Algunos factores como la postura, predominantemente horizontal del bebé, su alimentación líquida y la proporción entre el volumen ingerido y el tamaño de su estómago contribuyen al reflujo.
El RGE se manifiesta por regurgitaciones sin otros signos clínicos relevantes y suele resolverse antes del primer año de vida. En cambio, la **ERGE** es una complicación del reflujo donde los episodios provocan síntomas molestos o complicaciones. La ERGE puede acompañarse de irritabilidad prolongada y episodios de llanto, arqueo de espalda, escasa ganancia de peso, dificultad del lactante para dormir o síntomas respiratorios recurrentes.

El tratamiento del RGE fisiológico se basa en medidas conservadoras entre las que encontramos:

1. **Posturales**: mantener al bebé en posición erguida durante y después de las tomas. Por ejemplo, apoyado sobre el hombro de uno de los padres unos minutos tras la alimentación.
2. **Alimentarias**: ofrecer tomas más frecuentes y de menor volumen. Se debe evitar la sobrealimentación ya que esta favorece la distensión gástrica.
3. **Educación familiar**: tranquilizar a los padres explicando que el reflujo es normal en muchos lactantes y tiende a desaparecer con la maduración del sistema digestivo.

CONCLUSIÓN

El **reflujo gastroesofágico** en lactantes es una condición frecuente, generalmente fisiológica y transitoria. Su correcta identificación y manejo permite evitar procedimientos innecesarios y tranquilizar a las familias.
Informar adecuadamente a los cuidadores y aplicar cambios en la alimentación y la posición del lactante son pilares fundamentales en el manejo habitual de esta condición.
El papel del **personal sanitario** es esencial para diferenciar los casos fisiológicos de aquellos que podrían evolucionar hacia una enfermedad por reflujo. Esta labor requiere un enfoque clínico, empatía y conocimientos actualizados para promover un desarrollo saludable del lactante y fortalecer el vínculo familiar en este proceso.

Resumen: *El reflujo gastroesofágico (RGE) es un fenómeno frecuente y normal en niños, sobre todo en lactantes durante el primer año de vida. Se caracteriza por el retorno involuntario del contenido gástrico hacia el esófago, pudiendo llegar en ocasiones a la boca e incluso a ser expulsado al exterior en forma de vómito.*

Aunque en la mayoría de los casos es fisiológico y se resuelve espontáneamente, puede generar preocupación en los cuidadores debido a los síntomas que provoca. Este trabajo analiza las causas, manifestaciones clínicas, y estrategias de manejo del RGE en lactantes, destacando la importancia de la educación familiar, el enfoque conservador y la observación clínica continua como pilares fundamentales para evitar intervenciones innecesarias.

Palabras Clave: *Lactante - Reflujo gastroesofágico - Tratamiento*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Durante los primeros meses de vida, es frecuente observar que los lactantes regurgiten pequeñas cantidades de leche tras las tomas. Este fenómeno, conocido como reflujo gastroesofágico, se considera generalmente un proceso fisiológico asociado a la inmadurez del esfínter esofágico inferior y a la alimentación predominantemente líquida. A pesar de su benignidad en la mayoría de los casos, el RGE puede preocupar a padres y cuidadores, quienes interpretan la regurgitación como señal de enfermedad.

Es fundamental distinguir entre el reflujo gastroesofágico (RGE) y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), que se asocia a numerosas complicaciones. Esta diferenciación permite evitar tratamientos innecesarios en casos leves y detectar precozmente los casos que sí requieren intervención médica.

Objetivos:

Explorar el fenómeno del reflujo gastroesofágico en lactantes, su presentación clínica, diagnóstico diferencial y alternativas de manejo, con énfasis en intervenciones no invasivas y el acompañamiento familiar.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cinalh, SciELO y Cuiden. Publicados entre 2022 y 2025. Analizando estudios descriptivos transversales y revisiones sistemáticas.

Resultados:

El RGE es el paso retrógrado del contenido del estómago al esófago. En los bebés, esta situación se debe a que el esfínter esofágico inferior aún no ha alcanzado un nivel de madurez funcional que permita un cierre completo. Algunos factores como la postura, predominantemente horizontal del

bebé, su alimentación líquida y la proporción entre el volumen ingerido y el tamaño de su estómago contribuyen al reflujo.

El RGE se manifiesta por regurgitaciones sin otros signos clínicos relevantes y suele resolverse antes del primer año de vida. En cambio, la ERGE es una complicación del reflujo donde los episodios provocan síntomas molestos o complicaciones. La ERGE puede acompañarse de irritabilidad prolongada y episodios de llanto, arqueo de espalda, escasa ganancia de peso, dificultad del lactante para dormir o síntomas respiratorios recurrentes.

En general, el diagnóstico se establece mediante la valoración clínica, sin necesidad de pruebas adicionales en la mayoría de los casos. Se basa principalmente en la evaluación del historial del niño y en el análisis de su comportamiento cotidiano. En los casos atípicos o donde hay signos de alarma, se puede considerar la realización de estudios complementarios.

El tratamiento del RGE fisiológico se basa en medidas conservadoras entre las que encontramos:

1. **Posturales**: mantener al bebé en posición erguida durante y después de las tomas. Por ejemplo, apoyado sobre el hombro de uno de los padres unos minutos tras la alimentación.

2. **Alimentarias**: ofrecer tomas más frecuentes y de menor volumen. Se debe evitar la sobrealimentación ya que esta favorece la distensión gástrica.

3. **Educación familiar**: tranquilizar a los padres explicando que el reflujo es normal en muchos lactantes y tiende a desaparecer con la maduración del sistema digestivo.

Conclusión:

El reflujo gastroesofágico en lactantes es una condición frecuente, generalmente fisiológica y transitoria. Su correcta identificación y manejo permite evitar procedimientos innecesarios y tranquilizar a las familias. Informar adecuadamente a los cuidadores y aplicar cambios en la alimentación y la posición del lactante son pilares fundamentales en el manejo habitual de esta condición.

El papel del personal sanitario es esencial para diferenciar los casos fisiológicos de aquellos que podrían evolucionar hacia una enfermedad por reflujo. Esta labor requiere un enfoque clínico, empatía y conocimientos actualizados para promover un desarrollo saludable del lactante y fortalecer el vínculo familiar en este proceso.

Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de Reflujo Gastroesofágico del Comité Nacional de Gastroenterología Pediátrica. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de reflujo gastroesofágico en pediatría. Arch Argent Pediatr 2021;119(6):S222-S235. http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.S222

2. Castro Salas, U., Camacho Eugenio, J., Becerra Riaño, K., Zárate Vergara, A. C., & Tirado Pérez, I. S. (2020). La identificación del reflujo gastroesofágico fisiológico evita estudios innecesarios. Biociencias, 15(2). https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.2.7357

3. D.V. Bacarreza-Nogales, M.A. Ruiz-Castillo, J.M. Cázares-Méndez, J.A. Chávez-Barrera, S.J. Fernández-Ortiz, A. Guillén-Chávez, G. Hernández-Vez, M.V. López-Ugalde, E. Montijo-Barrios, E. Toro-Monjaraz, S. Trauernicht-Mendieta, J. Garza, L. Rodríguez, Consenso de la Asociación Mexicana de Gastroenterología sobre el diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico y enfermedad por reflujo gastroesofágico en lactantes, Revista de Gastroenterología de México, Volume 89, Issue 2, abril-junio de 2024, páginas 265-279 https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.02.003

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 49

El Rol de la enfermería en la era de la Inteligencia artificial: una revisión bibliográfica

Tentea, Laura Luminita
Manzaneque López. Gemma
Díaz Gallego, César
López Ruiz, Cecilia María

EL ROL DE LA ENFERMERÍA EN LA ERA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

XVI Congreso Investigación SATSE.

Autores: Tentea Laura L.; Manzaneque López Gema; Díaz Gallergo César; López Ruiz Cecilia María

INTRODUCCIÓN

La Inteligencia Artificial (IA) se presenta como una herramienta emergente que está revolucionando el ámbito sanitario, apoyando a los profesionales de enfermería en la planificación, monitoreo y evaluación de estas intervenciones. En este contexto, la enfermería desempeña un papel crucial al integrar estas tecnologías en la práctica clínica, enfrentando desafíos y oportunidades que redefinen su rol tradicional. Sin embargo, su adopción plantea interrogantes éticos y la necesidad de formación específica para el personal de enfermería.

OBJETIVOS

Identificar beneficios y desafíos asociados con la implementación de la IA en la práctica enfermera y cómo esta puede complementar y mejorar la calidad del cuidado al paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Revisión sistemática.

Bases de datos utilizadas: PubMed, CINAHL, SCIELO.

Palabras clave (MeSH y libres): "Artificial Intelligence", "Nursing", "Nursing Informatics".

Criterios de inclusión: Artículos publicados (2022 - 2025), en inglés o español, que relacionen IA en el ámbito de la enfermería.

Criterios de exclusión: Se excluyeron estudios que no proporcionaron datos relevantes sobre la práctica enfermera.

RESULTADOS

Se analizaron 22 estudios, de los cuales 9 cumplieron con los criterios de inclusión.

- **Mejora en la toma de decisiones clínicas**: La inteligencia artificial mejora la precisión diagnóstica y personaliza tratamientos, beneficiando a los profesionales de enfermería al aumentar la eficiencia, la exactitud en los cuidados y reducir la carga administrativa.
- **Automatización de procesos clínicos y administrativos:** La IA automatiza tareas administrativas en enfermería, como monitorizar signos vitales y gestionar datos clínicos, permitiendo a los profesionales dedicar más tiempo a la atención directa.
- **Desafíos éticos y la necesidad de formación en competencias digitales especializadas**: Hay preocupaciones éticas sobre la deshumanización del cuidado y se requiere formación específica para que el personal de enfermería use tecnologías avanzadas, asegurando que la tecnología complemente la atención humana.

CONCLUSIONES

La integración de la IA en la práctica de enfermería ofrece oportunidades significativas para mejorar la calidad y eficiencia del cuidado al paciente. Sin embargo, es esencial abordar los desafíos éticos y formativos asociados, asegurando que la tecnología complemente, y no reemplace, la dimensión humana del cuidado enfermero.

La formación continua y la adaptación proactiva son clave para que la enfermería lidere en esta nueva era digital. Se deben establecer marcos éticos sólidos que regulen el uso de la IA en la atención sanitaria, asegurando la privacidad de los datos, la equidad en el acceso y la transparencia en los algoritmos. Solo mediante una integración responsable y ética, la IA puede convertirse en una herramienta valiosa que potencie la calidad y humanidad del cuidado enfermero.

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: *La Inteligencia Artificial (IA) se presenta como una herramienta emergente que está revolucionando el ámbito sanitario, apoyando a los profesionales de enfermería en la planificación, monitoreo y evaluación de estas intervenciones. En este contexto, la enfermería desempeña un papel crucial al integrar estas tecnologías en la práctica clínica, enfrentando desafíos y oportunidades que redefinen su rol tradicional. Sin embargo, su implementación plantea interrogantes éticos, genera preocupaciones sobre la privacidad de datos sensibles y destaca la necesidad de una formación específica para el personal de enfermería.*

Palabras Clave: *Artificial Inteligence - Nursing - Nursing informatics*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La incorporación de la IA está provocando una transformación significativa en el sector sanitario, proporcionando herramientas que mejoran la eficiencia y precisión en la atención al paciente. En este marco, la profesión de enfermería juega un papel fundamental al integrar estas tecnologías en la práctica clínica, enfrentando desafíos y oportunidades que redefinen su función tradicional. La implementación de la IA en enfermería abarca desde la monitorización de signos vitales hasta la asistencia en la toma de decisiones clínicas. No obstante, su adopción plantea interrogantes éticos y subraya la necesidad de una formación especializada para el personal de enfermería.

Objetivos:

Identificar beneficios y desafíos asociados con la implementación de la IA en la práctica enfermera y cómo esta puede complementar y mejorar la calidad del cuidado proporcionado por enfermería.

Material y Método:

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática para analizar el impacto de la inteligencia artificial en la práctica de la enfermería. La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, CINAHL, SCIELO. En la búsqueda inicial se identificaron 22 estudios, de los cuales se seleccionaron 9, publicados entre los años 2022 y 2025.

Se incluyeron investigaciones en inglés y español que analizan el rol de la enfermería en la integración de la inteligencia artificial, excluyéndose aquellos estudios sin información relevante sobre la práctica enfermera.

Resultados:

Mejora en la toma de decisiones clínicas

La implementación de la IA en entornos clínicos ha demostrado un impacto significativo en la toma de decisiones de enfermería, al proporcionar un sistema de apoyo al diagnóstico y permitir una evaluación más rápida y precisa de las condiciones del paciente, lo que favorece intervenciones personalizadas y basadas en evidencia. Esta tecnología no solo mejora la exactitud diag-

nóstica, sino que también permite anticipar complicaciones, ajustando los cuidados en tiempo real. Para los profesionales de enfermería, esto se traduce en una mayor eficiencia operativa, una disminución en los errores clínicos y una notable reducción de la carga de trabajo, permitiéndoles centrarse en el juicio clínico y la atención humanizada.

Automatización de procesos clínicos y administrativos

La IA ha transformado tareas rutinarias que antes consumían gran parte del tiempo del personal de enfermería. Desde la monitorización continua de signos vitales hasta la clasificación de datos clínicos en tiempo real, estas tecnologías reducen el margen de error humano y aumentan la capacidad de respuesta ante situaciones críticas. La digitalización y automatización de registros, planificación de cuidados y gestión de recursos permiten liberar tiempo valioso, el cual puede ser redirigido a una atención directa, segura y de mayor calidad para el paciente. Además, se incrementa la trazabilidad y estandarización de los procesos asistenciales.

Desafíos éticos y la necesidad de formación en competencias digitales especializadas

Si bien los beneficios son evidentes, surgen preocupaciones éticas sobre la posible deshumanización del cuidado y la dependencia excesiva de los sistemas automatizados. La introducción de IA en enfermería requiere una reflexión profunda sobre el equilibrio entre tecnología y empatía. En este contexto, se hace imprescindible una formación continua y específica en competencias digitales, ética del uso de datos, y pensamiento crítico aplicado al entorno tecnológico. Capacitar a los profesionales de enfermería en el uso responsable de la IA garantiza que estas herramientas actúen como aliadas, y no sustitutas, de una atención centrada en la persona.

Conclusión:

La integración de la IA en la práctica de enfermería ofrece oportunidades significativas para mejorar la calidad y eficiencia del cuidado al paciente. Sin embargo, es esencial abordar los desafíos éticos y formativos asociados, asegurando que la tecnología complemente, y no reemplace, la dimensión humana del cuidado enfermero. La formación continua y la adaptación proactiva son clave para que la enfermería lidere en esta nueva era digital. Se deben establecer marcos éticos sólidos que regulen el uso de la IA en la atención sanitaria, asegurando la privacidad de los datos, la equidad en el acceso y la transparencia en los algoritmos. Solo mediante una integración responsable y ética, la IA puede convertirse en una herramienta valiosa que potencie la calidad y humanidad del cuidado enfermero.

Bibliografía

1. Ramírez-Pereira M, Figueredo-Borda N, Opazo Morales E. La inteligencia artificial en el cuidado: un reto para Enfermería. Enferm Cuid Humaniz [Internet]. 2023 [citado el 11 de junio de 2025];12(1). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062023000101101

2. Muñoz JMH. Avanzar en los cuidados de enfermería mediante inteligencia artificial. Paraninfo Digital [Internet]. 2023 [citado el 11 de junio de 2025];e35022d–e35022d. Disponible en: https://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/e35022d

3. Benavente-Rubio A. El rol de enfermería en la salud digital: oportunidades y desafíos para la ciencia del cuidado. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2022;33(6):598–603. Disponible en http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.11.004

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 50

El uso de la Carbetocina y la oxitocina en el alumbramiento tras el parto

García Mulas, Isabel
Vidal Ivars, Arabela
Rabanal Marcos, Marta

EL USO DE LA CARBETOCINA Y LA OXITOCINA EN EL ALUMBRAMIENTO TRAS EL PARTO

AUTORAS: García Mulas I., Rabanal Marcos M. y Vidal Ivars A.

INTRODUCCION

La hemorragia postparto (HPP), de acuerdo con el "Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos" (ACOG), se define como una pérdida acumulada de sangre superior a 1000 ml o la aparición de signos o síntomas clínicos relacionados con la hipovolemia en las primeras 24 horas posteriores al parto.
La Organización Mundial de la Salud reporta que en el mundo se registran 536,000 muertes maternas al año, de las cuales 140,000 son originadas por hemorragia obstétrica, que representan 25% del total de las muertes maternas y más de 50% de estas muertes suceden en las primeras 24 horas posparto. Más de 50% de las muertes maternas por hemorragia suceden en las primeras 24 horas posparto.
En el contexto de la hemorragia obstétrica, la hemorragia posparto es la complicación más frecuente, sucede en 75% de los casos de puerperio patológico.

La oxitocina es el medicamento más utilizado para prevenir la hemorragia posparto. Según las recomendaciones de la OMS, se debe administrar una dosis de 10 UI por vía intramuscular o intravenosa de inmediato después del 7 nacimiento. Este medicamento actúa rápidamente para ayudar al útero a contraerse, lo que disminuye significativamente el riesgo de una hemorragia peligrosa. Si la hemorragia persiste, se puede repetir la dosis o complementar con otros medicamentos, según sea necesario.

La carbetocina, se puede definir como un análogo de la oxitocina, la cual actúa mediante la unión de la misma a los receptores del músculo liso presente en el útero, generando contracciones en el mismo, tiene una vida media de 40 minutos, 10 veces mayor a la oxitocina. Este producto sirve como prevención o tratamiento tanto para la atonía uterina como para la hemorragia posparto, cuando este fármaco es administrado en una sola dosis 100 mg vía intravenoso dura alrededor de una hora.

Una ventaja de la carbetocina intramuscular sobre la oxitocina intramuscular es que la primera tiene una mayor duración en cuanto a su acción, además de una reducción en cuanto a efectos adversos.

OBJETIVOS

*Analizar la utilidad de la carbetocina y la oxitocina como uterotónicos para prevenir complicaciones hemorrágicas uterinas, evaluar sus beneficios, efectividad y efectos secundarios.

*Revisar las recomendaciones basadas en la evidencia obtenida de la comparación entre carbetocina y oxitocina en el tratamiento de la hemorragia postparto.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane, ENFISPO e IBECS mediante DeCs: "hemorragia"; "postparto" Y "tratamiento" y MeSh: "hemorrhage"; "postpartum"; Y" treatment" entre los años 2017-2024 haciendo lectura crítica con guías Caspe.

Causas principales de la hemorragia posparto (HPP) . Las 4 "T:

- Atonía uterina: Puede estar desencadenada por factores como la corioamnionitis, la terapia con sulfato de magnesio, el trabajo de parto prolongado, la incitación o estimulación del parto, la existencia de fibromas, la inversión uterina o la sobre distensión uterina causada por embarazos múltiples, macrosomía fetal o polihidramnios.
- Trauma: Incluyen la cesárea, el parto vaginal asistido con instrumentos, la episiotomía mediana, el parto precipitado y la posición occipital posterior persistente.
- Tejido: Factores como una cesárea previa, la placenta accreta, el desprendimiento prematuro de placenta, la hipertensión asociada y las anomalías uterinas pueden contribuir a la retención de tejido placentario y aumentar el riesgo de HPP.
- Trombina: Las coagulopatías que pueden predisponer a la HPP incluyen síndromes hipertensivos tal como el síndrome de HELLP, otras causas son la muerte fetal intrauterina, el desprendimiento placentario, el embolismo de líquido amniótico y coagulopatías hereditarias como la enfermedad de von Willebrand.

Oxitocina vs Carbetocina

La vida media de la carbetocina es de 40 min, lo que significa que es de 4 a 10 veces más larga a comparación de la oxitocina, la duración de acción de la carbetocina es de 1 a 2 horas luego de la colocación intramuscular o intravenosa está se administra luego de la extracción del recién nacido mientras que, la oxitocina se administra intravenosa o en el músculo después del parto.

Efectos secundarios de la oxitocina y de la carbetocina

Vómitos, náuseas, dolor abdominal, aumento de temperatura, debilidad, temblores, sin embargo; la carbetocina tiene otros como es sabor metálico, anemia, cefalea, vértigo. Hipotensión.

RESULTADOS

Se sugiere que la profilaxis con carbetocina en todas las pacientes con sobredistensión uterina por padecimientos o variantes detectadas como embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía o parto prolongado y particularmente cuando la terminación del embarazo es por cesárea. El tratamiento con carbetocina se realiza cuando en la paciente sin factores de riesgo se manifiesta atonía y hemorragia y no responde a oxitócicos convencionales. Incluso, puede emplearse como prueba terapéutica antes de indicar histerectomía por atonía.
La oxitocina tiene una buena y larga historia farmacológica. Los ensayos clínicos publicados demuestran que, en pacientes con atonía uterina manifiesta, la oxitocina es inferior en efectividad que la carbetocina.

En un estudio comparativo entre las dos, de los 126 casos de hemorragias posparto la cuantificación del sangrado, en las 53 se utiliza carbetocina de las cuales 1,59% presentaron sangrados a gran cantidad, mientras que con el uso de oxitocina de las 581 mujeres el 2,75% presentaron gran pérdida sanguínea.

CONCLUSIONES- DISCUSION

Se recomienda el tratamiento activo del tercer periodo de trabajo de parto en todas las pacientes. En embarazos normales, los oxitócicos tradicionales pueden y deben seguirse utilizando, además de las medidas generales, como el masaje uterino y la hidratación de las pacientes en embarazos de riesgo con sobredistensión uterina manifiesta o trabajo de parto prolongado, se sugiere la aplicación profiláctica de carbetocina que reduce la necesidad de transfusión de hemoderivados. La carbetocina está indicada en pacientes hipertensas con atonía uterina, por su efecto oxitócico prolongado y ausencia de efectos vasculares. En pacientes con atonía uterina permite realizar una prueba terapéutica antes de indicar una histerectomía obstétrica o ligadura vascular.

*ACOG. Committee on practice bulletins-obstetrics. Practice bulletin no. 183: postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 2017;130. https://doi.org/10.1097/ aog.0000000000002351. e168-e86
*Gurlos A, Cel A. Carbetocina versus oxitocina para la prevención del posparto hemorragia cesárea. [Internet]. 10 de mayo de 2020; 60(4):432-8
*Ibrahim Z, Sayed A, Hamid A. Crabetocina versus oxitocina para la prevención de la hemorrgaia posparto en mujeres hipertensas sometidas a cesárea electiva. [Internet]. 20de abril de 2020; 89;32(2):32-5

Resumen: *Según la OMS, mundialmente hay 536.00 muertes maternas al año, de las cuales 140,000 son originadas por hemorragia obstétrica, que representan 25% del total de las muertes maternas y más de 50% de estas muertes suceden en las primeras 24 horas posparto.*

Comparación de la carbetocina y la oxitocina en la prevención de complicaciones hemorrágicas uterinas.

Demuestran que, en pacientes con atonía uterina manifiesta, la oxitocina es inferior en efectividad que la carbetocina.

Los oxitócicos tradicionales deben seguirse utilizando. Y si hay riesgo por sobredistensión uterina o trabajo de parto prolongado, se sugiere la aplicación profiláctica de carbetocina.

Palabras Clave: *Hemorragia - Postparto - Tratamiento*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La hemorragia postparto (HPP), de acuerdo con el "Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos" (ACOG), se define como una pérdida acumulada de sangre superior a 1000 ml o la aparición de signos o síntomas clínicos relacionados con la hipovolemia en las primeras 24 horas posteriores al parto. La Organización Mundial de la Salud reporta que en el mundo se registran 536,000 muertes maternas al año, de las cuales 140,000 son originadas por hemorragia obstétrica, que representan 25% del total de las muertes maternas y más de 50% de estas muertes suceden en las primeras 24 horas posparto. Más de 50% de las muertes maternas por hemorragia suceden en las primeras 24 horas posparto. En el contexto de la hemorragia obstétrica, la hemorragia posparto es la complicación más frecuente, sucede en 75% de los casos de puerperio patológico.

La oxitocina es el medicamento más utilizado para prevenir la hemorragia posparto. Según las recomendaciones de la OMS, se debe administrar una dosis de 10 UI por vía intramuscular o intravenosa de inmediato después del 7 nacimiento. Este medicamento actúa rápidamente para ayudar al útero a contraerse, lo que disminuye significativamente el riesgo de una hemorragia peligrosa. Si la hemorragia persiste, se puede repetir la dosis o complementar con otros medicamentos, según sea necesario.

La carbetocina, se puede definir como un análogo de la oxitocina, la cual actúa mediante la unión de la misma a los receptores del músculo liso presente en el útero, generando contracciones en el mismo, tiene una vida media de 40 minutos, 10 veces mayor a la oxitocina. Este producto sirve como prevención o tratamiento tanto para la atonía uterina como para la hemorragia posparto, cuando este fármaco es administrado en una sola dosis 100 mg vía intravenoso dura alrededor de una hora. Una ventaja de la carbetocina intramuscular sobre la oxitocina intramuscular es que la primera tiene una mayor duración en cuanto a su acción, además de una reducción en cuanto a efectos adversos.

Objetivos:

Analizar la utilidad de la carbetocina y la oxitocina como uterotónicos para prevenir complicaciones hemorrágicas uterinas, evaluar sus beneficios, efectividad y efectos secundarios.

Revisar las recomendaciones basadas en la evidencia obtenida de la comparación entre carbetocina y oxitocina en el tratamiento de la hemorragia postparto.

Material y Método:

Búsqueda bibliográfica en bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane, ENFISPO e IBECS seleccionando artículos entre los años 2017-2024 y haciendo lectura crítica con guías Caspe.

Resultados:

Se sugiere que la profilaxis con carbetocina en todas las pacientes con sobredistensión uterina por padecimientos o variantes detectadas como embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía o parto prolongado y particularmente cuando la terminación del embarazo es por cesárea.

El tratamiento con carbetocina se realiza cuando en la paciente sin factores de riesgo se manifiesta atonía y hemorragia y no responde a oxitócicos convencionales. Incluso, puede emplearse como prueba terapéutica antes de indicar histerectomía por atonía.

La oxitocina tiene una buena y larga historia farmacológica. Los ensayos clínicos publicados demuestran que, en pacientes con atonía uterina manifiesta, la oxitocina es inferior en efectividad que la carbetocina. En un estudio comparativo entre las dos, de los 126 casos de hemorragias posparto la cuantificación del sangrado, en las 53 se utiliza carbetocina de las cuales 1,59% presentaron sangrados a gran cantidad, mientras que con el uso de oxitocina de las 581 mujeres el 2,75% presentaron gran pérdida sanguínea.

Conclusión:

Se recomienda el tratamiento activo del tercer periodo de trabajo de parto en todas las pacientes. En embarazos normales, los oxitócicos tradicionales pueden y deben seguirse utilizando, además de las medidas generales, como el masaje uterino y la hidratación de las pacientes en embarazos de riesgo con sobredistensión uterina manifiesta o trabajo de parto prolongado, se sugiere la aplicación profiláctica de carbetocina que reduce la necesidad de transfusión de hemoderivados.

La carbetocina está indicada en pacientes hipertensas con atonía uterina, por su efecto oxitócico prolongado y ausencia de efectos vasculares. En pacientes con atonía uterina permite realizar una prueba terapéutica antes de indicar una histerectomía obstétrica o ligadura vascular.

Bibliografía

Bibliografía 1: ACOG. Committee on practice bulletins-obstetrics. Practice bulletin no. 183: postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 2017;130. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002351. e168-e86

Bibliografía 2: Gurlos A, Cel A. Carbetocina versus oxitocina para la prevención del posparto hemorragia cesárea. [Internet]. 10 de mayo de 2020; 60(4):432-8

Bibliografía 3: Ibrahim Z, Sayed A, Hamid A. Crabetocina versus oxitocina para la prevención de la hemorrgaia posparto en mujeres hipertensas sometidas a cesárea electiva. [Internet]. 20de abril de 2020; 89;32(2):32-5

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 51

El uso del Mioinositol en combinación con D–chiro–inositol en Sindrome de Ovario Poliquistico en infertilidad

García Mulas, Isabel
Rabanal Marcos, Marta
Vidal Ibars, Arabela

El uso del Mioinositol en combinación con D-chiro-inositol en Sindrome de Ovario Poliquístico en infertilidad

AUTORAS: García Mulas I., Rabanal Marcos M. y Vidal Ivars A.

INTRODUCCION

El síndrome de ovario poliquístico es uno de los trastornos gineco-endocrinos más frecuentes y con múltiples complicaciones a corto y largo plazo. Es una de las causas más comunes de hiperandrogenismo y anovulación, que se refleja en hirsutismo, acné, alteraciones menstruales e infertilidad; incrementa el riesgo de síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular. La prevalencia varía de 4 a 26%, según diferentes autores, poblaciones y criterios diagnósticos.

La etiología del SOP no está clara, lo que sí se sabe con bastante certeza es que no tiene una única causa, sino que se trata de una afección de origen multifactorial. En la última década se ha acumulado evidencia que apoya un papel central de la resistencia a la insulina o la hiperinsulinemia compensatoria como principal defecto. También se ha demostrado que la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia contribuyen, directa e indirectamente, al hiperandrogenismo.

La evidencia sugiere que la deficiencia de inositol puede estar ligada a la resistencia a la insulina. En la bibliografía se señala que en las mujeres con síndrome de ovario poliquístico los genes involucrados en la vía de captación de glucosa están regulados negativamente en el ovario y puesto que dos de los esteroisómeros actualmente usados del inositol, mioinositol y D-chiro-inositol (DCI), tienen una acción similar a la insulina en vivo, pueden tener participación en el tratamiento de pacientes con síndrome de ovario poliquístico.

OBJETIVO

Evaluar el efecto de la combinación de mioinositol y D-chiro-inositol en el perfil metabólico y endocrino de mujeres con síndrome de ovario poliquístico.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane, ENFISPO e IBECS mediante palabras clave: síndrome de ovario poliquístico (SOP), resistencia insulínica, hiperandrogenismo, Mio-inositol y D-chiro-inositol. Entre los años 2019-2025 haciendo lectura crítica con guías Caspe.

RESULTADOS

Existen numerosos artículos que postulan los beneficios de una terapia combinada de Mio-inositol y D-chiro-inositol. Queda demostrado que con la terapia combinada se consigue disminuir los niveles de LH y de testosterona libre; y a nivel metabólico se reduce significativamente los marcadores de resistencia insulínica. Además, se logra restaurar la ovulación. Otros estudios demuestras que se aprecia una reducción del peso corporal y una mejoría de las alteraciones de la piel en pacientes con SOP en terapia con el tratamiento combinado.

Yas et al. llevan a cabo un estudio retrospectivo de los efectos del uso de Mioinositol justo a D-chiro-inositol en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. En los resultados, en cuanto al hirsutismo, se detecta una mejoría significativa en la puntuación y ninguna de las participantes tras el tratamiento presenta hirsutismo severo. La terapia combinada se demuestra eficaz para reducir el LDL, el colesterol total y los triglicéridos, además de disminuir los niveles de testosterona libre en sangre, la proporción LH/FSH y la resistencia a la insulina.

Otros artículos consiguen demostrar que la terapia combinada de Mio-inositol y D-chiro-inositol mejora la calidad de los ovocitos y de los embriones, suponiendo una ventaja para las personas con SOP que están en tratamiento de Fertilización In Vitro consiguiendo mayor numero de embriones y embarazos clínicos.

CONCLUSIONES- DISCUSION

La terapia compuesta de Mio-inositol y D-chiro-inositol se propone en la literatura, como una combinación que potencia la actuación de ambos inositoles para personas con síndrome de ovario poliquístico. Mejorando el perfil metabólico y el hormonal, las alteraciones cutáneas y de la menstruación, así como la fertilidad de los pacientes con SOP.

Se podría concluir que la eficacia de la terapia combinada en pacientes con SOP que realizan ciclos de FIV-ICSI se traduce en un mayor número de embriones y una mayor tasa de embarazo clínico.

·Kamenov Z, Gateva A, Dinicola S, Unfer V. Comparing the Efficacy of MyoInositol Plus α-Lactalbumin vs. Myo-Inositol Alone on Reproductive and Metabolic Disturbances of Polycystic Ovary Syndrome. Metabolites [Internet]. 2023 may 31 [acceso el 23 de abril de 2024]; 13(6):717.
*Mendoza N, et al. High dose of d-chiro-inositol improves oocyte quality in women with polycystic ovary syndrome undergoing ICSI: a randomized controlled trial. Gynecol Endocrinol. 2020;36(5):398-401.
*Mendoza N, et al. Comparison of the effect of two combinations of myo-inositol and D-chiro-inositol in women with polycystic ovary syndrome undergoing ICSI: a randomized controlled trial. Gynecol Endocrinol. 2019;35:695-700.

Resumen: *El síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) es una afección endocrino-metabólica que afecta a gran parte de la población y que es de etiología multifactorial. El síndrome se asocia a complicaciones como diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. En las últimas décadas se ha postulado el Mio-inositol junto con el D-chiro-inositol como una opción terapéutica farmacológica efectiva y segura para el SOP, para mejorar las alteraciones endocrinas, metabólicas y reproductivas comunes del síndrome, así como incrementar la calidad de vida de las personas que lo padecen.*

Palabras Clave: *Síndrome de ovario poliquístico (SOP) - Resistencia insulínica, hiperandrogenismo - Mio-inositol y D-chiro-inositol.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El síndrome de ovario poliquístico es uno de los trastornos gineco-endocrinos más frecuentes y con múltiples complicaciones a corto y largo plazo. Es una de las causas más comunes de hiperandrogenismo y anovulación, que se refleja en hirsutismo, acné, alteraciones menstruales e infertilidad; incrementa el riesgo de síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular. La prevalencia varía de 4 a 26%, según diferentes autores, poblaciones y criterios diagnósticos.

La etiología del SOP no está clara, lo que sí se sabe con bastante certeza es que no tiene una única causa, sino que se trata de una afección de origen multifactorial. En la última década se ha acumulado evidencia que apoya un papel central de la resistencia a la insulina o la hiperinsulinemia compensatoria como principal defecto. También se ha demostrado que la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia contribuyen, directa e indirectamente, al hiperandrogenismo.

La evidencia sugiere que la deficiencia de inositol puede estar ligada a la resistencia a la insulina. En la bibliografía se señala que en las mujeres con síndrome de ovario poliquístico los genes involucrados en la vía de captación de glucosa están regulados negativamente en el ovario y puesto que dos de los esteroisómeros actualmente usados del inositol, mioinositol y D-chiro-inositol (DCI), tienen una acción similar a la insulina en vivo, pueden tener participación en el tratamiento de pacientes con síndrome de ovario poliquístico.

Objetivos:

Evaluar el efecto de la combinación de mioinositol y D-chiro-inositol en el perfil metabólico y endocrino de mujeres con síndrome de ovario poliquístico.

Material y Método:

Búsqueda bibliográfica en bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane, ENFISPO e IBECS mediante palabras clave: síndrome de ovario poliquístico (SOP), resistencia insulínica, hiperandrogenismo, Mio-inositol y D-chiro-inositol. Entre los años 2019-2025 haciendo lectura crítica con guías Caspe.

Resultados:

Existen numerosos artículos que postulan los beneficios de una terapia combinada de Mio-inositol y D-chiro-inositol. Queda demostrado que con la terapia combinada se consigue disminuir los niveles de LH y de testosterona libre; y a nivel metabólico se reduce significativamente los marcadores de resistencia insulínica. Además, se logra restaurar la ovulación. Otros estudios demuestras que se aprecia una reducción del peso corporal y una mejoría de las alteraciones de la piel en pacientes con SOP en terapia con el tratamiento combinado.

Yas et al. llevan a cabo un estudio retrospectivo de los efectos del uso de Mioinositol justo a D-chiro-inositol en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. En los resultados, en cuanto al hirsutismo, se detecta una mejoría significativa en la puntuación y ninguna de las participantes tras el tratamiento presenta hirsutismo severo. La terapia combinada se demuestra eficaz para reducir el LDL, el colesterol total y los triglicéridos, además de disminuir los niveles de testosterona libre en sangre, la proporción LH/FSH y la resistencia a la insulina.

Otros artículos consiguen demostrar que la terapia combinada de Mio-inositol y D-chiro-inositol mejora la calidad de los ovocitos y de los embriones, suponiendo una ventaja para las personas con SOP que están en tratamiento de Fertilización In Vitro consiguiendo mayor número de embriones y embarazos clínicos.

Conclusión:

La terapia compuesta de Mio-inositol y D-chiro-inositol se propone en la literatura, como una combinación que potencia la actuación de ambos inositoles para personas con síndrome de ovario poliquístico. Mejorando el perfil metabólico y el hormonal, las alteraciones cutáneas y de la menstruación, así como la fertilidad de los pacientes con SOP.

Se podría concluir que la eficacia de la terapia combinada en pacientes con SOP que realizan ciclos de FIV-ICSI se traduce en un mayor número de embriones y una mayor tasa de embarazo clínico.

Bibliografía

Bibliografía 1

Mendoza N, et al. Comparison of the effect of two combinations of myo-inositol and D-chiro-inositol in women with polycystic ovary syndrome undergoing ICSI: a randomized controlled trial. Gynecol Endocrinol. 2019;35:695-700.

Bibliografía 2

Mendoza N, et al. High dose of d-chiro-inositol improves oocyte quality in women with polycystic ovary syndrome undergoing ICSI: a randomized controlled trial. Gynecol Endocrinol. 2020;36(5):398-401.

Bibliografía 3

Kamenov Z, Gateva A, Dinicola S, Unfer V. Comparing the Efficacy of MyoInositol Plus α-Lactalbumin vs. Myo-Inositol Alone on Reproductive and Metabolic Disturbances of Polycystic Ovary Syndrome. Metabolites [Internet]. 2023 may 31 [acceso el 23 de abril de 2024]; 13(6):717.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 52

Eliminación domiciliaria de residuos punzantes en pacientes diabéticos

García Martín, Beatriz
Renedo Díez, Andrés
Hernández Porras, Lara
Angulo Nuñez, Maria del Mar
Arnaiz Nieto, Verónica
Echave Sedano, Silvia

SATSE Ciudad Real: XV congreso de investigación

ELIMINACIÓN DOMICILIARIA DE RESIDUOS PUNZANTES EN PACIENTES DIABÉTICOS

Beatriz García Martín, Andrés Renedo Diez, Lara Herrández Porras, Maria del Mar Angulo Nuñez, Verónica Arnaiz Nieto, Silvia Echave Sedano. Enfermer@s HUBU.

INTRODUCCIÓN

En las consultas de enfermería, diariamente nos encontramos a paciente diabéticos cuyos tratamientos generan una serie de residuos punzantes y no los desechan adecuadamente al autoadministrárselos en su domicilio. En la gran mayoría de los casos, por desconocimiento.

Según el plan de gestión de residuos del Sacyl, este tipo de residuos se clasifican en el grupo III: residuos sanitarios específicos de riesgo "*productos consecuencia de la actividad asistencial y que conllevan algún riesgo potencial para trabajadores o medio ambiente; Residuos procedentes de la actividad asistencial general: punzantes, cortantes. (...Para su eliminación se usarán contenedores rígidos...)*"

RESULTADOS

MUESTRA DE 40 PACIENTES	"CONTENEDOR"	C.S 29%
		E.D 30%
	Basura orgánica, tarro de cristal, lumbre	C.S 71%
		E.D 70%

OBJETIVOS

Averiguar cómo eliminan los residuos punzantes en el ámbito domiciliario los pacientes diabéticos.

Instruir a los pacientes con dicha patología sobre la gestión de los residuos en domicilio.

MATERIAL Y MÉTODOS

— Encuesta a los usuarios diabéticos de las consultas de enfermería del Centro de salud y de la Unidad de Educación diabetológica (ED) de referencia para conocer dónde eliminan los residuos punzantes generados al autoadministrarse sus tratamientos en sus domicilios.

↓

— Enero y Febrero

↓

— Lectura crítica del :

- Manual de gestión de residuos sanitarios de SACYL
- Legislación actual sobre el tema

CONCLUSIONES

Un elevado porcentaje de usuarios, no elimina correctamente los residuos punzantes generados de la autoadministración de sus tratamientos en el domicilio.

La forma correcta de eliminación de dichos residuos por parte de los pacientes es la recolección domiciliaria en el "contenedor amarillo" que se les facilitará en el Centro de Salud.

Resulta de **gran importancia** que los pacientes reciban el material y la información suficiente para saber gestionar adecuadamente dichos residuos.

Es beneficioso para todos, enseñar a los pacientes que generen residuos punzantes derivados de sus tratamientos en su domicilio , dónde gestionar su eliminación.

Bibliografía

Consejería Ambiental Universitaria de León. Plan de Gestión de Residuos Sanitarios. 2008.

Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. Residuos Sanitarios [Internet]. Prevención y gestión de residuos. 2020. p. 8. Available from: https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/prevencion-y-gestion-residuos/flujos/residuos-sanitarios.html

Gómez MR, Gutiérrez J, Tornero MA, Magdi G, Soto A. Gestión de residuos sanitarios (y 2). Qué hacer y/o dónde la correcta gestión. Rev. Edición española) [Internet]. 2008;24(2):63–5. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0212656708715458

Martí Solà M, Gómez Expósito R. NTP 322: Tratamiento de residuos sanitarios. [Internet]. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. 2016. Available from: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_322.pdf

Resumen: *En las consultas de enfermería, habitualmente nos encontramos a paciente diabéticos cuyos tratamientos generan una serie de residuos punzantes que no desechan adecuadamente al autoadministrárselos en su domicilio, en la mayoría de los casos, por desconocimiento. Se realiza un sondeo en las consultas de enfermería de Atención Primaria y unidad de Educación Diabetológica para determinar el nivel de conocimientos sobre la eliminación de dichos residuos tras su autoadministración y realizar las intervenciones oportunas si procede.*

Palabras Clave: *Diabético - Eliminación de residuos - Bioseguridad*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En las consultas de enfermería, diariamente nos encontramos a paciente diabéticos cuyos tratamientos generan una serie de residuos punzantes y no los desechan adecuadamente al autoadministrárselos en su domicilio. En la gran mayoría de los casos, por desconocimiento.

Según el plan de gestión de residuos del Sacyl, este tipo de residuos se clasifican en el grupo III: residuos sanitarios específicos de riesgo "productos consecuencia de la actividad asistencial y que conllevan algún riesgo potencial para trabajadores o medio ambiente; Residuos procedentes de la actividad asistencial general: punzantes, cortantes. (...Para su eliminación se usarán contenedores rígidos...)"

Objetivos:

Averiguar cómo eliminan los residuos punzantes en el ámbito domiciliario los pacientes diabéticos.

Instruir a los pacientes con dicha patología sobre la gestión de los residuos en domicilio.

Material y Método:

Tras una previa búsqueda bibliográfica y una lectura crítica del manual de gestión de residuos y la legislación actual sobre el tema, durante los meses de enero y febrero se realiza una encuesta, preguntando a los/las pacientes diabéticos/as que acuden a las consultas de enfermería del Centro de Salud y de la unidad de Educación Diabetológica de referencia, dónde eliminan los residuos punzantes generados al autoadministrarse los tratamientos en sus domicilios.

Resultados:

Se obtuvo una muestra total de 40 pacientes, de los cuáles lo eliminaban correctamente en el contenedor de residuos un 29% de los encuestados en el Centro de Salud y un 30% de los preguntados en la Unidad de Educación Diabetológica de referencia.

El 71% de los pacientes preguntados en la consulta de enfermería del Centro de Salud y el 70% de la consulta de Educación Diabetológica lo eliminaban en lugares tan dispares como bolsa de residuos orgánicos, lo dejaban en un tarro de cristal, lo echaban a la lumbre…

Conclusión:

Un elevado porcentaje de usuarios no elimina correctamente los residuos punzantes generados de la autoadministración de sus tratamientos en el domicilio.

La forma correcta de eliminación de dichos residuos por parte de los pacientes es la recolección domiciliaria en el “contenedor amarillo” que se les facilitará en el Centro de Salud.

Resulta de gran importancia que los pacientes reciban el material y la información suficiente para saber gestionar adecuadamente dichos residuos.

Es beneficioso para todos, enseñar a los pacientes que generen residuos punzantes derivados de sus tratamientos en su domicilio, dónde gestionar su eliminación.

Bibliografía

1. Complejo Asistencial Universitario de León. Plan de Gestión de Residuos Sanitarios. 2018.

2. Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. Residuos Sanitarios [Internet]. Prevención y gestión de residuos. 2025. p. 8. Available from: https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/prevencion-y-gestion-residuos/flujos/residuos-sanitarios.html

3. Girbau MR, Galimany J, Torrens ML, Roigé A, Salas K. Gestión de residuos sanitarios (y 2). Qué facilita y/o dificulta la correcta gestión. Nurs (Edición española) [Internet]. 2006;24(7):60–5. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0212538206711438

4. Martí Solé M, Alonso Espadalé R. NTP 372: Tratamiento de residuos sanitarios. [Internet]. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. 2018. Available from: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_372.pdf

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 53

Endometriosis

Chicote Izquierdo, Severo
Martín Hidalgo, Ana Isabel

ENDOMETRIOSIS

Chicote Izquierdo, Severo (GAI Ciudad Real); Martín Hidalgo, Ana Isabel (GAI Manzanares)

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una afección benigna, a menudo dolorosa en la cual un tejido similar al que recubre el interior del útero crece fuera de este. Con frecuencia afecta a los ovarios, trompas de Falopio y el tejido que recubre la pelvis.

La endometriosis tiene una incidencia entre el 5-10% de las mujeres. El tejido endometrial se comporta como lo haría en el interior del útero: se engrosa, se separa y genera un sangrado en cada ciclo menstrual. El problema es que crece en lugares donde no debería. También es posible que se formen adherencias.

La endometriosis puede causar dolor, especialmente durante los períodos menstruales y pueden generar problemas de fertilidad.

En la endometriosis cutánea pueden aparecer pequeños nódulos de color violáceo, normalmente en la zona umbilical. Hoy en día se desconocen cuáles son las causas de esta enfermedad. Hay familias con madre y varias hermanas afectadas de endometriosis, por lo que puede existir un componente hereditario.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 40 años, con antecedentes de cesárea hace 16 años, en el año 2021 se palpa una pequeña induración en la zona umbilical apreciable a simple vista, con un color azulado.

Es remitida a consulta de cirugía por el médico de atención primaria bajo la sospecha de hernia umbilical, allí es incluida en lista de espera quirúrgica. Con el tiempo la induración se hace más visible, produciéndose un sangrado por el cual la paciente acude al servicio de urgencias donde es diagnosticada de onfalitis. Con el sangrado, dicha induración visible desaparece.

Posteriormente es intervenida de hernia umbilical, apreciándose que no existe la misma, lo cual provoca en la paciente un estado de ansiedad con insomnio de conciliación y mantenimiento adherido, afectando a su vida diaria.

Al cabo de 1 año más o menos, vuelve a aparecer dicha induración azulada sospechando de endometriosis cutánea umbilical, confirmándose tras la recogida de muestra por parte dermatología, derivándose a ginecología para su posterior seguimiento y ver que dicha endometriosis cutánea umbilical no se extiende a más zonas de la cavidad umbilical.

PLAN DE CUIDADOS

DOMINIO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	NOC	NIC
001 PROMOCIÓN DE LA SALUD	00099. Mantenimiento inefectivo de la salud	3129. Automanejo: régimen terapéutico 1613. Autogestión de los cuidados	5510. Educación para la salud 5250. Apoyo en la toma de decisiones.
004. ACTIVIDAD-REPOSO	00198. Trastorno del patrón del sueño	2002. Bienestar 0003. Descanso	1850. Mejora del sueño. 6482. Manejo del confort 5880. Técnicas de relajación.
0005. PERCEPCIÓN-COGNICIÓN	00126. Conocimientos deficientes.	1803. Conocimientos de la enfermedad	5602. Enseñanza: proceso de enfermedad. 5618. Enseñanza: procedimiento o tratamiento. 5240. Asesoramiento.
0006. AUTOPERCEPCIÓN	00125. Impotencia	1409. Control de la depresión	5320. Control del humor. 5510. Educación en salud. 5400. Potenciación de la autoestima
0009. AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS	00146. Ansiedad	1402. Control de la Ansiedad. 1302. Afrontamiento 1862. Conocimiento: Manejo del estrés	5606. Enseñanza individual. 5820. Disminución de la ansiedad.
	00148. Temor	1404. Autocontrol del miedo. 1402. Control de la ansiedad.	5270. Apoyo emocional 5240. Asesoramiento 5510. Educación sanitaria
0011. SEGURIDAD/PROTECCIÓN	00004. Riesgo de infección	00305. Cuidados personales: Higiene	3660. Cuidado de la herida
0012. CONFORT	00132. Dolor agudo	2102. Nivel de dolor 2101. Dolor: efectos nocivos	1410. Manejo del dolor 2398. Manejo de medicamentos

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La endometriosis es una enfermedad con cierta dificultad para su diagnóstico, ya que en las pruebas radiodiagnósticas, es difícil apreciarlas a no ser que sea de gran tamaño. La única forma 100% efectiva es bajo una laparoscopia exploratoria. En la endometriosis extrapélvica su diagnóstico se realiza bajo biopsia. La endometriosis umbilical a menudo puede ser confundida con una hernia umbilical, por lo tanto, es de suma importancia un buen diagnóstico para evitar intervenciones quirúrgicas.

El tratamiento suele ser hormonal, salvo en los casos graves que se hace cirugía de la zona de la endometriosis.
Al ser una enfermedad de influencia hormonal, muchas veces, la endometriosis desaparece por si sola tras la menopausia.

Es de gran importancia el conocimiento de esta enfermedad desde la atención primaria, ya que entre el 10-15% de las mujeres en España sufren endometriosis a lo largo de la vida y un 5% de las mismas sufren depresión.

Resumen: *El presente póster trata de dar visibilidad a la endometriosis, una enfermedad que afecta al tejido endometrial, el cual se comporta como lo haría el que recubre el interior del útero: se engrosa, se separa y genera un sangrado en cada ciclo menstrual. El problema es que crece en lugares donde no debería. Se da entre el 5-10% de las mujeres.*

En este caso se presenta una mujer con dicha afección dando a conocer sus signos y síntomas, que en muchas ocasiones dan lugar a falsos diagnósticos, provocando en la persona que lo sufre incluso un desequilibrio psicológico.

Palabras Clave: *Endometriosis - Mujer - Útero*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La endometriosis es una afección benigna, a menudo dolorosa, en la cual un tejido similar al que recubre el interior del útero crece fuera de éste. Con frecuencia afecta a los ovarios, las trompas de Falopio y el tejido que recubre la pelvis.

La endometriosis tiene una incidencia entre el 5-10% de las mujeres, perteneciendo a las endometriosis cutáneas un 0.3-1% sobre el total de estas.

El tejido endometrial se comporta como lo haría el que recubre el interior del útero: se engrosa, se separa y genera un sangrado en cada ciclo menstrual. El problema es que crece en lugares donde no debería. También es posible que se formen adherencias.

La endometriosis puede causar dolor, especialmente durante los períodos menstruales y pueden generar problemas de fertilidad.

En la endometriosis cutánea, pueden aparecer pequeños nódulos de color violáceo, normalmente en la zona umbilical. Hoy en día se desconocen cuáles son las causas de esta enfermedad. Hay familias con madre y varias hermanas afectadas de endometriosis, por lo que puede existir un componente hereditario.

Observación Clínica:

Mujer de 40 años, con antecedentes de cesárea hace 16 años, que en el año 2021 se palpa una pequeña induración en la zona umbilical apreciable a simple vista, con un color azulado.

Es remitida a consulta de cirugía por el médico de atención primaria bajo la sospecha de hernia umbilical, en la misma es diagnosticada de hernia umbilical y es incluida en lista de espera quirúrgica.

En el tiempo que transcurre en lista de espera, la induración se hace más visible, apreciándose el tono azulado como aparece en la fotografía, produciéndose un sangrado por el cual la paciente acude al servicio de urgencias. En dicho servicio no se le da importancia y es diagnosticada de onfalitis. Con el sangrado, dicha induración visible desaparece.

A los nueve meses de ser incluida en lista de espera quirúrgica es intervenida de hernia umbilical, apreciándose que no existe dicha hernia, lo cual provoca en la paciente un estado de ansiedad con insomnio de conciliación y mantenimiento adherido, afectando a su vida diaria.

Al cabo de 1 año más o menos, vuelve a aparecer dicha induración azulada y se consulta con una ginecóloga, sospechando que puede tratarse de una endometriosis cutánea umbilical, diagnóstico confirmado tras la recogida de muestra por parte del servicio de dermatología.

El caso es derivado al servicio de ginecología para su posterior seguimiento y ver que dicha endometriosis cutánea umbilical no se extiende a más zonas de la cavidad umbilical.

Plan de cuidados:

Diagnósticos de enfermería

Dominio 1. Promoción de la salud.

00099. Mantenimiento inefectivo de la salud.

NOC. 3129. Automanejo: régimen terapéutico.

1613. Autogestión de los cuidados.

NIC. 5510. Educación para la salud.

5250. Apoyo en la toma de decisiones.

Dominio 4. Actividad reposo.

00198. Trastorno del patrón del sueño.

NOC. 2002. Bienestar.

0003. Descanso.

NIC. 1850. Mejora del sueño.

6482. Manejo del confort.

5880. Técnicas de relajación.

Dominio 5. Percepción/cognición.

00126. Conocimientos deficientes.

NOC.1803. Conocimiento de la enfermedad

NIC. 5602.Enseñanza: proceso de enfermedad.

5618. Enseñanza: procedimiento o tratamiento.

5240.Asesoramiento.

Dominio 6. Autopercepción.

00125. Impotencia.

NOC. 1409.Control de la depresión.

NIC.5510. Educación en salud.

5320. Humor.

5400. Potenciación de la autoestima.

Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.

00146. Ansiedad.

NOC.1402. Control de la ansiedad.

1302. Afrontamiento.

1862. Conocimiento: Manejo del estrés.

NIC.5606. Enseñanza individual.

5820. Disminución de la ansiedad.

00148. Temor.

NOC. 1404. Autocontrol del miedo.

1402. Control de la ansiedad.

NIC. 5270. Apoyo emocional.

5240. Asesoramiento.

5510. Educación sanitaria

Dominio 11. Seguridad/protección.

00004. Riesgo de infección.

NOC. 00305. Cuidados personales: Higiene.

NIC. 3660. Cuidado de la herida.

Dominio 12. Confort

00132. Dolor agudo.

NOC. 002102. Nivel del dolor

2101. Dolor: efectos nocivos

NIC. 1410. Manejo del dolor

2398.Manejo de medicamentos.

Discusión y conclusiones:

La endometriosis es una enfermedad con cierta dificultad para su diagnóstico, ya que en las pruebas radiodiagnósticos, es difícil apreciarlas a no ser que sea de gran tamaño. La endometriosis intrapélvica se suele diagnosticar con resonancia magnética o ecografía, aunque la única forma 100% efectiva es bajo una laparoscopia exploratoria. En la endometriosis extrapélvica su diagnóstico se realiza bajo biopsia.

La endometriosis umbilical a menudo puede ser confundida con una hernia umbilical, por lo tanto, es de suma importancia un buen diagnóstico para evitar intervenciones quirúrgicas.

El tratamiento suele ser hormonal, salvo en los casos graves que se hace cirugía de la zona de la endometriosis.

Al ser una enfermedad de influencia hormonal, la mayoría de las veces, la endometriosis desaparece por si sola tras la menopausia.

Es de gran importancia el conocimiento de esta enfermedad desde la atención primaria, ya que entre el 10-15% de las mujeres en España sufren endometriosis a lo largo de la vida y un 5% de las mismas sufren depresión.

Bibliografía

1. Endometriosis [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000915.htm

2. Mayoclinic.org. [citado el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/endometriosis/symptoms-causes

3. Endometriosis [Internet]. https://www.cun.es. [citado el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/endometriosis

4. SitePoint. Radware page [Internet]. Quironsalud.com. [citado el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.quironsalud.com/es/comunicacion/actualidad/10-1https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-completa-resultados-enfermeria-noc-2024/5-mujeres-espana-endometriosis-5-sufre-depresion

5. SalusPlay. CLASIFICACIÓN COMPLETA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC 2024 (8a EDICIÓN) [Internet]. El blog de Salusplay. 2024 [citado el 25 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-completa-intervenciones-enfermeria-nic-2024/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 54

Enfermera de Salud Mental en Urgencias Psiquiátricas. Opinión de los profesionales

García Díaz, Clara
Ruiz García, Carmen
Fernández Villa, Soraya

Enfermera de Salud Mental en Urgencias Psiquiátricas. Opinión de los profesionales

García Díaz, C; Ruiz García, C; Fernández Villa, S.

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años ha aumentado la demanda de atención en urgencias por trastornos de salud mental, evidenciando carencias en formación, protocolos y recursos.
Los pacientes en crisis requieren una atención especializada, ágil y humanizada que muchas veces no se garantiza.
El entorno de urgencias no siempre es adecuado, lo que afecta negativamente a pacientes y profesionales. Esto incrementa el riesgo de intervenciones inadecuadas y dificulta la continuidad asistencial.
La enfermera especialista en salud mental surge como figura clave para mejorar la atención y coordinación en estos casos.

OBJETIVO:

Recopilar información que permita conocer papel del profesional de enfermería en las urgencias psiquiátricas en el HUGCR, así como fundamentar la necesidad de incorporar papel de la enfermera especialista en salud mental en urgencias.

MÉTODOS:

Se realizó una encuesta al personal de enfermería del servicio de urgencias del HGUCR, centrada en:

- Su experiencia, conocimiento y actuación con pacientes psiquiátricos en crisis.
- Las dificultades percibidas en la atención de urgencias psiquiátricas.
- La valoración y conocimiento del rol de la enfermera especialista en salud mental (ESM) como posible figura de intervención en estos casos.

RESULTADOS:

Se encuestó a 23 enfermeros del servicio de urgencias del Hospital General Universitario de Ciudad Real.
Hallazgos principales:

- 60,9% no ha recibido formación en urgencias psiquiátricas; 47,8% tiene baja confianza en manejar crisis.
- 95,7% ha participado en contención mecánica.
- 60,9% atiende urgencias psiquiátricas varias veces por semana; las más comunes son ideación o intento suicida (91,3%), consumo de sustancias (78,3%) y crisis de ansiedad (65,2%).
- 65,2% cree que la atención a pacientes psiquiátricos es insuficiente; el tiempo por paciente suele ser menos de una hora.
- 87% considera necesaria la presencia de una enfermera especialista en salud mental (ESM) para mejorar la calidad, prevenir conflictos y apoyar al equipo.
- 87% desea formación en urgencias psiquiátricas, especialmente en contención verbal, aspectos legales y manejo del consumo de sustancias, prefiriendo talleres prácticos y simulaciones.

CONCLUSIÓN:

El 87% del personal ve necesaria la figura de la ESM; sin embargo, más del 60% no tiene formación específica. Las principales barreras son: protocolos poco claros, falta de personal cualificado y una infraestructura inadecuada. La ESM permitiría reducir tiempos de espera, evitar contenciones innecesarias y ofrecer una atención más humanizada.
Conclusión: la incorporación de la ESM en urgencias es esencial para abordar la creciente demanda en salud mental y mejorar la experiencia del paciente y del profesional.

Resumen: *En los últimos años ha aumentado la demanda en urgencias por trastornos de salud mental. Este estudio, realizado mediante encuestas a profesionales del Hospital General Universitario de Ciudad Real, identifica carencias formativas, organizativas y estructurales. Se evidencia una baja confianza del personal en el manejo de crisis, una alta participación en contenciones mecánicas y la necesidad percibida de incorporar la figura de la enfermera especialista en salud mental (ESM). Los resultados apoyan su inclusión para mejorar la calidad asistencial, reducir conflictos y favorecer una atención más humanizada.*

Palabras Clave: *Enfermería psiquiátrica - Servicios de urgencia hospitalarios*
Personal de enfermería

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El aumento de pacientes con trastornos mentales en los servicios de urgencias ha puesto en evidencia deficiencias en formación, protocolos y recursos disponibles. Los pacientes en crisis requieren una atención especializada, ágil y humanizada, que no siempre se garantiza. Además, el entorno físico de urgencias puede ser inadecuado, afectando tanto a pacientes como a profesionales. En este contexto, la enfermera especialista en salud mental (ESM) se perfila como una figura esencial para mejorar la calidad de la atención.

Objetivos:

Conocer el papel actual del profesional de enfermería en urgencias psiquiátricas del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) y fundamentar la necesidad de incorporar la figura de la ESM.

Material y Método:

Se diseñó una encuesta dirigida al personal de enfermería del servicio de urgencias del HGUCR. El cuestionario abordó aspectos como experiencia con pacientes en crisis, formación, dificultades percibidas y percepción del rol de la ESM.

Resultados:

Participaron 23 enfermeros/as del servicio. Los principales resultados fueron:

- El 60,9% no ha recibido formación específica en urgencias psiquiátricas.
- El 47,8% tiene baja confianza en el manejo de crisis.
- El 95,7% ha intervenido en contenciones mecánicas.
- El 60,9% atiende urgencias psiquiátricas varias veces por semana, destacando casos de ideación o intento suicida (91,3%), consumo de sustancias (78,3%) y crisis de ansiedad (65,2%).

• El 65,2% considera que la atención actual es insuficiente y el tiempo por paciente suele ser menor de una hora.

• El 87% cree necesaria la presencia de una ESM para mejorar la atención, prevenir conflictos y apoyar al equipo.

• La mayoría también solicita formación específica en contención verbal, legislación y manejo de sustancias.

Conclusiones:

Existe una percepción clara de necesidad de mejorar la atención en urgencias psiquiátricas. La incorporación de la ESM se considera una medida clave para abordar las carencias existentes: protocolos poco definidos, falta de personal cualificado y entorno poco adecuado. La ESM permitiría mejorar la calidad asistencial, reducir contenciones y brindar una atención más centrada en el paciente.

Bibliografía

1. Redondo m, Sánchez e, López m. Demanda y manejo de pacientes con trastornos mentales en urgencias. An psiquiatr. 2020;36(2):89-104.

2. Ministerio de sanidad. Protocolo de actuación en urgencias psiquiátricas. Madrid: Ministerio de Sanidad; 20

3. García-portilla mp, bobes j. Importancia de la enfermería especializada en salud mental en los servicios de urgencias. Enferm clin. 2021;31(2):75-83.

4. World health organization. (2021). Guidelines on mental health training for healthcare professionals. Geneva: WHO.

5. American psychiatric association. (2020). Best practices in emergency psychiatry. Washington, D.C.: apa.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 55

Enfermería en la Insuficiencia Cardiaca.

Gómez-Caraballo Jiménez de los Galanes, Jesús Manuel.

ENFERMERÍA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA.

AUTOR: Gómez-Caraballo Jiménez-Galanes, J. Manuel. (Enfermero PEAC Daimiel 2)

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome de prevalencia elevada, en España entre el 7 y el 8%, que supone una carga asistencial muy importante, representando uno de los primeros diagnósticos. Las causas más importantes son la cardiopatía hipertensiva, la miocardiopatía dilatada y la hipertensión arterial, variando su importancia en función de la población estudiada. El diagnóstico clínico no resulta sencillo, por la falta de especificidad de los signos y síntomas. Su prevención y posterior tratamiento de forma precoz se hace indispensable para evitar complicaciones.

OBJETIVOS

-Conocer las causas y síntomas de la insuficiencia cardiaca.
-Describir el mejor tratamiento para dicha patología.
-Reconocer las mejores recomendaciones para los pacientes con Insuficiencia Cardiaca.

METODOLOGÍA

Realización de una revisión bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud: Medline, Cochrane library. Consulta de protocolos y diversas guías de práctica clínica sobre cuidados de enfermería en la insuficiencia cardiaca.
Descriptores: “insuficiencia cardiaca”, “remodelado ventricular”, “tratamiento”.
Se incluyeron los artículos más relevantes de los últimos 10 años.

RESULTADOS

El diagnóstico de la insuficiencia cardiaca puede ser difícil, especialmente en las etapas iniciales. Muchos de los síntomas de la insuficiencia cardiaca no son específicos y, por lo tanto, no ayudan a distinguir entre la insuficiencia cardiaca y otros problemas. Los síntomas más específicos (ortopnea y disnea paroxística nocturna) son menos comunes, especialmente en pacientes con síntomas más leves, por lo que no son sensibles. Las manifestaciones cardinales de la insuficiencia cardiaca son disnea y fatiga, que pueden limitar la capacidad de realizar esfuerzo físico (intolerancia al ejercicio), y pueden culminar en procesos que conducen a la congestión pulmonar y sistémica, y al aumento de la resistencia vascular periférica. Las limitaciones funcionales que va imponiendo repercuten desfavorablemente sobre la capacidad productiva de los afectados. El escenario es una alteración miocárdica que puede ser difusa o segmentaria y que habitualmente se inicia sin síntomas o discapacidad. Las causas más comunes de probabilidad de insuficiencia en el mundo desarrollado son: Enfermedad aterosclerótica de las arterias coronarias; Hipertensión arterial (HTA); Miocardiopatía dilatada idiopática; Valvulopatías y Cardiopatías congénitas en el adulto. Respecto al tratamiento existen diversos fármacos que han demostrado una mejoría en el pronóstico, reduciendo los síntomas, en otras ocasiones se opta por la implantación del marcapasos.

CONCLUSIONES

Se hace fundamental en estos pacientes llevar una dieta sana, evitando el consumo de sal (para no retener líquidos), no consumir alcohol, consumir frutas, verduras, pescado azul, legumbres (para evitar acumulos de grasa en las paredes de las arterias). Realizar ejercicio físico como caminar, evitándolo cuando haga calor estaría muy recomendado. En cuanto a la medicación siempre deberá tomarla a la misma hora, evitando olvidos.
La insuficiencia cardiaca es una enfermedad muy importante, no sólo por su gravedad, también por su frecuencia. Siendo en la actualidad una de las principales causas de ingresos hospitalarios y muerte. Es por ello el papel relevante que juega enfermería en dicha patología controlando controlando otros factores de riesgo cardiovasculares.

BIBLIOGRAFÍA:

1.-Sicras-Mainara A., Sicras-Navarro A., Palacios B., Varela L., Delgado J.F. Epidemiología y tratamiento de la insuficiencia cardiaca en España: estudio PATHWAYS-HF. Rev Esp Cardiol. 2022.
2.-.McDonagh T.A., Metra M., Adamo M., Gardner R.S., Baumbach A., Böhm M., et al. 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure.
3.-F. F. P. Almeida, «Marcadores de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca de causa isquémica en el Hospital San Vicente de Paúl,» Repositorio Digital. Universidad Católica del Ecuador, 2022.

Resumen: *La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome de prevalencia elevada, en España entre el 7 y el 8%, que supone una carga asistencial muy importante, representando uno de los primeros diagnósticos. Las causas más importantes son la cardiopatía hipertensiva, la miocardiopatía dilatada y la hipertensión arterial, variando su importancia en función de la población estudiada. Las manifestaciones cardinales de la insuficiencia cardiaca son disnea y fatiga, que pueden limitar la capacidad de realizar esfuerzo físico (intolerancia al ejercicio). La insuficiencia cardiaca es una enfermedad muy importante, no sólo por su gravedad, también por su frecuencia. Siendo en la actualidad una de las principales causas de ingresos hospitalarios y muerte. Es por ello el papel relevante que juega enfermería en dicha patología controlando controlando otros factores de riesgo cardiovasculares.*

Palabras Clave: *Insuficiencia cardiaca - Remodelado ventricular - Tratamiento.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome de prevalencia elevada, en España entre el 7 y el 8%, que supone una carga asistencial muy importante, representando uno de los primeros diagnósticos. Las causas más importantes son la cardiopatía hipertensiva, la miocardiopatía dilatada y la hipertensión arterial, variando su importancia en función de la población estudiada. El diagnóstico clínico no resulta sencillo, por la falta de especificidad de los signos y síntomas. Su prevención y posterior tratamiento de forma precoz se hace indispensable para evitar complicaciones.

Objetivos:

- Conocer las causas y síntomas de la insuficiencia cardiaca.
- Describir el mejor tratamiento para dicha patología.
- Reconocer las mejores recomendaciones para los pacientes con Insuficiencia Cardiaca.

Material y Método:

Realización de una revisión bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud: Medline, Cochrane library. Consulta de protocolos y diversas guías de práctica clínica sobre cuidados de enfermería en la insuficiencia cardiaca. Se incluyeron los artículos más relevantes de los últimos 10 años.

Resultados:

El diagnóstico de la insuficiencia cardiaca puede ser difícil, especialmente en las etapas iniciales. Muchos de los síntomas de la insuficiencia cardiaca no son específicos y, por lo tanto, no ayudan a distinguir entre la insuficiencia cardiaca y otros problemas. Los síntomas más específicos (ortopnea y disnea paroxística nocturna) son menos comunes, especialmente en pacientes con

síntomas más leves, por lo que no son sensibles. Las manifestaciones cardinales de la insuficiencia cardiaca son disnea y fatiga, que pueden limitar la capacidad de realizar esfuerzo físico (intolerancia al ejercicio), y pueden culminar en procesos que conducen a la congestión pulmonar y sistémica, y al aumento de la resistencia vascular periférica. Las limitaciones funcionales que va imponiendo repercuten desfavorablemente sobre la capacidad productiva de los afectados. El escenario es una alteración miocárdica que puede ser difusa o segmentaria y que habitualmente se inicia sin síntomas o discapacidad. Las causas más comunes de probabilidad de insuficiencia en el mundo desarrollado son: Enfermedad aterosclerótica de las arterias coronarias; Hipertensión arterial (HTA); Miocardiopatía dilatada idiopática; Valvulopatías y Cardiopatías congénitas en el adulto. Respecto al tratamiento existen diversos fármacos que han demostrado una mejoría en el pronóstico, reduciendo los síntomas, en otras ocasiones se opta por la implantación del marcapasos.

Conclusiones:

Se hace fundamental en estos pacientes llevar una dieta sana, evitando el consumo de sal (para no retener líquidos), no consumir alcohol, consumir frutas, verduras, pescado azul, legumbres (para evitar acumulos de grasa en las paredes de las arterias). Realizar ejercicio físico como caminar, evitándolo cuando haga calor estaría muy recomendado. En cuanto a la medicación siempre deberá tomarla a la misma hora, evitando olvidos.

La insuficiencia cardiaca es una enfermedad muy importante, no sólo por su gravedad, también por su frecuencia. Siendo en la actualidad una de las principales causas de ingresos hospitalarios y muerte. Es por ello el papel relevante que juega enfermería en dicha patología controlando controlando otros factores de riesgo cardiovasculares.

Bibliografía

1.-Sicras-Mainara A., Sicras-Navarro A., Palacios B., Varela L., Delgado J.F. Epidemiología y tratamiento de la insuficiencia cardiaca en España: estudio PATHWAYS-HF. Rev Esp Cardiol. 2022.

2.-.McDonagh T.A., Metra M., Adamo M., Gardner R.S., Baumbach A., Böhm M., et al. 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure.

3.-F. F. P. Almeida, «Marcadores de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca de causa isquémica en el Hospital San Vicente de Paúl,» Repositorio Digital. Universidad Católica del Ecuador, 2022.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 56

Enfriamiento del Cuero Cabelludo para la Prevención de la Alopecia Secundaria a Quimioterapia.

García-Muñoz López-Menchero, Diana
Moreno Delgado, Tania
Núñez Sanchez- Migallón, Ana Belén
Lara Lozano, Elena
Piqueras Crespo, Lourdes

ENFRIAMIENTO DEL CUERO CABELLUDO PARA LA PREVENCIÓN DE LA ALOPECIA SECUNDARIA A QUIMIOTERAPIA

Diana García- Muñoz López- Menchero, Tania Moreno Delgado, Ana Belén Núñez Sánchez- Migallón, Lourdes Piqueras Crespo, Elena Lara Lozano.

INTRODUCCIÓN

La alopecia es un efecto generalmente transitorio y en ocasiones reversible del tratamiento con citostáticos. Tiene un gran impacto psicológico en el paciente, especialmente en las mujeres y los niños, debido al deterioro de la imagen corporal y puede llegar a ocasionar el rechazo del tratamiento quimioterápico. La alopecia inducida por quimioterapia es más prominente en el cuero cabelludo, con predilección por las áreas con baja densidad total de cabello, en particular la corona y las áreas frontales, donde la recuperación del cabello es más lenta.

En los últimos años han surgido estrategias que buscan prevenir, o al menos limitar, este efecto adverso, con resultados que se han mostrado promisorios. El mecanismo de acción del enfriamiento del cuero cabelludo (ECC) incluye la vasoconstricción local de los vasos sanguíneos, a través de un "gorro o casco frío" relleno de un fluido refrigerante. Es necesario que el cuero cabelludo alcance una temperatura subcutánea inferior a los 19 ºC, aunque parece que podrían alcanzarse mayores efectos preventivos a temperaturas cercanas a los 15 ºC. Así se consigue una reducción de la llegada del citostático al cuero cabelludo y una menor absorción celular a nivel del folículo piloso. Se debe colocar aproximadamente 30-45 min antes de que comience la infusión de quimioterapia para permitir el enfriamiento gradual del cuero cabelludo. El enfriamiento se mantiene durante un período de tiempo después del final de la infusión, generalmente al menos 90 min, dependiendo del esquema y la droga. Los eventos adversos de la hipotermia del cuero cabelludo son generalmente leves e incluyen molestias para el paciente como sensación de frío, dolor de cabeza, náuseas, piel seca y claustrofobia.

OBJETIVO

Evaluar la evidencia disponible acerca de la eficacia, la seguridad y aspectos relacionados con el uso de dispositivos en enfriamiento del cuero cabelludo para reducir la alopecia en pacientes con tratamiento de quimioterapia.

METODOLOGIA

En esta revisión bibliográfica se han consultado las bases de datos de PubMed, Medline, Elsevier, Science y Google Académico utilizando palabras clave: *alopecia, alopecia; enfriamiento cuero cabelludo , scalp cooling; y quimioterapia, chemotherapy.*

RESULTADOS

Entre los 4 estudios seleccionados, todos ellos publicados en entre 2006 y 2021, se aleatorizó a un total de 832 participantes, mujeres en su mayoría (97,7%). La edad media se sitúo en 52,8 años:

- **Dougherty et al. (2006- Metaanálisis)** se obtuvo que, en general, el ECC reduce el riesgo de alopecia un 43% frente a la práctica de no utilizarlo.
- **Nangia et al. (2017- ECA)** el efecto positivo del ECC resultó estadísticamente más significativo en las personas con cáncer de mama, reduciendo el riesgo de alopecia un 45% frente al cuidado habitual mientras que, en las personas con otro tipo de cáncer, no se alcanzó dicha significación estadística.
- **Bajpai et al. (2020- Metaanálisis)** el 12,1% de los participantes consideraron el proceso incómodo, mientras 87,9% fue una experiencia positiva y cómoda.
- **Smetanay et col. (2019- Metanálisis**) el ECC no se recomienda en: pacientes pediátricos, en pacientes con infusores de quimioterapia por 24 h o más, en pacientes que reciben radioterapia encefálica, en pacientes con trasplante de médula ósea o de células madre con dosis mielosupresoras de quimioterapia y/o radioterapia.

CONCLUSIONES

El uso del enfriamiento del cuero cabelludo es una opción aprobada y generalmente bien tolerada para prevenir la alopecia, fundamentalmente en el tratamiento adyuvante para el cáncer de mama, aunque se ha extrapolado a otros tumores y escenarios con ciertas salvedades.

El uso de la técnica de enfriamiento del cuero cabelludo o "casco de frío" ha demostrado ser una manera eficaz de luchar contra la pérdida de cabello inducida por la quimioterapia y puede resultar en un alto nivel de retención o preservar totalmente el pelo. Para los pacientes, esto significa la oportunidad de recuperar cierto control, mantener su privacidad y fomentar una actitud positiva hacia el tratamiento.

Resumen: *La alopecia es uno de los efectos adversos más comunes de la quimioterapia, con un impacto importante sobre la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Entre las intervenciones disponibles para su prevención existe el enfriamiento del cuero cabelludo (ECC). Su uso cada vez se encuentra más extendido. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia y la seguridad del uso de sistemas de ECC durante las sesiones de quimioterapia.*

Palabras Clave: *Alopecia "Alopecia" - Enfriamiento cuero cabelludo "Scalp cooling" Quimioterapia "Chemotherapy".*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La alopecia es un efecto generalmente transitorio y en ocasiones reversible del tratamiento con citostáticos. Tiene un gran impacto psicológico en el paciente, especialmente en las mujeres y los niños, debido al deterioro de la imagen corporal y puede llegar a ocasionar el rechazo del tratamiento quimioterápico. La alopecia inducida por quimioterapia es más prominente en el cuero cabelludo, con predilección por las áreas con baja densidad total de cabello, en particular la corona y las áreas frontales, donde la recuperación del cabello es más lenta.

En los últimos años han surgido estrategias que buscan prevenir, o al menos limitar, este efecto adverso, con resultados que se han mostrado promisorios. El mecanismo de acción del enfriamiento del cuero cabelludo (ECC) incluye la vasoconstricción local de los vasos sanguíneos, a través de un "gorro o casco frío" relleno de un fluido refrigerante. Es necesario que el cuero cabelludo alcance una temperatura subcutánea inferior a los 19 ºC, aunque parece que podrían alcanzarse mayores efectos preventivos a temperaturas cercanas a los 15 ºC. Así se consigue una reducción de la llegada del citostático al cuero cabelludo y una menor absorción celular a nivel del folículo piloso. Se debe colocar aproximadamente 30-45 min antes de que comience la infusión de quimioterapia para permitir el enfriamiento gradual del cuero cabelludo. El enfriamiento se mantiene durante un período de tiempo después del final de la infusión, generalmente al menos 90 min, dependiendo del esquema y la droga. Los eventos adversos de la hipotermia del cuero cabelludo son generalmente leves e incluyen molestias para el paciente como sensación de frío, dolor de cabeza, náuseas, piel seca y claustrofobia.

Objetivos:

El objetivo es evaluar la evidencia disponible acerca de la eficacia, la seguridad y aspectos relacionados con el uso de dispositivos en enfriamiento del cuero cabelludo para reducir la alopecia en pacientes con tratamiento de quimioterapia.

Material y Método:

En esta revisión bibliográfica se han consultado las bases de datos de PubMed, Medline, Elsevier, Science y Google Académico utilizando palabras clave: *alopecia, enfriamiento cuero cabelludo y quimioterapia.*

Resultados:

Entre los cuatro estudios seleccionados, todos ellos publicados en entre 2006 y 2021, se aleatorizó a un total de 832 participantes, mujeres en su mayoría (97,7%). La edad media se sitúo en 52,8 años.

En el Metaanálisis de Dougherty et al. Publicado en 2006, se obtuvo que, en general, el enfriamiento del cuero cabelludo reduce el riesgo de alopecia un 43% frente a la práctica de no utilizarlo.

En el estudio de Nangia et al. 2017el efecto positivo del enfriamiento del cuero cabelludo resultó estadísticamente más significativo en las personas con cáncer de mama, reduciendo el riesgo de alopecia un 45% frente al cuidado habitual mientras que, en las personas con otro tipo de cáncer, no se alcanzó dicha significación estadística. Otros autores como Bajpai et al. Publicaron en 2020 que el 12,1% de los participantes consideraron el proceso incómodo, mientras 87,9% fue una experiencia positiva y cómoda. En el Metaanálisis de Smetanay et col. el enfriamiento del cuero cabelludo no se recomienda en: pacientes pediátricos, en pacientes con infusores de quimioterapia por 24 h o más, en pacientes que reciben radioterapia encefálica, en pacientes con trasplante de médula ósea o de células madre con dosis mielosupresoras de quimioterapia y/o radioterapia.

Conclusiones:

El uso del enfriamiento del cuero cabelludo es una opción aprobada y generalmente bien tolerada para prevenir la alopecia, fundamentalmente en el tratamiento adyuvante para el cáncer de mama, aunque se ha extrapolado a otros tumores y escenarios con ciertas salvedades.

El uso de la técnica de enfriamiento del cuero cabelludo o “casco de frío” ha demostrado ser una manera eficaz de luchar contra la pérdida de cabello inducida por la quimioterapia y puede resultar en un alto nivel de retención o preservar totalmente el pelo. Para los pacientes, esto significa la oportunidad de recuperar cierto control, mantener su privacidad y fomentar una actitud positiva hacia el tratamiento.

Bibliografía

1. Bajpai J, Kagwade S, Chandrasekharan A, Dandekar S, Kanan S, Kembhavi Y et al. Randomised controlled trial of scalp cooling for the prevention of chemotherapy induced alopecia. Breast. 2020; 49:187-193.

2. Nangia J, Wang T, Osborne C, Niravath P, Otte K, Papish S et al. Effect of a scalp cooling device on alopecia in women undergoing chemotherapy for breast cancer: The SCALP randomized clinical trial. JAMA-J Am Med Assoc. 2017; 317(6):596-605.

3. Smetanay K, Junio P, Feit M, Seitz J, Hassel JC, Mayer L et al. COOLHAIR: A prospective randomized trial to investigate the efficacy and tolerability of scalp cooling in patients undergoing (neo) adjuvant chemotherapy for early breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2019; 173(1):135-143.

4. Dougherty L. Scalp cooling to prevent hair loss in chemotherapy. Prof Nurse. 2006; 11(8):507-509.

5. Trujillo Martín M. et al. Enfriamiento del cuero cabelludo para la prevención de la alopecia secundaria a quimioterapia: revisión sistemática y metanálisis. Revisión Española Salud Pública Volumen 97 29/3/2023 e202303024.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 57

Estado Nutricional en Pacientes con Epoc: Un enfoque integral.

Monescillo Ruedas, Alejandra
Del Hoyo Serrano, María Jesús
Pérez Trenado, María del Prado
Gros Herguido, Beatriz
Patón Zúñiga, Esther
Villalta Antequera, Elena

ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON EPOC: UN ENFOQUE INTEGRAL

Del Hoyo Serrano, Mª Jesús; Pérez Trenado, Mª del Prado; Gros Herguido, Beatriz; Patón Zúñiga, Esther; Villalta Antequera, Elena y Monescillo Ruedas, Alejandra.

INTRODUCCION

La EPOC conlleva una serie de alteraciones sistémicas, entre las cuales destaca el deterioro del estado nutricional. Se hace necesario abordar el estado nutricional de los pacientes con EPOC desde una perspectiva integral, que no solo contemple la evaluación antropométrica, sino también aspectos clínicos, funcionales, dietéticos y psicosociales. Un enfoque multidisciplinario permite identificar de manera temprana los riesgos nutricionales y establecer intervenciones adecuadas que mejoren el pronóstico, la calidad de vida y la eficacia del tratamiento en esta población vulnerable.

OBJETIVO

Evaluar el estado nutricional de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) desde un enfoque integral, con el fin de identificar factores de riesgo nutricional y establecer estrategias de intervención que mejoren su calidad de vida y evolución clínica.

MATERIAL Y METODOS

Para realizar la revisión bibliográfica, se hace una búsqueda en la plataforma Google Académico empleando como palabras clave “estado nutricional”, “enfermedad pulmonar obstructiva crónica” y “pérdida de peso”. Finalmente se encuentran varios artículos, descartando aquellos de más de 10 años de publicación y empleando para la realización de este trabajo 3 de ellos que cumplían con los criterios de inclusión impuestos por los profesionales que realizan este trabajo.

RESULTADOS

El análisis integral del estado nutricional en pacientes con EPOC revela una alta prevalencia de desnutrición, especialmente en etapas avanzadas de la enfermedad. Diversos estudios señalan que entre el **20% y el 60%** de los pacientes con EPOC presentan algún grado de malnutrición, siendo más frecuente la pérdida de masa magra o muscular, que la pérdida de peso general.

Se observó que los pacientes con **índice de masa corporal (IMC) bajo,** tienen peor pronóstico, mayor frecuencia de hospitalizaciones y mayor mortalidad.

Sin embargo, el IMC por sí solo no siempre refleja adecuadamente el estado nutricional, por lo que la **evaluación de la composición corporal**, especialmente mediante bioimpedancia o pliegues cutáneos, es fundamental.

Los parámetros funcionales, como la **fuerza de prensión manual** y la **capacidad para realizar actividades básicas**, también mostraron correlación directa con el estado nutricional. La disminución de la fuerza muscular se asoció con mayor limitación funcional y peor calidad de vida.
Asimismo, se identificaron múltiples factores que contribuyen a la desnutrición en esta población:

- ❑ Disminución del apetito
- ❑ Alteraciones en la ingesta alimentaria.
- ❑ Disnea durante las comidas.
- ❑ Aumento del gasto energético en reposo.
- ❑ Inflamación sistémica crónica.
- ❑ Uso prolongado de corticosteroides.

Las **intervenciones nutricionales integradas** (suplementación hipercalórica/hiperproteica, rehabilitación pulmonar y soporte psicológico) demostraron mejoras en la masa muscular, fuerza funcional y reducción de exacerbaciones en varios ensayos clínicos.

CONCLUSIONES

El estado nutricional en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) representa un componente crítico en el manejo integral de la enfermedad. La desnutrición, especialmente la pérdida de masa muscular, es altamente prevalente y se asocia con un deterioro significativo de la función respiratoria, mayor riesgo de exacerbaciones, disminución de la capacidad funcional y aumento de la mortalidad. Un enfoque integral que incluya la evaluación antropométrica, dietética, funcional y psicosocial permite una detección más precisa de los riesgos nutricionales y facilita la implementación de estrategias terapéuticas adecuadas. Las intervenciones nutricionales individualizadas, combinadas con rehabilitación pulmonar y apoyo multidisciplinario, han demostrado ser eficaces para mejorar el estado general de salud y la calidad de vida de los pacientes. Por tanto, es fundamental incorporar de manera sistemática la valoración y el seguimiento nutricional en los protocolos de atención de personas con EPOC, promoviendo así un abordaje centrado en el paciente, preventivo y orientado a resultados clínicos sostenibles.

Resumen: *Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica ó EPOC, es una afección respiratoria progresiva que compromete la función pulmonar y afecta el estado nutricional del paciente. El deterioro nutricional es frecuente y multifactorial, influyendo negativamente en el pronóstico, calidad de vida y respuesta al tratamiento.*

Los factores que contribuyen al deterioro nutricional son: el aumento del gasto energético en reposo debido al esfuerzo respiratorio, la anorexia, la disnea al comer, la inflamación sistémica y la depresión. Ocasiona pérdida de masa muscular y de peso no intencionado, desnutrición, agrava la debilidad muscular, incluyendo los músculos respiratorios, además aumenta el riesgo de infecciones y hospitalizaciones.

Palabras Clave: *Estado nutricional - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica - Pérdida de peso*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La EPOC conlleva una serie de alteraciones sistémicas, entre las cuales destaca el deterioro del estado nutricional. Se hace necesario abordar el estado nutricional de los pacientes con EPOC desde una perspectiva integral, que no solo contemple la evaluación antropométrica, sino también aspectos clínicos, funcionales, dietéticos y psicosociales. Un enfoque multidisciplinario permite identificar de manera temprana los riesgos nutricionales y establecer intervenciones adecuadas que mejoren el pronóstico, la calidad de vida y la eficacia del tratamiento en esta población vulnerable.

Objetivos:

Evaluar el estado nutricional de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) desde un enfoque integral, con el fin de identificar factores de riesgo nutricional y establecer estrategias de intervención que mejoren su calidad de vida y evolución clínica.

Material y Método:

Para realizar la revisión bibliográfica, se hace una búsqueda en la plataforma Google Académico empleando como palabras clave “estado nutricional”, “enfermedad pulmonar obstructiva crónica” y “pérdida de peso”. Finalmente se encuentras varios artículos, descartando aquellos de más de 10 años de publicación y empleando para la realización de este trabajo tres de ellos que cumplían con los criterios de inclusión impuestos por los profesionales que realizan este trabajo.

Resultados:

El análisis integral del estado nutricional en pacientes con EPOC revela una alta prevalencia de desnutrición, especialmente en etapas avanzadas de la enfermedad. Diversos estudios señalan que entre el 20% y el 60% de los pacientes con EPOC presentan algún grado de malnutrición, siendo más frecuente la pérdida de masa magra o muscular, que la pérdida de peso general.

Se observó que los pacientes con índice de masa corporal (IMC) bajo, tienen peor pronóstico, mayor frecuencia de hospitalizaciones y mayor mortalidad. Sin embargo, el IMC por sí solo no siempre refleja adecuadamente el estado nutricional, por lo que la evaluación de la composición corporal, especialmente mediante bioimpedancia o pliegues cutáneos, es fundamental. Los parámetros funcionales, como la fuerza de prensión manual y la capacidad para realizar actividades básicas, también mostraron correlación directa con el estado nutricional. La disminución de la fuerza muscular se asoció con mayor limitación funcional y peor calidad de vida. Asimismo, se identificaron múltiples factores que contribuyen a la desnutrición en esta población:

- Disminución del apetito y alteraciones en la ingesta alimentaria.
- Disnea durante las comidas.
- Aumento del gasto energético en reposo.
- Inflamación sistémica crónica.
- Uso prolongado de corticosteroides.

Las intervenciones nutricionales integradas (suplementación hipercalórica/hiperproteica, rehabilitación pulmonar y soporte psicológico), demostraron mejoras en la masa muscular, fuerza funcional y reducción de exacerbaciones en varios ensayos clínicos.

Conclusiones:

El estado nutricional en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) representa un componente crítico en el manejo integral de la enfermedad. La desnutrición, especialmente la pérdida de masa muscular es altamente prevalente y se asocia con un deterioro significativo de la función respiratoria, mayor riesgo de exacerbaciones, disminución de la capacidad funcional y aumento de la mortalidad. Un enfoque integral que incluya la evaluación antropométrica, dietética, funcional y psicosocial permite una detección más precisa de los riesgos nutricionales y facilita la implementación de estrategias terapéuticas adecuadas. Las intervenciones nutricionales individualizadas, combinadas con rehabilitación pulmonar y apoyo multidisciplinario, han demostrado ser eficaces para mejorar el estado general de salud y la calidad de vida de los pacientes. Por tanto, es fundamental incorporar de manera sistemática la valoración y el seguimiento nutricional en los protocolos de atención de personas con EPOC, promoviendo así un abordaje centrado en el paciente, preventivo y orientado a resultados clínicos sostenibles.

Bibliografía

1. Soriano JB, Alfageme I, Almagro P, Casanova C, Esteban C, Soler-Cataluña JJ, et al. Actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento no farmacológico. Arch Bronconeumol. 2022;58(1):31–40.

2. Sánchez A. La gran importancia de la nutrición para los enfermos de EPOC. Alimente - El Confidencial [Internet]. 2024 May 12 [citado 2025 Jun 6].

3. EPOC España. Jornada sobre alimentación y EPOC, un aspecto decisivo en la evolución de la enfermedad [Internet]. Madrid: EPOC España; 2022 [citado 2025 Jun 6].

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 58

"Estrategia antibiofilm y soporte compresivo: experiencia de éxito con DACC en una úlcera venosa de larga evolución"

Montiel López , Mª Magdalena
Ramos Dorado., María
Medina Carretero, Sonia
Peña Cárdenas, Ana María
Suárez – Bárcena González, Laura

XVI CONGRESO
DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA
INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO

sescam

Estrategia antibiofilm y soporte compresivo: experiencia de éxito con DACC en una úlcera venosa de larga evolución

Montiel López, MªMagdalena; Ramos Dorado, MªAngeles; Medina Carretero, Sonia;
Peña Cárdenas, Ana Mª; Suárez-Bárcena González, Laura

INTRODUCCIÓN

Las úlceras venosas, complicación más grave de la enfermedad venosa crónica, aumentan con la edad y suponen un gran reto clínico por evolución prolongada, riesgo de infección, alta carga asistencial e impacto en la calidad de vida (CV).

Su abordaje óptimo exige de un diagnóstico precoz y un tratamiento personalizado.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 83 años con síndrome posflebítico, HTA, dislipemia e hipotiroidismo; principal cuidadora de su marido encamado que presenta úlcera varicosa en miembro inferior derecho desde diciembre 2023.

Recibió múltiples apósitos y compresión durante 18 meses; en verano 2024 abandonó el vendaje por calor, usando solo medias, lo que detuvo la mejoría

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

El 11 / 04 / 2025 se solicitó asesoramiento telemático al Comité de Heridas.

Sospechando de biofilm, este recomendó:

Diagnóstico NANDA	Objetivo NOC	Intervenciones NIC
00046 – Deterioro de la integridad cutánea	[7103] Curación herida por segunda intención	[3660] Cuidados de las heridas [3590] Vigilancia de la piel
00004 – Riesgo de infección	[0703] Severidad de la infección	[6550] Protección contra infecciones
00085 – Deterioro de la movilidad física	[0208] Movilidad: deambulación	[0221] Terapia de ejercicio: ambulación
00061 – Cansancio del cuidador	[2203] Alteración del estilo de vida del cuidador familiar	[7040] Apoyo al cuidador principal

DISCUSIÓN

Las heridas de difícil cicatrización exigen una valoración holística (lesión, paciente, entorno). La experiencia confirma que la incorporación sistemática de figuras especializadas es clínicamente eficaz y económicamente eficiente: optimiza recursos, evita cronificación y mejora la CV de pacientes vulnerables con alta carga familiar.

CONCLUSIONES

Este caso apoya la necesidad de incorporar la consulta con referentes clínicos en heridas dentro de los protocolos asistenciales, especialmente en pacientes vulnerables o con múltiples cargas familiares.

CamScanner

Resumen: *Las úlceras venosas generan un alto impacto físico, emocional y funcional en los pacientes, especialmente cuando se cronifican. En este caso, una lesión con 18 meses de evolución fue reevaluada telemáticamente por una enfermera experta en heridas, lo que permitió redirigir el tratamiento y adecuar los productos y la frecuencia de las curas. La evolución fue muy favorable, con cierre completo en menos de dos meses. Esta experiencia pone de manifiesto el valor de incorporar la consulta con referentes expertos en heridas dentro de los circuitos asistenciales, especialmente en pacientes vulnerables cuya situación personal dificulta la eficacia del tratamiento.*

Palabras Clave: *Heridas y lesiones / Wounds and Injuries - Enfermería de práctica avanzada/ Advanced Practice Nursing - Eficiencia / Efficiency*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las úlceras venosas representan la complicación más grave de la enfermedad venosa crónica (EVC), un problema de salud pública cuya prevalencia se incrementa exponencialmente con la edad. Su manejo representa un importante desafío clínico por la evolución prolongada, el riesgo de infección, la carga asistencial que suponen y el impacto en la calidad de vida de quienes las padecen. En este escenario, la intervención temprana, el enfoque individualizado y la incorporación de figuras especializadas en heridas complejas son claves para optimizar resultados.

Este caso, ilustra la evolución prolongada de una úlcera varicosa en una paciente dependiente, así como la mejora clínica y organizativa derivada de integrar estas figuras especializadas en los protocolos asistenciales.

Observación clínica:

Mujer de 83 años con síndrome posflebítico en miembro inferior (MD) derecho, hipertensión, hipercolesterolemia, hipotiroidismo (tiroidectomía 1997), síndrome depresivo e intervención de cataratas. Medicación crónica: levotiroxina, antihipertensivos, estatinas y Daflon®. Desde hace cuatro años es la cuidadora principal de su marido encamado.

En diciembre de 2023 inicia seguimiento por úlcera varicosa en MD derecho. Durante un año y medio recibió múltiples combinaciones de apósitos y vendaje compresivo de corta y larga tracción. En verano de 2024 suspendió la compresión por intolerancia al calor, limitándose a medias elásticas, lo que propició el estancamiento de la herida.

Plan de cuidados de enfermero:

Punto de inflexión (11 abril 2025): ante la falta de evolución, se solicitó asesoramiento telemático al Comité de Heridas de la GAICR. Sospechando de biofilm, por las características y estancamiento de la lesión, el comité propuso potenciar la higiene de la herida aplicando curetaje; realizar fomentos de 10 minutos con undecilenamidopropil betaína-polihexanida ; aplicar apósito hidrófobo de cloruro de dialquilcarbamilo (DACC), el cual fija irreversiblemente bacterias sin agentes

químicos ni antibióticos; poner un apósito absorbente como secundario; y reintroducción de compresión con vendaje compresivo de corta y larga tracción.

Desde entonces, la evolución de la herida fue favorable, con reducción del exudado, mejor aspecto clínico y disminución de la frecuencia de curas, las cuales se redujeron de tres o cuatro veces por semana a dos, y finalmente a una semanal, con progresión clara hacia la cicatrización y menor carga asistencial.

Diagnóstico NANDA 00046 – Deterioro de la integridad cutánea

- **Objetivo NOC: [7103]** Curación herida por segunda intención
- **Intervenciones NIC:**

o [3660] Cuidados de las heridas

· Limpieza del lecho con Prontosan®.

· Aplicación de Cutimed® Sorbact® como apósito antimicrobiano.

· Uso de vendaje compresivo UrgoK-2.

· Valoración y documentación de la evolución.

· Curetajes programados en sucesivas curas.

· [3590] Vigilancia de la piel

· Inspección regular de la zona perilesional para detectar signos de infección o maceración.

Diagnóstico NANDA 00004 – Riesgo de infección

- **Objetivo NOC: [0703]** Severidad de la Infección
- **Intervenciones NIC:**

o [6550] Protección contra las infecciones

· Utilización de apósito DACC (Cutimed®) para reducir carga microbiológica sin uso de antibióticos.

· Realización de las curas en ambiente controlado, con técnica limpia.

· Evaluación del exudado y del tejido necrótico para prevenir sobreinfección.

Diagnóstico NANDA 00085 – Deterioro de la movilidad física

- **Objetivo NOC: [0208] Movilidad: deambulación**
- **Intervenciones NIC:**

o [0221] Terapia de ejercicio: ambulación

· Recomendaciones para elevar el miembro afectado y realizar ejercicios venosos.

· Estimulación para evitar el sedentarismo y favorecer retorno venoso.

Diagnóstico NANDA 00061 – Cansancio del cuidador

- **Objetivo NOC: [2203]** Alteracion del estilo de vida del cuidador familiar.
- **Intervenciones NIC:**

o [7040] Apoyo al cuidador principal.

· Acompañamiento emocional.

· Educación sobre la importancia de mantener la compresión en meses cálidos.

· Reforzar la adherencia al tratamiento tras la mejora observada.

Discusión:

Las heridas de difícil cicatrización exigen una valoración integral que contemple la lesión (tipo de exudado, carga microbiana, estado tisular), las comorbilidades de la paciente y las barreras del entorno. La consulta telemática con una profesional formada en heridas complejas permitió una reevaluación y un plan ajustado a esas tres dimensiones.

Este cambio se tradujo en beneficios clínicos tangibles: descenso del exudado, control del dolor y aceleración de la cicatrización, que permitió espaciar las curas de 3-4 a una por semana. La reducción de curas implica menos tiempo de enfermería y menor consumo de material; solo el paso de apósitos de plata (5,80 €/unidad) a DACC (2,60 €/unidad) supone un 55 % de ahorro por unidad, ampliado por la menor frecuencia de cambio. Además, al controlar el exudado y la carga microbiana, se previenen infecciones, reingresos y la aparición de resistencias, con el correspondiente ahorro indirecto.

La experiencia confirma que la incorporación sistemática de figuras especializadas (presenciales o por tele asesoramiento), es clínicamente eficaz y económicamente eficiente: optimiza recursos, evita cronificación y mejora la calidad de vida de pacientes vulnerables con alta carga familiar.

Conclusiones:

Este caso apoya la necesidad de incorporar la consulta con referentes clínicos en heridas dentro de los protocolos asistenciales, especialmente en pacientes vulnerables o con múltiples cargas familiares y funcionales.

Bibliografía

1. Santiyán González AM, Caminero Ocaña B, González Galán B, Sánchez Carretero C, Bernardino Camacho E, Flores López-Ibarra JM, et al. Colección Guías de Heridas de Gerencia Atención Integrada Ciudad Real. Ciudad Real: SESCAM - GNEAUPP; 2021.

2. Murphy C, Atkin L, Swanson T, Tachi M, Tan YK, Vega de Ceniga M, Weir D, Wolcott R. International consensus document. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: wound hygiene. J Wound Care 2020; 29(Suppl 3b):S1–28.

3. López Moraila H, Pardo Castro R, Miramontes Amezcua C, López Zavala C. Manejo de heridas infectadas con apósito de cloruro de diaquilcarbamilo vs. manejo convencional en el Hospital Juárez de México. Rev Hosp Jua Mex. 2010;77(3):157–62.

4. Jiménez García JF. Efectividad de la Enfermera de Práctica Avanzada en el cuidado de las Heridas Crónicas Complejas en Andalucía [tesis doctoral]. Almería: Universidad de Almería; 2020.

5. Nova-Rodríguez JM, Torrado-Velazco KM, Hernández-Moreno ZM, Ariza-Pinto JM, Pérez-Hoyos DC, Romero-Díaz PA. Costo-beneficio de la curación avanzada por especialistas en heridas en pacientes con úlcera venosa. Enferm Dermatol. 2018;12(35):27–34.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 59

Evaluación de la marcha y el equilibrio en pacientes sometidos a fisioterapia tras la intervención quirúrgica del tendón de Aquiles

García Roncero, David
Poza Lucena, Emilia
Lucendo Ocaña, Eva
García Roncero, Ana Belén

EVALUACIÓN DE LA MARCHA Y EL EQUILIBRIO EN PACIENTES SOMETIDOS A FISIOTERAPIA TRAS LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL TENDÓN DE AQUILES

Poza Lucena E., Lucendo Ocaña E., Garcia Roncero D, Garcia Roncero A.

SATSE

INTRODUCCIÓN

La lesión del tendón de Aquiles es común en atletas y personas activas, afectando la capacidad funcional y calidad de vida. La cirugía se recomienda en rupturas completas/parciales o lesiones crónicas sin respuesta a tratamiento conservador. La fisioterapia postoperatoria busca restaurar fuerza, función y estabilidad, mejorando la marcha y el equilibrio. La evaluación precisa es clave para guiar la rehabilitación y ajustar el tratamiento.

OBJETIVOS

Revisar y comparar los diferentes métodos de evaluación utilizados en la práctica clínica para medir la marcha y el equilibrio en pacientes sometidos a fisioterapia tras la intervención quirúrgica del tendón de Aquiles. Además, se discutirá la importancia de una evaluación regular y precisa como parte integral del proceso de rehabilitación.

METODOLOGIA

Diseño: Revisión bibliográfica + estudio longitudinal.

Bases de datos: Medline, Scielo, PubMed, Google Scholar.

Criterios de exclusión: Documentos sin texto completo, desactualizados o duplicados.

Participantes: 17 pacientes postquirúrgicos de tendón de Aquiles en fisioterapia.

Evaluaciones:

Marcha: Análisis cinemático, tiempo de doble apoyo, índice de marcha.

Equilibrio: Pruebas estáticas (ej. Single Leg Stance) y dinámicas (ej. Timed Up and Go).

Momentos: Pre-cirugía, inicio y fin de fisioterapia.

DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN

La evaluación multimodal (clínica + tecnología) es esencial para personalizar la rehabilitación. Métodos como el análisis cinemático y pruebas funcionales demostraron alta sensibilidad para detectar cambios. Se recomienda integrar evaluaciones periódicas en la práctica clínica.

La fisioterapia postoperatoria mejora la marcha y el equilibrio en pacientes con cirugía de Aquiles.

La combinación de escalas clínicas y tecnología optimiza la evaluación.

Futuras investigaciones deberían estandarizar protocolos y ampliar la muestra.

RESULTADOS

Evaluación de marcha y equilibrio postquirúrgico

En los **17 pacientes** (edad media: 42 ± 8 años; 65% hombres), se observaron las siguientes mejoras tras **12 semanas de fisioterapia**:

Parámetro	Pre-Fisioterapia	Post-Fisioterapia	p-valor
Velocidad de marcha (m/s)	0.78 ± 0.15	1.12 ± 0.18*	<0.001
Tiempo de doble apoyo (%)	25.3 ± 4.1	18.7 ± 3.5*	0.002
FAAM (puntuación/100)	52.4 ± 11.2	82.6 ± 9.8*	<0.001
Single Leg Stance (seg)	8.5 ± 3.2	14.7 ± 4.1*	0.003
Área de oscilación (cm²)	6.3 ± 1.8	4.1 ± 1.2*	0.01

*Mejora estadísticamente significativa (ANOVA para medidas repetidas, α=0.05)

BIBLIOGRAFIA

Created with EDIT.org

Resumen: *Este estudio evaluó los métodos de evaluación de la marcha y el equilibrio en pacientes postquirúrgicos del tendón de Aquiles sometidos a fisioterapia. Se realizó una revisión bibliográfica y un estudio longitudinal con 17 pacientes (edad media: 42 ± 8 años; 65% hombres). Se analizaron parámetros cinemáticos, pruebas funcionales y escalas clínicas al inicio y final de 12 semanas de fisioterapia. Los resultados mostraron mejoras significativas en velocidad de marcha (43%), equilibrio dinámico (86% recuperación) y funcionalidad (FAAM: 52.4 a 82.6 puntos). La combinación de escalas clínicas y tecnología demostró ser efectiva para personalizar la rehabilitación.*

Palabras Clave: *Tendón de Aquiles (DeCS/MESH) - Marcha (DeCS/MESH) Equilibrio Postural (DeCS/MESH)*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La lesión del tendón de Aquiles es frecuente en personas activas, requiriendo intervención quirúrgica en casos graves. La fisioterapia postoperatoria busca restaurar la función, siendo clave la evaluación de la marcha y el equilibrio. Métodos como escalas clínicas, pruebas funcionales y tecnología de sensores permiten monitorear el progreso.

Objetivos:

Revisar y comparar métodos de evaluación de marcha y equilibrio en pacientes postquirúrgicos del tendón de Aquiles, destacando su importancia en la rehabilitación.

Material y Método:

Estudio longitudinal con 17 pacientes evaluados mediante análisis cinemático, pruebas de equilibrio (Single Leg Stance, Timed Up and Go) y escalas (Foot and Ankle Ability Measure, FAAM) en tres momentos: pre-cirugía, inicio y fin de fisioterapia (12 semanas). Se excluyeron estudios sin texto completo o desactualizados.

Resultados:

Tras 12 semanas, se observaron mejoras significativas ($p < 0.05$) en velocidad de marcha (0.78 a 1.12 m/s), tiempo de doble apoyo (25.3% a 18.7%) y equilibrio estático (Single Leg Stance: 8.5 a 14.7 segundos). El 86% recuperó el equilibrio dinámico, aunque persistieron dificultades en terrenos irregulares (35% normalización). En pacientes >50 años, las mejoras subjetivas (FAAM) no correlacionaron con parámetros objetivos ($r = 0.21$, $p = 0.34$).

Conclusiones:

1. La fisioterapia mejora significativamente la marcha y el equilibrio postoperatorios.
2. La combinación de escalas clínicas y tecnología optimiza la evaluación.
3. Futuras investigaciones deben estandarizar protocolos y ampliar muestras.

Bibliografía

1. García-Pinillos F, Ruiz-Ariza A, Latorre-Román PÁ, Martínez-López EJ. Efectos de la fisioterapia en la función física y calidad de vida de pacientes intervenidos quirúrgicamente del tendón de Aquiles. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2018;62(2):103-110.

2. López-Royo MP, Gómez-Trullén EM, Ortiz-Lucas M, Casas-Baroy JC. Evaluación de la marcha y el equilibrio en pacientes sometidos a rehabilitación tras cirugía del tendón de Aquiles. Fisioterapia. 2016;38(4):175-181.

3. Soler Martínez MC, Morillas Pérez JA, Candelas López P, García-Mas MA. Efectividad de la fisioterapia en la rehabilitación postoperatoria de la rotura del tendón de Aquiles. Rev Soc Esp Dolor. 2014;21(3):150-157.

4. Barwick A, Paling D, Van Arkel R, Appleyard R. Gait and functional outcomes for surgically repaired Achilles tendon ruptures: a systematic review. J Foot Ankle Res. 2018;11(1):49.

5. McMillan AM, Landorf KB, Gilheany MF, Bird AR, Morrow AD, Menz HB. The effect of early weight-bearing on the outcome of surgically repaired Achilles tendons. Am J Sports Med. 2012;40(11):2568-2574.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 60

Evaluación de los conocimientos de Enfermería sobre el cuidado y la prevención de complicaciones en los pacientes con Traqueostomía.

Cózar De Felipe, Lucía
Martín de la Cruz, Ángela
Acosta Castellano, Juan
Víctor García Motos, Marta
Navas Villa, Elena
Onteniente Jaime, Manuela

LUCÍA CÓZAR DE FELIPE
FACULTAD DE ENFERMERÍA DE CIUDAD REAL

EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA SOBRE EL CUIDADO Y LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA

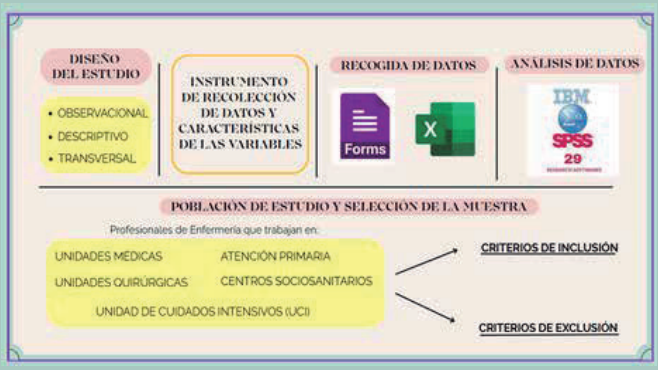
INTRODUCCIÓN

Procedimiento quirúrgico que consiste en la apertura de la pared anterior de la tráquea para establecer una vía aérea segura.

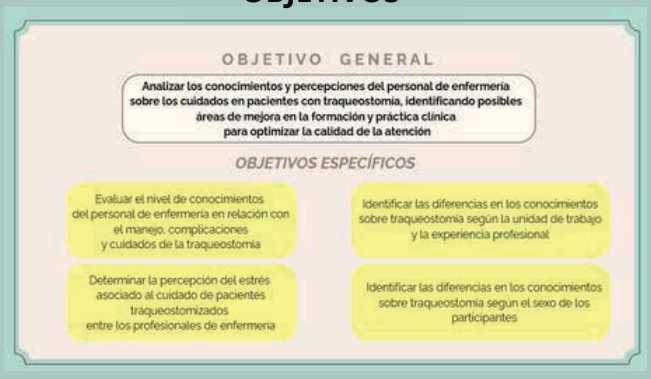
Se realiza entre el segundo y cuarto anillo traqueal.

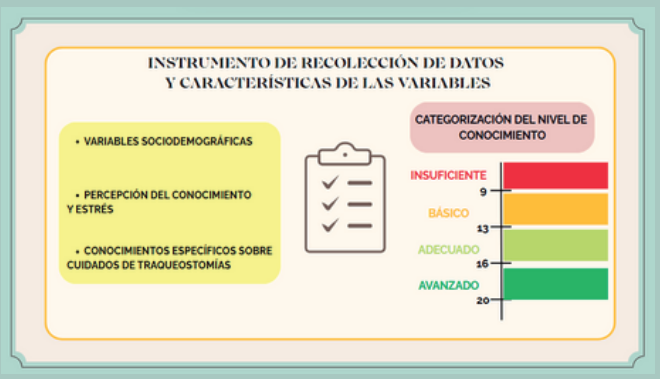
Permeabilidad de la vía aérea en pacientes con obstrucción de las vías respiratorias superiores,
necesidad de ventilación mecánica prolongada o dificultades en la eliminación de secreciones.

METODOLOGÍA

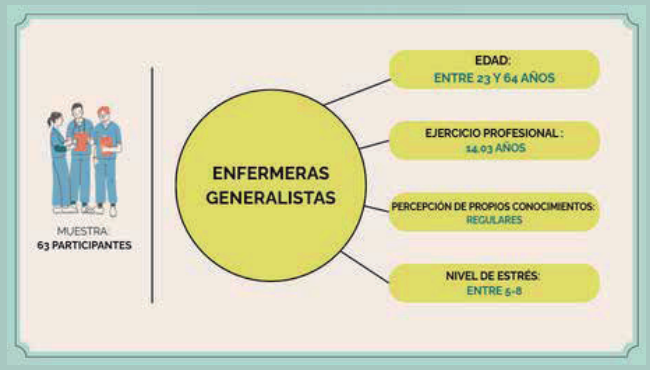


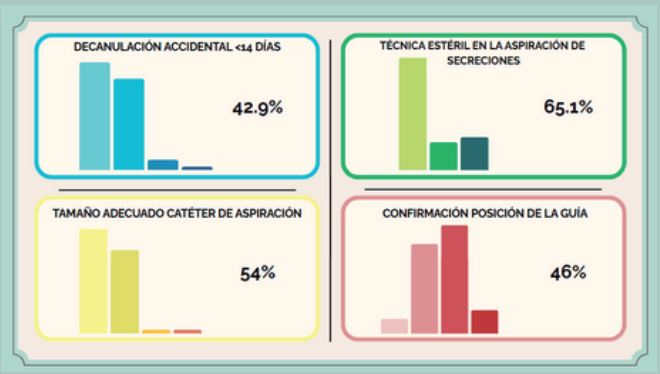
OBJETIVOS

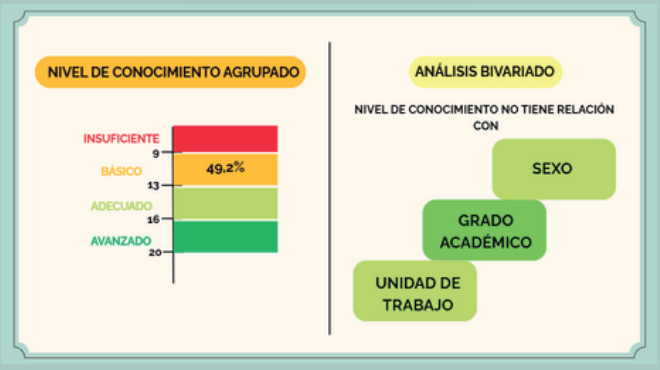




RESULTADOS







CONCLUSIÓN

En conclusión, este estudio evidencia la necesidad de reforzar la formación del personal de enfermería en el cuidado de la traqueostomía, destacando la importancia de implementar programas educativos continuos, protocolos actualizados y entrenamiento práctico. Solo así se podrá garantizar una atención segura, eficaz y centrada en la mejora de los resultados clínicos

Resumen: *Este estudio se centra en evaluar los conocimientos y percepciones del personal de enfermería respecto a los cuidados de pacientes con traqueostomía, con el fin de detectar posibles áreas de mejora en su formación y práctica clínica. A través de un diseño observacional y transversal, se encuestó a 63 profesionales de diferentes ámbitos asistenciales. Los resultados evidenciaron que solo el 6,3 % tenía un nivel de conocimiento avanzado, mientras que casi la mitad (49,2 %) presentaba un nivel básico. Las principales deficiencias se localizaron en la gestión de complicaciones poco frecuentes pero graves, como el neumotórax o la fístula traqueo-innominada. Además, muchos profesionales manifestaron niveles moderados o altos de estrés ante estos cuidados, posiblemente debido a una preparación insuficiente. No se observaron diferencias significativas en el nivel de conocimientos en función del sexo, la unidad, la titulación o la experiencia laboral. Se concluye que es urgente implementar programas de formación continuada y prácticas clínicas supervisadas que aborden tanto los aspectos técnicos como emocionales del cuidado al paciente traqueostomizado.*

Palabras Clave: *Traqueostomía, Cuidados de enfermería, Conocimientos, Percepciones, Formación, Seguridad del paciente.Equilibrio Postural (DeCS/MESH)*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La traqueostomía es una técnica quirúrgica que permite asegurar una vía aérea permeable mediante la apertura de la tráquea y la inserción de una cánula. Su uso se ha convertido en una herramienta fundamental en el manejo de pacientes críticos, especialmente aquellos con ventilación mecánica prolongada, obstrucción de la vía aérea superior o enfermedades neuromusculares. Este procedimiento no solo modifica la fisiología respiratoria, sino que también implica una serie de cuidados específicos y una vigilancia estrecha para prevenir complicaciones potencialmente graves.

A pesar de ser una intervención común en unidades de cuidados intensivos y servicios de otorrinolaringología, su correcta ejecución y manejo posterior requieren conocimientos sólidos sobre la anatomía traqueal, las indicaciones clínicas, las técnicas quirúrgicas disponibles y los cuidados de enfermería asociados. Además, es imprescindible diferenciar entre procedimientos similares, como la traqueotomía o la cricotiroidectomía, y conocer los dispositivos utilizados, sus características y adaptaciones según las necesidades del paciente.

En este capítulo se abordarán los aspectos anatómicos y fisiológicos de la tráquea, las diferencias conceptuales y técnicas entre los procedimientos relacionados con el acceso quirúrgico a la vía aérea, las principales indicaciones de la traqueostomía, las técnicas de realización más utilizadas, los tipos de cánulas y sus componentes, así como las complicaciones asociadas. Asimismo, se describirán los cuidados de enfermería esenciales tanto en la fase aguda como en el proceso de decanulación, destacando el rol clave del personal sanitario en la prevención de riesgos y la promoción de la autonomía del paciente.

Objetivos:

Analizar los conocimientos y percepciones del personal de enfermería sobre los cuidados en pacientes con traqueostomía, identificando posibles áreas de mejora en la formación y práctica clínica para optimizar la calidad de la atención.

Metodología:

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal con el objetivo de analizar los cuidados de enfermería en pacientes con traqueostomía. La población estuvo compuesta por profesionales de enfermería de distintos ámbitos asistenciales (unidades médicas, quirúrgicas, UCI, atención primaria y centros sociosanitarios), seleccionados mediante muestreo no probabilístico consecutivo durante un periodo de cuatro meses. Se utilizó una encuesta ad hoc, anónima y autoadministrada, diseñada a partir de la revisión bibliográfica, que incluía variables sociodemográficas, percepción del conocimiento y estrés, y conocimientos específicos sobre cuidados de traqueostomía. A partir de las respuestas se clasificó el nivel de conocimiento en cuatro categorías: insuficiente, básico, adecuado y avanzado. La recogida de datos se realizó mediante Google Forms y el análisis estadístico se efectuó con SPSS v29.0, utilizando estadística descriptiva y bivariada, con un nivel de significación de $p < 0,05$. El estudio cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki, garantizando el anonimato, la confidencialidad de los datos y la participación voluntaria de los profesionales.

Resultados:

La muestra estuvo compuesta por 63 profesionales de enfermería, en su mayoría mujeres (85,7 %; N = 54), siendo el ámbito médico el más representado (57,1 %; N = 36). La media de edad fue de 38,11 años (±11,9) y la experiencia profesional media de 14,03 años (±11,7), sin diferencias por sexo. La mayoría eran enfermeros/as generalistas (82,5 %; N = 52), y solo el 17,5 % (N = 11) contaban con formación especializada. Respecto a la autopercepción, solo el 1,6 % consideró tener conocimientos "excelentes" en traqueostomía, frente a un 50,8 % que los calificó como "regulares" o "insuficientes", reflejando inseguridad y una necesidad formativa clara. Esta percepción se acompañó de un estrés medio de 6/10 ante el cuidado de estos pacientes, especialmente entre las mujeres. En cuanto a los conocimientos teóricos, la media fue de 13,57/20 (67,9 % de aciertos), con mejores resultados en aspectos básicos como la humidificación (100 %) y la prevención de infecciones (98,4 %), pero con errores relevantes en situaciones críticas como la decanulación precoz (42,9 % de aciertos) o la identificación de una fístula traqueo-innominada (14,3 %). Al clasificar el conocimiento, el 49,2 % se situó en nivel básico, el 44,4 % en adecuado y solo el 6,3 % en avanzado, sin observarse diferencias significativas según sexo, unidad de trabajo, grado académico o años de experiencia. Estos resultados reflejan un dominio limitado del manejo avanzado de la traqueostomía, destacando la necesidad de estrategias formativas específicas y continuadas.

Conclusiones:

Este estudio revela la necesidad de mejorar los conocimientos del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con traqueostomía. Muchos tienen experiencia, pero pocos alcanzan un nivel avanzado, lo que puede afectar la seguridad del paciente.

Se identifican déficits formativos en el manejo de emergencias y complicaciones, por lo que es vital implementar formación continua, protocolos claros y simulación clínica. La falta de diferencias según unidad o experiencia indica que esta necesidad es general.

La enfermería juega un papel clave en cuidados, educación y vigilancia, por lo que una formación sólida y actualizada es esencial para garantizar una atención segura y eficaz.

Bibliografía

1- Badillo Melgar AG, Jimeno Galván MR, Vázquez Gandullo E, García Hidalgo A. Manejo del paciente traqueostomizado, cánulas y aplicación de fármacos inhalados. En: Neumología. 3ª ed. 2025. p. 293–9.

2- Villarreal-Chamorro EI, Vicente-Pérez GC, Sacoto-Blondet MY, García-Herrera CA. Traqueotomía y cricotiroidotomía: indicaciones, complicaciones, artículo de revisión. Polo Conocim. 2023;8(1):929–41.

3- Martínez-Salas AJ, Santillán-Doherty P, Guzmán-Cedillo AE, Aguirre-Mariscal H, Rivera-Saldana RE, Becerra-Aguilar F, et al. Comparación entre traqueostomía percutánea y quirúrgica, experiencia en un centro hospitalario de la Ciudad de México. Neumol Cir Torax. 2021;80(2):111–7.

4- Che-Morales JL, Díaz-Landero P, Cortés-Tellés A. Manejo integral del paciente con traqueostomía. Rev Mex Anestesiol. 2013;36(4):254–62.

5- Moser CH, Peeler A, Long R, Schoneboom B, Budhathoki C, Pelosi PP, et al. Prevention of tracheostomy-related pressure injury: a systematic review and meta-analysis. Am J Crit Care. 2022 Nov 1;31(6):499–507.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 61

Evaluación del dolor en el paciente crítico

España Jara, Lucia

EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE CRÍTICO

XVI Congreso de Investigación SATSE Ciudad Real

LUCIA ESPAÑA JARA

INTRODUCCIÓN

El dolor en pacientes críticos es frecuente y a menudo subvalorado, especialmente en quiénes no pueden comunicarse. Evaluarlo correctamente es esencial para evitar complicaciones y mejorar la calidad del cuidado, por lo que la enfermería desempeña un papel clave en esta evaluación.

METODOLOGÍA

- Revisión sistemática: PubMed, Scopus y Scielo (2014-2024).
- Artículos sobre pacientes críticos, escalas de dolor y participación de enfermería.
- Se seleccionaron 22 estudios relevantes

OBJETIVO 1 Identificar herramientas eficaces para evaluar el dolor en pacientes críticos

OBJETIVO 2 Analizar el rol de enfermería en la detección y tratamiento del dolor

OBJETIVO 3 Proponer estrategias basadas en la evidencia para mejorar la evaluación

RESULTADOS

HERRAMIENTAS

Behavioral Pain Scale (BPS)

Útil en pacientes intubados

Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)

Mide gestos, movimientos, tensión muscular

Escala de Campbell

Específica para traumatismo craneoencefálico

BENEFICIOS

Estudios muestran que el uso sistemático de estas escalas:

- Mejora el control del dolor
- Reduce el uso inadecuado de sedantes.
- Aumenta la satisfacción del paciente.

CONCLUSIÓN

El dolor debe evaluarse aunque el paciente no pueda expresarse. Escalas como BPS y CPOT son efectivas y deben ser aplicadas por enfermería. Se recomienda formación continua y protocolos institucionales para asegurar su aplicación sistemática.

SATSE

Resumen: *El dolor en pacientes críticos, especialmente no comunicativos, es frecuente y suele subdiagnosticarse. Esta revisión bibliográfica analizó herramientas como la BPS, CPOT y la Escala de Campbell, destacando su efectividad en la evaluación del dolor en UCI. El personal de enfermería cumple un rol clave en la detección y manejo oportuno, mejorando la atención con el uso sistemático de escalas. Se identificó la necesidad de capacitación continua y protocolos institucionales que integren la valoración del dolor como parte del cuidado rutinario. La evaluación adecuada reduce complicaciones y mejora la calidad de vida del paciente crítico.*

Palabras Clave: *Dolor - Unidades de Cuidados Intensivos - Enfermería*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El dolor en el paciente crítico es una experiencia frecuente y, en muchos casos, subdiagnosticada debido a la imposibilidad del paciente para comunicarse verbalmente. El manejo inadecuado del dolor puede desencadenar complicaciones como agitación, hipertensión, alteraciones del sueño y síndrome de estrés postraumático. La evaluación precisa del dolor es el primer paso para un tratamiento eficaz, y en este proceso el personal de enfermería tiene un rol esencial, ya que realiza valoraciones continuas e implementa estrategias para el alivio del dolor. Esta revisión bibliográfica busca identificar los métodos más utilizados y efectivos para evaluar el dolor en pacientes críticos, especialmente aquellos no comunicativos.

Objetivos:

• Describir las principales herramientas utilizadas para la evaluación del dolor en pacientes críticos.

• Analizar el rol del profesional de enfermería en la detección y manejo del dolor en UCI.

• Proponer estrategias basadas en la evidencia para optimizar la valoración del dolor en pacientes no comunicativos.

Metodología:

Se realizó una búsqueda sistemática de literatura en bases de datos científicas como PubMed, Scopus, y SciELO.

Se utilizaron los descriptores “dolor”, “evaluación”, “paciente crítico”, “unidad de cuidados intensivos” y “enfermería”.

Se incluyeron artículos publicados entre 2019 y 2024, en inglés y español, que abordaran herramientas de valoración del dolor aplicables en unidades de cuidados intensivos (UCI).

Se seleccionaron 22 artículos tras aplicar criterios de inclusión relacionados con la población crítica adulta y la participación del profesional de enfermería en la valoración del dolor.

Resultados:

Los artículos revisados identifican diversas escalas validadas para la evaluación del dolor en pacientes críticos. Entre las más utilizadas destacan:

• **Escala Behavioral Pain Scale (BPS):** útil en pacientes intubados, evalúa expresión facial, movimiento de las extremidades superiores y tolerancia a la ventilación.

• **Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT):** incluye observación de expresiones faciales, movimientos del cuerpo, tensión muscular y conformidad con el respirador.

• **Escala de Campbell:** utilizada en pacientes con trauma craneoencefálico, evalúa patrones fisiológicos y conductuales.

Los estudios coinciden en que el uso sistemático de estas herramientas por parte de enfermería mejora el reconocimiento del dolor y la administración oportuna de analgésicos. Sin embargo, también se destaca la necesidad de formación continua del personal en el uso de estas escalas y la integración de protocolos institucionales.

Conclusiones:

La evaluación del dolor en el paciente crítico representa un desafío clínico que requiere de herramientas específicas y de una actuación proactiva por parte del personal de enfermería. La aplicación sistemática de escalas observacionales permite detectar el dolor incluso en pacientes no comunicativos, mejorando su manejo y reduciendo riesgos asociados a la subvaloración. Se recomienda la implementación de programas de capacitación y protocolos clínicos que incluyan la valoración del dolor como parte rutinaria del cuidado en UCI.

Bibliografía

1. Gélinas C, Arbour C. Behavioral pain assessment in non-verbal patients with a traumatic brain injury. Crit Care Nurs Clin North Am. 2020;32(3):413–428.

2. Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, et al. Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. Pain Manag Nurs. 2019;20(5):404–417.

3. Orozco-González RA, Rodríguez-Meléndez ME. Herramientas para valorar el dolor en el paciente crítico: revisión integrativa. CuidArte. 2021;12(2):107–117.

4. de Carvalho Furtado LC, Nascimento LA, de Faria LV. Nurses' knowledge about pain assessment in critical care: integrative review. Rev Bras Ter Intensiva. 2019;31(2):234–241.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 62

Evaluación en Tiempo Real de la Seguridad del Medicamento en Pacientes Críticos

García Fernández, María Gema
Muñoz Camargo, Juan Carlos
Vázquez Rodríguez-Barbero, Inmaculada
García Fernández, María Carmen
García del Castillo Muñoz, Sandra
Espinar Ochoa, Ana María

Evaluación en tiempo real de la seguridad del medicamento en pacientes críticos

García Fernández,MG,Muñoz Camargo ,JC, Vázquez Rodriguez-Barbero,I,García Fernández , MC ,
García del Castillo Muñoz , S, Espinar Ochoa, AM.
Unidad de Cuidados Intensivos HGUCR

INTRODUCCIÓN

En la UCI, donde los pacientes presentan una elevada vulnerabilidad, cualquier error en la cadena de uso del medicamento desde la prescripción hasta la administración puede tener un impacto considerable. La revisión en tiempo real de la adecuación del tratamiento farmacológico y la detección activa de errores constituyen una herramienta eficaz para mejorar la seguridad y la calidad asistencial. En este contexto, la presencia del farmacéutico en el entorno clínico, junto con una metodología estructurada de evaluación, ofrece una estrategia valiosa para prevenir incidentes relacionados con la medicación.

OBJETIVOS

- ✓ Evaluar en tiempo real la seguridad en el uso de medicamentos en pacientes ingresados en UCI.
- ✓ Identificar puntos críticos de riesgo en los procesos de prescripción, preparación y administración.
- ✓ Proponer medidas correctoras que permitan reducir la incidencia de errores de medicación.

METODOLOGIA

Diseño del estudio:
Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y unicéntrico realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) médico-quirúrgica del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR), hospital de tercer nivel dotado de historia clínica informatizada (HCI) y prescripción electrónica (PE) integradas.

Población y muestreo:
Se incluyeron pacientes adultos ingresados en la UCI entre septiembre de 2022 y enero de 2023. La selección fue aleatoria y diaria (1-2 pacientes por jornada) por parte del farmacéutico interno residente (FIR), durante su rotación clínica en el Servicio de Medicina Intensiva.

Procedimiento: El FIR realizó una revisión presencial y en tiempo real del proceso completo de uso de medicamentos, sin que el personal asistencial conociera la inclusión de los pacientes seleccionados, con excepción de los farmacéuticos y el grupo multidisciplinar SMI-FAR. Esta revisión incluyó observación directa del paciente y su entorno (bombas de infusión, accesos, preparados intravenosos), así como análisis de la PE médica (Mambrino XXI) y la gráfica de enfermería (GE).

Participación del equipo de Enfermería:
El grupo SMI-FAR estuvo integrado por profesionales de Medicina Intensiva, Farmacia Hospitalaria y Enfermería. El personal de enfermería participó activamente en el diseño del cuestionario de evaluación, la selección de parámetros críticos y la revisión de prácticas clínicas habituales relacionadas con la administración y registro de medicamentos, garantizando un abordaje multidisciplinar desde la práctica asistencial real.

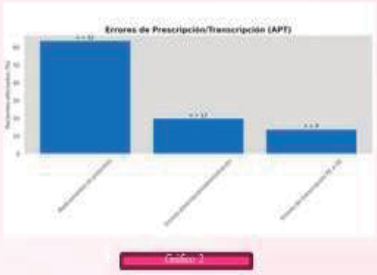
Instrumento de evaluación:
Se utilizó un cuestionario diseñado a partir del "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva" (ISMP-España, 2019), estructurado en dos bloques: APT (Adecuación de la Prescripción/Transcripción): se evaluó la concordancia entre PE y GE, adecuación posológica en insuficiencia renal, conciliación terapéutica e identificación de interacciones. APA (Adecuación de la Preparación/Administración): se analizó la correcta preparación de diluciones, velocidades de infusión, cumplimiento horario (especialmente en antimicrobianos), fotoprotección, administración por sonda y rotulación de dispositivos.

Variables adicionales:
Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), días de estancia en UCI al momento de la revisión, número total de fármacos prescritos por paciente y diagnóstico principal de ingreso.

Análisis de datos:
Los datos se analizaron de forma descriptiva mediante frecuencias absolutas, porcentajes y medidas de tendencia central, determinando la prevalencia y distribución de los errores detectados.

RESULTADOS

Se incluyeron 66 pacientes adultos ingresados en la UCI, con una media de edad de 62,8 años y predominio del sexo masculino (68,2%). La estancia media al momento de la revisión fue de 2 días, y el número promedio de medicamentos prescritos por paciente fue de 10,3, reflejando una elevada carga terapéutica. Los principales diagnósticos de ingreso correspondieron a patologías cardíacas (24,3%) y respiratorias (21,2%), seguidas por shock séptico y enfermedades digestivas, como se ilustra en el **Gráfico 1**.En cuanto a la seguridad del uso de los medicamentos, se identificaron errores en el 93,9% de los pacientes incluidos, con una media de 3,26 errores por paciente. El análisis se estructuró en dos bloques: errores relacionados con la prescripción y transcripción (APT), y aquellos asociados a la preparación y administración (APA). Respecto a la APT, se detectaron 101 errores. Un 71,2% de los pacientes presentó discrepancias entre la prescripción electrónica (PE) y la gráfica de enfermería (GE). El error más frecuente fue la administración de medicamentos no prescritos en la PE pero registrados en la GE (63,6%), probablemente relacionados con la práctica de órdenes verbales no registradas. También se identificaron errores en dosis y posología, vías de administración, y omisiones en la transcripción. Estos hallazgos se resumen en el **Gráfico 2**, donde se aprecia la magnitud de los principales errores APT detectados. En relación con la APA, se documentaron 114 errores en el 83,3% de los pacientes evaluados. La falta de identificación adecuada de los extremos distales de sondas, catéteres y líneas de infusión fue el hallazgo más prevalente (80,9%), muy por debajo del estándar nacional de implantación de esta práctica segura. Además, se evidenció discordancia entre las kilocalorías de nutrición enteral prescritas y las efectivamente administradas en el 26,1% de los pacientes, así como administración de antimicrobianos fuera del horario pautado en el 23,1%, lo que podría comprometer su eficacia clínica. Otros errores relevantes incluyeron discrepancias en las velocidades de infusión (16,7%), identificación incorrecta de mezclas de fármacos (6,3%), y errores en la administración por sonda según la guía local (7,4%). El **Gráfico 3** sintetiza los principales errores detectados en el bloque APA.



CONCLUSIONES

La evaluación en tiempo real del uso de medicamentos en la UCI permitió identificar errores en más del 90% de los pacientes, confirmando la presencia de fallos relevantes en la prescripción, transcripción y administración. Los principales puntos críticos detectados fueron la discordancia entre la prescripción electrónica y la gráfica de enfermería, la falta de identificación de dispositivos y la administración fuera de horario de antimicrobianos. Esta intervención proactiva ha resultado eficaz para detectar áreas de mejora, proponiendo acciones concretas que permiten avanzar hacia una mayor seguridad del paciente crítico. El enfoque multidisciplinar ha sido clave para interpretar los resultados y diseñar estrategias viables orientadas a la reducción de errores de medicación.

Resumen: *Los errores de medicación (EM) son eventos adversos comunes en los hospitales con mayor frecuencia y relevancia en las UNIDADES DE Cuidados Intensivos (UCI).*

Este estudio consistió en la búsqueda activa de EM a tiempo real en la UCI del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR)

El objetivo es evaluar la seguridad en el uso de los medicamentos, detectar puntos de mejora y reducir EM.

Se diseñó un estudio unicéntrico, descriptivo, observacional, prospectivo en el que participaban los pacientes ingresados en la UCI del HGUCR.

Se incluyeron de forma aleatoria, y se procedió hacer una revisión presencial a tiempo real de la seguridad en el uso de medicamentos según la cumplimentación de un cuestionario.

Se tuvieron en cuenta las variables de sexo, edad, días de estancia, numero de medicamentos prescritos, diagnóstico de ingreso, adecuación de la prescripción/transcripción (APT), adecuación de la preparación/administración (APA).

En la UCI del HGUCR ocurren EM en un porcentaje considerable, de forma similar a lo descrito en la literatura. Los resultados obtenidos establecen un amplio margen de mejora.

Palabras Clave: *Errores de medicación - Practicas seguras - Adecuación de la prescripción/transcripción - Adecuación de la preparación/administración*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los errores de medicación (EM) son el efecto adverso (EA) más común en el ámbito hospitalario y tienen consecuencias sanitarias y económicas importantes, tanto para pacientes como para los sistemas sanitarios.

Los EM cobran mayor relevancia en áreas de pacientes críticos, siendo más frecuentes que en otros ámbitos y constituyendo una de las principales causas de morbilidad. Por ello las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son considerados espacios de alto riesgo, estudios estadounidenses han constatado que la probabilidad de que ocurran EA evitables motivados por EM en estos pacientes es de 2 a 3 veces mayor y la mortalidad derivada, 2,5 veces superior. Múltiples factores motivan este mayor riesgo, destacando la gravedad y fragilidad de los pacientes, la complejidad de los tratamientos que precisan, la necesidad de una comunicación estrecha entre profesionales, el uso de medicamentos de alto riesgo, la administración de medicamentos intravenosos, frecuentemente en perfusión intravenosa continua, que precisan de múltiples cálculos para determinar las dosis óptimas.

Las herramientas de evaluación proactivas como el “medicación Safety Self Assessment for Hospitals” del ISMP-EEUU, resultan útiles para analizar procesos, identificar áreas de riesgo y priorizar prácticas de mejora. Por ello el Instituto for <safe medication practices(ISMP-España), con el apoyo y financiación del ministerio de sanidad y política social (MSPS) y la participación de un grupo

de expertos de diversos hospitales, adapto esta herramienta a la actividad hospitalaria española, publicando en 2007 y actualizándola de nuevo en 2018, el "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales".

El grupo de trabajo de Farmacéuticos de Medicina Intensiva y Cuidados Críticos (FarMic) y la Sociedad española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC), elaboro el "Cuestionario de Autoevaluación de la seguridad del uso de medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva ", una herramienta para especifica de ayuda al análisis de riesgos e implementación de las practicas seguras (PS) necesarias para minimizar los EM.

El Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) planifico la creación de un equipo multidisciplinar entre los servicios de Farmacia y UCI, compuesto por médicos, farmacéuticos, y enfermeros para cumplimentar el cuestionario en varias sesiones y buscar activamente áreas de mejora.

Objetivos:

Evaluar la seguridad en el uso de medicamentos, reducir los errores de medicación y detectar puntos de mejora.

Material y Método:

Estudio unicentrico, descriptivo, observacional, prospectivo, que incluye a pacientes adultos ingresados en la UCI del HGUCR.

Se trata de una unidad médico-quirúrgica (pacientes politraumatizados, neuro-críticos, postquirúrgicos, coronarios y polivalentes) con 21 camas funcionales, en un hospital de tercer nivel.

La unidad dispone de Historia clínica informatizada (HCI) y prescripción electrónica (PE) integrada, con posterior transcripción manual por enfermería a un formato de papel, donde se registra también la administración de los tratamientos, velocidades de infusión, vías de administración. Además, cuenta también con sistemas de dispensación automatizada de medicamentos (PYXIS) conectados a la PE de los pacientes.

El estudio se desarrolló durante 5 meses, de septiembre de 2022 a enero de 2023.

La Metodología consistía en que el Farmacéutico Interno Residente (FIR) durante su rotación en la unidad, realizaba una selección e inclusión aleatoria de pacientes, generalmente 2pacientes/día. Únicamente los componentes del grupo de trabajo UCI-FAR conocían la existencia del estudio. Tras la selección se realizaba presencialmente una revisión a tiempo real de la seguridad en la prescripción/transcripción y preparación/administración del tratamiento del paciente en base a unos parámetros previamente pactados por el grupo de trabajo, Los parámetros a valorar fueron , en su mayoría seleccionados según el "Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los servicios de medicina intensiva" con el objetivo de determinar la adecuación de la prescripción/transcripción (APT) y la adecuación de la preparación/administración (APA) de medicamentos.

Se consultaba tanto la PE medica integrada con la HCI (Mambrino) como la gráfica de enfermería (GE). Asimismo, realizaba una visualización directa del paciente y de los soportes correspondientes, acceso venoso, drenajes y/o catéteres, bombas de infusión (BI) o envases de fármacos.

También se recogieron datos demográficos (sexo, edad), días de estancia en la unidad, numero de medicamentos prescritos y diagnostico principal de ingreso.

Resultados:

Se incluyeron en total 66 pacientes y un total de 680 medicamentos.

En cuanto a las variables demográficas el 68,2% fueron varones y el 31,8% fueron mujeres. La edad promedio de la muestra fue de 62,8 años.

Los días de estancia en la UCI al momento de la revisión (mediana) fue de dos días. Los promedios de números de medicamentos prescritos son de 10,3 medicamentos con un rango de 2 a 21.

En cuanto al diagnóstico de ingreso en la UCI (%) el 24,3% corresponde a patología cardíaca, el 21,2% patología respiratoria, el 13,6% por shock séptico, el 13,6% corresponde a digestiva, el 7,6% corresponde a patología neurológica, por traumatismos el 6,1% y el 13,6% correspondió a otros diagnósticos.

En un 93,9% de los pacientes incluidos se detectó algún tipo de error según los parámetros anteriormente indicados, con una media de 3,26errores por paciente.

Considerando en primer lugar los parámetros relativos a la APT de medicamentos, se detectaron 101 errores. El grado de discordancia entre la PE y la GE o porcentaje de pacientes en los que se detectó alguna discrepancia de este tipo, fue del 71,2%. esto indica que en 47 pacientes se produjeron uno o más EM relacionados con la APT. El 63,6% de los EM fueron medicamentos no prescritos. En cuanto a los errores de vía de administración correspondió al 9,1%; En cuanto a la dosis y posología fue un 7,6% y el 7,6% de los medicamentos prescritos en PE y transcritos a la GE que no se administraron.

La omisión en la transcripción a la GE de medicamentos prescritos en PE fue del 7,6% y los errores de dosis/posologías transcritas en la GE a las prescritas en PE correspondió al 6,1%.

Con respecto a la APA de medicamentos se detectaron 114 errores, en el 83,3% de los pacientes. El 23,1% no se administró en el horario establecido, llegándose a producirse un retraso o adelanto de más de dos horas con respecto a la pauta indicada por el médico.

No se detectó ninguna incompatibilidad entre fármacos administrados por una misma vía. El grado de discordancia entre las velocidades observadas en las bombas de infusión (BI) y las transcritas en la GE fue del 16,7%.

se detectaron 12 preparaciones no protocolizadas en el programa informático de PE, todas ellas preparadas correctamente.

El 40,9% de los pacientes portaba sonda nasogástrica y según las recomendaciones de la guía local, en el 7,4% no se administró adecuadamente algunos de los medicamentos prescritos por esta vía. Se detectó discordancia entre las Kilocalorías prescritas de Ne y las realmente administradas en 24 horas en el 26,1% de los pacientes que la tenían prescrita.

La identificación de la mezcla preparada, con una pegatina en la bomba de infusión y el nombre correspondiente rotulado/indicado en la bolsa fue incorrecta en un 6,3%. En cuanto a la identificación de los extremos distales de sondas, catéteres y líneas de infusión, no se realizó en el 80,9% de los pacientes.

Conclusiones:

Analizando los resultados podemos afirmar que los EM que hemos detectado en la UCI del HGUCR, ocurren de forma similar a la literatura, detectándose un porcentaje elevado de pacientes con algún tipo de error y una media bastante destacable.

Estos resultados permiten establecer estrategias de mejora para la seguridad del medicamento y así minimizar el riesgo de EM en el paciente crítico.

Esta evaluación ha sido clave para la identificación de puntos de mejora.

El enfoque multidisciplinar ha sido clave para interpretar los resultados y diseñar estrategias viables, orientadas a la reducción de errores de medicación.

Bibliografía

1.Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud.2015, Available from: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020.pdf

2, Euorpean Medicines Agency.An agency of the European Union Session 2 Reporting Operational definition of medication error for EU reporting requirements 2013, available from: https://www.ema.europa.eu/en/documents/presentation/presentation-operational-definition-medication-error-european-union-reporting-requirements-thomas_en.pdf

3. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional Sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalizacion. ENEAS 2005 Informe 2006.Available from : https://sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf.

4.Instituto para el uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los servicios de medicina intensiva. 2019. Available from: htpps://apps.ismp-espana.org/smi/ficheros/cuestionariosSMI.pdf.

5.Hospital General Universitario de Ciudad Real. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad de los SMI realizada al Hospital General Universitario de Ciudad Real,2022.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 63

Evidencia científica sobre el consumo de alcohol en el embarazo y sus efectos en la salud fetal: una revisión sistemática para la práctica enfermera.

Montaño Herrera, Liliana Patricia
Montes Mansilla, Marta
Buitrago Campos, Beatriz
Martínez Olmedo, Celia
Velázquez Peña, Manuel Jesús
Manzanares Cepeda, Beatriz

EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL EMBARAZO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD FETAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA.

Autores: Liliana Patricia Montaño Herrera, Marta Montes Mansilla, Beatriz Buitrago Campos, Manuel Jesús Velázquez Peña, Celia Martínez Olmedo, Beatriz Manzanares Cepeda

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol durante el embarazo sigue siendo una conducta frecuente y preocupante, a pesar de las recomendaciones sanitarias de abstinencia total. Su exposición prenatal está asociada a malformaciones, alteraciones neurológicas y deficiencias en el desarrollo fetal, enmarcadas dentro del Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF). Esta revisión sistemática busca actualizar la evidencia disponible para apoyar la toma de decisiones desde la práctica enfermera.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Evaluar el impacto del consumo de alcohol durante el embarazo sobre la salud fetal, con especial atención a la aparición de malformaciones, alteraciones neurológicas y trastornos del desarrollo.

Objetivos específicos:

- Describir las características más frecuentes del Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) en relación con los patrones de consumo materno.
- Entender la necesidad de estrategias preventivas y educativas dirigidas a mujeres en edad fértil para reducir el riesgo de consecuencias adversas en la descendencia

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática centrada en estudios publicados entre 2019 y 2024, en español e inglés, que abordan el consumo de alcohol durante el embarazo y sus efectos sobre la salud fetal. Se incluyeron estudios observacionales, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas.

Los participantes fueron mujeres embarazadas y recién nacidos expuestos prenatalmente al alcohol. Se compararon los efectos del consumo (leve, moderado o alto) con la abstinencia total, evaluando resultados como malformaciones, alteraciones neurológicas y TEAF.

La búsqueda se llevo a cabo en bases como PubMed, Scielo, Cochrane, Dialnet y Google Académico, utilizando descriptores clave y operadores booleanos. La selección se hizo por fases: primero título/resumen, luego texto completo.

Se extrajeron datos relevantes (autor, año, tipo de estudio, frecuencia de consumo, efectos observados) y se organizaron en una tabla para su análisis.

RESULTADOS

El alcohol es un potente teratógeno que atraviesa la placenta, alterando el desarrollo fetal incluso en fases tempranas. Se asocia directamente con el Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF), que abarca desde defectos físicos y neurológicos hasta problemas cognitivos y de conducta. Las formas clínicas incluyen ARND, ARBD, ND-PAE y SAF completo o parcial. La prevalencia global de consumo durante el embarazo se estima en un 9,8%, con aproximadamente 119.000 casos anuales de SAF en todo el mundo.

En cuanto a la detección y manejo del consumo de alcohol en el embarazo: el cribado se realiza con cuestionarios validados (AUDIT, T-ACE, TWEAK, Hoja Verde) y entrevistas clínicas. Los servicios de salud deben aplicar estrategias integrales desde la preconcepción hasta la lactancia, incluyendo detección de riesgos psicosociales y abordajes individualizados, sensibles al género y multidisciplinares.

• Es esencial coordinar protocolos entre obstetricia, adicciones, salud mental y servicios sociales para asegurar continuidad y accesibilidad. Además, realizar seguimiento precoz a niños expuestos y apoyo familiar.

Los hallazgos coinciden con revisiones anteriores que evidencian una fuerte asociación entre el consumo de alcohol y daños fetales. Sin embargo, otros estudios en ámbitos más controlados (como mujeres con seguimiento prenatal intensivo) reportan menores tasas de exposición y consecuencias. El riesgo se incrementa en poblaciones adolescentes y con bajo nivel educativo, lo cual se alinea con nuestros resultados.

Entre las principales referencias utilizadas destacan:

- Maya-Enero et al. (2021), que describen el perfil neurocognitivo y conductual del TEAF.
- Borrego Cabezas et al. (2022), quienes abordan la prevalencia de consumo y sus implicaciones.
- Azurmendi-Funes et al. (2022), que analizan las herramientas de detección como T-ACE, TWEAK y Hoja Verde.
- García Algar y Mendoza (2021), que proponen pautas para el diagnóstico y atención temprana.
- Ministerio de Sanidad (2024), que reafirma la recomendación de abstinencia total durante la gestación.

CONCLUSIÓN

El consumo de alcohol durante el embarazo constituye un serio problema de salud pública. La exposición fetal puede derivar en el desarrollo de TEAF, caracterizado por malformaciones, daño neurológico y retrasos del desarrollo. Factores personales, familiares y sociales como la desinformación y la normalización del consumo agravan el riesgo. La prevención debe basarse en educación, cribado temprano, apoyo social y políticas de salud que refuercen el seguimiento prenatal y promuevan entornos libres de alcohol.

Resumen: *El consumo de alcohol durante el embarazo es un grave problema de salud pública, ya que atraviesa la placenta y puede causar Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF), provocando malformaciones y alteraciones neurológicas en el feto. Diversos factores personales, familiares y sociales influyen en su ingesta. Para prevenirlo, se emplean herramientas de detección y estrategias de intervención como educación, cribado temprano y apoyo social. La sensibilización y la implementación de políticas de salud son fundamentales para reducir su incidencia y proteger la salud materno-infantil.*

Por este motivo, se realiza una revisión sistemática con el objetivo de contrastar la evidencia disponible sobre los efectos del consumo de alcohol en la gestación y las consecuencias cognitivas en el futuro.

Palabras Clave: *Se utilizaron estrategias de búsqueda con los siguientes descriptores: "pregnancy AND alcohol AND FASD", "embarazo AND alcohol AND TEAF", y "prenatal alcohol exposure AND neurodevelopment". Se aplicaron operadores booleanos (AND/OR) para combinar términos y refinar los resultados.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El embarazo es una etapa crucial en la vida de una mujer, durante la cual se deben tomar numerosas precauciones para garantizar la salud del feto.

El consumo de alcohol durante el embarazo es una conducta que representa un grave problema de salud pública. El alcohol es una sustancia teratogénica que atraviesa la barrera placentaria, exponiendo al feto a concentraciones iguales o superiores a las de la madre. A pesar de las recomendaciones sanitarias que promueven la abstinencia total durante la gestación, estudios realizados en hospitales españoles muestran que entre el 40% y el 60% de las gestantes continúan consumiendo alcohol, especialmente durante el primer trimestre, cuando muchas aún desconocen su estado.

Las consecuencias fetales derivadas de la exposición prenatal al alcohol se engloban bajo el Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF). Este incluye una variedad de alteraciones como malformaciones estructurales, disfunciones neurológicas, deficiencias en el desarrollo psicomotor e intelectual, así como anomalías faciales. Estudios indican que la prevalencia del TEAF puede llegar hasta un 5% en la población escolar en países occidentales, siendo más alta en contextos socioeconómicos vulnerables.

Numerosos estudios evidencian la asociación directa entre el consumo de alcohol en el embarazo y la aparición de consecuencias adversas en el feto. El alcohol actúa como un potente teratógeno, afectando especialmente al sistema nervioso central y al desarrollo craneofacial. La evidencia también sugiere que el momento y la cantidad de exposición influyen en la gravedad de las secuelas.

Aunque se conoce la relación entre el consumo de alcohol durante el embarazo y las alteraciones fetales, existen lagunas en la literatura respecto a la eficacia de estrategias de intervención

para reducir dicha exposición y prevenir sus consecuencias. Además, no siempre se ha evaluado de forma sistemática el impacto diferencial de la abstinencia total frente al consumo moderado o esporádico.

Objetivos:

Objetivo general:

• Evaluar el impacto del consumo de alcohol durante el embarazo sobre la salud fetal, con especial atención a la aparición de malformaciones, alteraciones neurológicas y trastornos del desarrollo.

Objetivos específicos:

• Describir las características más frecuentes del Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) en relación con los patrones de consumo materno.

• Entender la necesidad de estrategias preventivas y educativas dirigidas a mujeres en edad fértil para reducir el riesgo de consecuencias adversas en la descendencia.

Material y Método:

Criterios de elegibilidad:

• **Tipo de estudios:** Se incluirán estudios observacionales (cohortes, casos y controles), ensayos clínicos y revisiones sistemáticas publicados en los últimos 5 años.

• **Tipo de participantes (P):** Mujeres embarazadas y recién nacidos expuestos prenatalmente al alcohol.

• **Tipo de intervenciones (I):** Consumo de alcohol durante el embarazo (leve, moderado, alto).

• **Comparaciones (C):** Abstinencia total de alcohol durante el embarazo.

• **Resultados (O):** Malformaciones fetales, alteraciones neurológicas, TEAF y trastornos del desarrollo.

• **Idioma:** Se incluirán publicaciones en español e inglés.

• **Fechas de publicación:** Se considerarán estudios publicados entre 2019 y 2024.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda:

Las búsquedas bibliográficas se realizaron en Google Académico, PubMed, Scielo, Cochrane Library y Dialnet. Se utilizaron estrategias de búsqueda con los siguientes descriptores: "pregnancy AND alcohol AND FASD", "embarazo AND alcohol AND TEAF", y "prenatal alcohol exposure AND neurodevelopment". Se aplicaron operadores booleanos (AND/OR) para combinar términos y refinar los resultados.

Selección de los estudios:

La selección de estudios se realizó en dos fases. En primer lugar, se examinaron los títulos y resúmenes para excluir duplicados y estudios no pertinentes. En segundo lugar, se revisaron los textos completos de los estudios potencialmente elegibles para confirmar su inclusión.

Proceso de recolección de datos:

De cada estudio incluido se extrajeron los siguientes datos: autor, año de publicación, tipo de estudio, población estudiada, tipo y frecuencia de consumo de alcohol, resultados observados en el feto, herramientas de diagnóstico utilizadas y conclusiones. Estos datos fueron organizados en una tabla comparativa para facilitar su análisis.

Además, se documentaron todos los pasos seguidos en el proceso: fechas de búsqueda, bases de datos utilizadas, número de estudios recuperados, número de estudios seleccionados y motivos de exclusión. Este registro se empleará para garantizar la transparencia y reproducibilidad del proceso de revisión.

Resultados:

1. El alcohol como teratógeno

El alcohol es una sustancia teratogénica que atraviesa la barrera placentaria y afecta el desarrollo fetal. Posee la capacidad de producir malformaciones estructurales, bioquímicas o funcionales en un organismo en desarrollo, además de alteraciones conductuales. Supone la principal causa evitable de anomalías y discapacidades congénitas, así como morbilidad maternal (abortos espontáneos de repetición, depresión).

Muchas de las mujeres continúan consumiendo este tóxico durante el primer trimestre, cuando aún no conocen el estado de gravidez, exponiendo al feto a los efectos tóxicos durante la organogénesis, dando lugar a efectos a largo plazo en el desarrollo físico y mental de ese niño

Un bebé que nace de una madre que toma bebidas alcohólicas durante el embarazo puede tener muchos problemas. Esto es un trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF). Los trastornos del espectro alcohólico fetal incluyen:

• Trastorno del neurodesarrollo relacionado con el alcohol (ARND): requiere la confirmación de exposición prenatal al alcohol y anomalías en el sistema nervioso central, que pueden ser estructurales o funcionales. Las alteraciones faciales o del retraso del crecimiento no necesitan estar presentes para el diagnóstico.

• Defectos de nacimiento relacionados con el alcohol (ARBD): incluye afecciones vinculadas a la exposición prenatal al alcohol tales como problemas de corazón, riñón o huesos además de otras posibles alteraciones en la audición y en la visión.

• Trastorno neurológico asociado con la exposición prenatal al alcohol (ND-PAE): es un diagnóstico psiquiátrico incluido en el DSM-5. Requiere evidencia tanto de la exposición prenatal al alcohol como de la afectación del SNC, mostrando deficiencias en tres áreas: cognición, autorregulación y funcionamiento adaptativo.

• Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) que presenta un patrón bien definido de defectos físicos, mentales y conductuales en hijos de madres que han consumido alcohol durante el embarazo. Algunas de las principales características son:

● Alteraciones del SNC:

▪ Estructurales: reducción tamaño cerebral, anormalidades en estructuras cerebrales como cuerpo calloso, cerebelo y ganglios basales.

▪ Neurológicas: hipotonía, deficiencias en el control motor, coordinación y reflejos visuales.

▪ Funcionales: retraso del desarrollo psicomotor, deficiencias intelectuales, así como dificultades de aprendizaje.

● Deficiencias del desarrollo: deficiencias en el crecimiento prenatal y postnatal, peso y/o talla por debajo del percentil 10 correspondiente a la edad.

● Anomalías faciales:

▪ Microcefalia.

▪ Ojos: blefarofimosis, epicanto, ptosis palpebral.

▪ Nariz: puente nasal ancho.

▪ Mandíbula: hipoplasia.

▪ Orejas: rotación, anomalías de implantación.

▪ Boca: labio superior delgado, paladar hendido.

• SAF parcial: implica la exposición prenatal al alcohol e incluye algunas de las características, aunque no todas, del SAF completo

Estudios epidemiológicos han encontrado que la prevalencia del TEAF en países occidentales oscila entre el 3% y el 5% de la población escolar. En España, no hay datos para la población general, pero un estudio en niños adoptados de Europa del Este, el grupo de mayor riesgo encontró una prevalencia de TEAF del 50%. Existe una frecuencia alarmantemente alta de SAF en bebés institucionalizados en orfanatos en Europa del Este (5,1%–33,5%), donde las mujeres que consumen grandes cantidades de alcohol, especialmente en entornos socioeconómicamente desfavorecidos, pierden o ceden la custodia de sus hijos, que luego ingresan al sistema de adopción. El noventa por ciento de las mujeres en edad reproductiva en Rusia consumen alcohol y el 20% continúa consumiéndolo durante el embarazo. Una revisión sistemática publicada en 2017 encontró una prevalencia global de consumo de alcohol en el embarazo del 9,8% y una prevalencia global de SAF en la población general de 14,6/10 000, lo que corresponde a aproximadamente 119 000 nacimientos por año en todo el mundo. El trastorno del espectro alcohólico fetal es un grave problema de salud pública dado su impacto a nivel económico, social, educativo, familiar y de atención médica en los individuos afectados y su círculo social

2. Factores Asociados al Consumo de Alcohol en el Embarazo: Diversos factores influyen en la ingesta de alcohol durante la gestación:

· Factores personales: Tristeza, ansiedad y antecedentes de consumo previo.

· Factores familiares: Consumo por parte de la pareja y violencia verbal.

· Factores sociales: Baja educación, escaso acceso a servicios de salud y normalización del consumo de alcohol en el entorno.

Un estudio realizado en Brasil identificó que la edad temprana en el embarazo es un indicador de vulnerabilidad social y se asocia con un mayor consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 19 años.

3. Herramientas de Detección del Consumo de Alcohol en el Embarazo: el cribado del consumo de alcohol en gestantes se realiza mediante cuestionarios validados y entrevistas clínicas. Algunas herramientas destacadas incluyen:

· AUDIT y AUDIT-C: Identifican consumo de riesgo mediante puntuaciones basadas en la frecuencia e intensidad del consumo.

· T-ACE y TWEAK: Diseñados específicamente para mujeres embarazadas.

· Hoja Verde (HV): Instrumento que evalúa el consumo de alcohol en la gestante y su pareja con un enfoque holístico de salud ambiental.

Los servicios de salud deben ofrecer estrategias multi-componente que incluyan el cribado del consumo de alcohol e intervención breve a todas las personas en edad fértil (periodo preconcepcional), durante la gestación, puerperio, post-nacimiento y lactancia materna, incluyendo la detección temprana de otros riesgos psicosociales (como la violencia de género) que pueden llevar a la exposición al alcohol y otras drogas en el embarazo y desarrollar intervenciones, que incluyan a sus posibles parejas y entorno, si procede. Estas intervenciones deben ser individualizadas, integrales y sensibles al género, incluyendo un abordaje multidisciplinar que favorezca que todos los/as profesionales participen activamente en el diseño e implementación de los programas. Los servicios especializados para aquellas gestantes con trastornos relacionados con el consumo de sustancias deben ser reconocidos como un componente importante del sistema de salud. Han de tenerse en cuenta las necesidades de cuidado infantil e incluir recursos de tratamiento y residenciales en los que se pueda mantener a la persona gestante junto con sus hijos e hijas. Deben considerarse las estrategias de reducción de daños cuando la gestante no puede reducir o abstenerse del consumo de alcohol, ayudando a minimizar los daños del consumo de alcohol durante la gestación y permitiendo que se desarrollen conexiones entre las gestantes y los servicios sociales y de salud.

Así mismo, se deben crear circuitos y protocolos de colaboración entre el seguimiento obstétrico, los servicios de tratamiento especializado de atención a las adicciones, los servicios de salud mental (especialmente en el periodo perinatal) y los servicios sociales, así como con otros recursos socio-comunitarios. Esta colaboración permite ofrecer servicios integrales, que ofrecen una continuidad de la atención y son generalmente más accesibles para los grupos de personas en condiciones de vulnerabilidad. Además, resulta fundamental, cuando se ha producido una exposición al alcohol en el embarazo, que se coordine de manera adecuada el seguimiento precoz de niños y niñas que han sido expuestos, asegurando una intervención temprana y el apoyo tanto al niño/a como a sus familias

4. Estrategias de Intervención

Para reducir el consumo de alcohol durante el embarazo y mitigar sus efectos, es necesario implementar estrategias efectivas de intervención, entre ellas:

· Educación y sensibilización: Campañas informativas dirigidas a mujeres en edad fértil, gestantes y su entorno familiar sobre los riesgos del consumo de alcohol durante el embarazo.

· Cribado y detección temprana: Uso sistemático de herramientas de detección en controles prenatales para identificar y asesorar a mujeres en riesgo.

· Intervenciones conductuales: Programas de asesoramiento y terapia cognitivo-conductual para modificar patrones de consumo y fortalecer la toma de decisiones saludables.

· Apoyo social y comunitario: Creación de redes de apoyo, grupos de autoayuda y programas de intervención en comunidades con alta prevalencia de consumo de alcohol.

· Políticas de salud pública: Implementación de normativas y regulaciones que limiten la accesibilidad al alcohol para mujeres embarazadas y fomenten entornos saludables.

Los hallazgos coinciden con revisiones anteriores que evidencian una fuerte asociación entre el consumo de alcohol y daños fetales. Entre las principales referencias utilizadas destacan:

• Maya-Enero et al. (2021), que describen el perfil neurocognitivo y conductual del TEAF.

• Borrego Cabezas et al. (2022), quienes abordan la prevalencia de consumo y sus implicaciones.

• Azurmendi-Funes et al. (2022), que analizan las herramientas de detección como T-ACE, TWEAK y Hoja Verde.

• García Algar y Mendoza (2021), que proponen pautas para el diagnóstico y atención temprana.

• Ministerio de Sanidad (2024), que reafirma la recomendación de abstinencia total durante la gestación.

Limitaciones del trabajo:

• Ausencia de estudios específicos en población española general.

• Variabilidad en la definición y medición del consumo de alcohol entre estudios.

• Falta de consenso en los criterios diagnósticos del TEAF y sus subtipos.

Conclusiones:

El consumo de alcohol durante el embarazo es un grave problema de salud pública, ya que atraviesa la placenta y puede causar Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF), provocando malformaciones, alteraciones neurológicas y problemas de desarrollo en el feto. Diversos factores personales, familiares y sociales influyen en su ingesta, como la normalización del consumo o la falta de información. Para prevenirlo, se emplean herramientas de detección y estrategias de intervención como educación, cribado temprano y apoyo social. La sensibilización, el seguimiento prenatal y la implementación de políticas de salud son fundamentales para reducir su incidencia y proteger la salud materno-infantil.

Bibliografía

1. Maya-Enero S, Ramis-Fernández SM, Astals-Vizcaino M, García-Algar Ó. Neurocognitive and behavioral profile of fetal alcohol spectrum disorder. An Pediatr (Engl Ed). 2021;95(3):208.e1-208.e9.

2. Borrego Cabezas, Laura (Hospital Universitario Miguel Servet); Matas Rodríguez, Cristina (Hospital Universitario Miguel Servet); Del Fresno Serrano MÁ(HUMS. Consumo de alcohol durante el embarazo. Revista sanitaria de investigación [Internet]. 2022;1–19. Available from: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/consumo-de-alcohol-durante-el-embarazo/

3. Azurmendi-Funes ML, Sánchez-Sauco MF, Campillo i López F, Aguilar-Ros E, Díaz-Martínez F, Pascual-Pastor F, et al. Revisión de los cuestionarios utilizados para la detección del consumo de alcohol durante el embarazo y la Hoja Verde. Adicciones. 2022;35:493–502.

4. García Algar Ó, Mendoza R. Consumo de Alcohol en el Embarazo : Prevención, Diágnostico y Atención Temprana de los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF). 2021.

5. Ministerio de Sanidad. Sanidad recomienda que no se consuma alcohol durante el embarazo para evitar el desarrollo de trastornos en el feto [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado 2025 may 12]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6511

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 64

Evidencia de Correlación entre Preeclampsia en el embarazo e Ictus

Del Blanco Ubiergo, Gema
Álvarez Albardías, Claudia
García Benito, Irene
Martínez Tocino, Rocío
Buzón Romero, Inmaculada

Evidencia de Correlación entre Preeclampsia en el embarazo e Ictus

*Del Blanco Ubiergo, **Gema** - Matrona de Paritorio, CAULE (Complejo Hospitalario Universitario de León).*
*Álvarez Albardías, **Claudia** Matrona de Paritorio, CAULE (Complejo Hospitalario Universitario de León)*
*García Benito, **Irene** EIR 2º obstétrico - Ginecológica, CAULE (Complejo Hospitalario Universitario de León)*
*Martínez Tocino, **Rocío** EIR 2º obstétrico - Ginecológica, CAULE (Complejo Hospitalario Universitario de León).*
*Buzón Romero, **Inmaculada** - Matrona de Paritorio, CAULE (Complejo Hospitalario Universitario de León).*

RESUMEN

La preeclampsia (PE), un trastorno hipertensivo del embarazo, es un riesgo significativo de ictus materno, tanto agudo como a largo plazo. Este informe sintetiza la evidencia (2019-2025) sobre esta asociación, que persiste por décadas e incluye ictus isquémico y hemorrágico. La disfunción endotelial e inflamación subyacen a esta relación. El cuidado de enfermería es crucial para la evaluación temprana del riesgo, monitorización, intervenciones (antihipertensivos, magnesio, aspirina), educación y transición de la atención, mitigando el riesgo de ictus y mejorando la salud materna.

PALABRAS CLAVE : Preeclampsia, Ictus , Cuidado de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia (PE) es un trastorno multifactorial del embarazo que se manifiesta con hipertensión post-20 semanas de gestación, a menudo con proteinuria o disfunción orgánica. Afecta a un 3-8% de los embarazos y es una causa principal de morbilidad y mortalidad materna. Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) son una categoría más amplia, afectando hasta el 20% de los embarazos en EE. UU., con incidencia creciente. El ictus, o accidente cerebrovascular, es la segunda causa principal de muerte mundial, siendo el ictus asociado al embarazo (IAE) aquel que ocurre durante la gestación o puerperio temprano. Existe una evidencia creciente que destaca la PE y los THE como factores de riesgo significativos para el ictus, tanto de forma aguda como a largo plazo. Esta asociación redefine la PE no solo como una complicación temporal, sino como un marcador y posible contribuyente a la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular crónica a lo largo de la vida, exigiendo un manejo del riesgo a largo plazo

OBJETIVOS

El principal objetivo de este informe es sintetizar la evidencia científica reciente (2019-2025) sobre la asociación entre la preeclampsia y el ictus, destacando sus profundas implicaciones para el cuidado y la práctica de enfermería. Adicionalmente, busca contribuir a mejorar la atención materna y optimizar los resultados de las pacientes mediante una comprensión más profunda de esta correlación.

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo se basó en evidencia científica reciente (2019–2025) mediante revisión de estudios clave: revisiones sistemáticas, metaanálisis, cohortes observacionales y aleatorización mendeliana. Se evaluó el riesgo de ictus y complicaciones cardiovasculares tras preeclampsia, según subtipos de THE e ictus, y los mecanismos fisiopatológicos comunes. También se analizaron implicaciones para el cuidado enfermero: evaluación, monitorización, tratamiento, educación y trabajo en equipo.

RESULTADOS

La preeclampsia se asocia con un aumento de 2 veces en el riesgo futuro de ictus , y los THE están significativamente asociados con un mayor riesgo de cualquier ictus (RRa 1.74). Estudios de aleatorización mendeliana sugieren una asociación causal, indicando que la PE contribuye activamente al desarrollo del ictus. Este aumento del riesgo de ictus persiste por décadas post-parto (hasta 39 años) , y la PE también incrementa el riesgo de hipertensión crónica, hiperlipidemia y deterioro cognitivo.

La hipertensión crónica con preeclampsia superpuesta conlleva el mayor riesgo de ictus (RRa 3.86). La PE se asocia tanto con ictus isquémico (RRa 1.74) como hemorrágico (RRa 2.77). El riesgo de ictus hemorrágico aumenta progresivamente con el tiempo, mientras que el isquémico alcanza su punto máximo antes. Los mecanismos fisiopatológicos compartidos incluyen hipertensión, disfunción endotelial, inflamación sistémica, estrés oxidativo y predisposición genética.

Las enfermeras son cruciales en la identificación temprana de riesgos durante la atención prenatal (ej., monitoreo de PA, síntomas de PE grave). Su papel incluye una monitorización vigilante de signos vitales y neurológicos para detectar cambios sutiles. En el manejo, administran antihipertensivos y sulfato de magnesio. La profilaxis con aspirina a dosis bajas y la suplementación con calcio son intervenciones preventivas importantes. La educación al paciente sobre signos de alarma y riesgos cardiovasculares a largo plazo es fundamental, ya que muchas mujeres desconocen estos riesgos. Finalmente, la colaboración multidisciplinaria es esencial para una transición fluida de la atención y el manejo continuo del riesgo a largo plazo.

CONCLUSIONES

La evidencia científica reciente confirma una correlación significativa y persistente entre la preeclampsia/THE y un mayor riesgo de ictus a lo largo de la vida de la mujer, con un vínculo causal respaldado por nueva evidencia genética. Los perfiles de riesgo diferenciales para el ictus isquémico frente al hemorrágico, y entre los subtipos de THE, exigen estrategias de manejo matizadas. La fisiopatología subyacente, caracterizada por disfunción endotelial e inflamación persistente, ofrece objetivos clave para futuras intervenciones. El cuidado de enfermería es fundamental en todo el proceso, desde la identificación temprana del riesgo y el manejo agudo hasta la promoción de la salud cardiovascular a largo plazo y la facilitación de transiciones de atención. Se enfatiza la necesidad de mejorar el seguimiento posparto, la educación integral del paciente, la mitigación proactiva del riesgo, las competencias clínicas avanzadas y la colaboración multidisciplinaria para optimizar los resultados de salud materna a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leon J, et al. Preeclampsia and the Future Risk of Cardiovascular Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis.
2.Chen R, et al. Impact of Hypertensive Disorders of Pregnancy on the Risk of Stroke Stratified by Subtypes and Follow-Up Time.
3.Qu K, et al. Hypertensive disorders of pregnancy and stroke: a univariate and multivariate Mendelian randomization study.
4.Lackovic M, et al. Stroke vs. Preeclampsia: Dangerous Liaisons of Hypertension and Pregnancy.
5.Catov JM, et al. Hypertensive disorders of pregnancy and long-term risk of maternal stroke—a systematic review and meta-analysis.

Resumen: *La preeclampsia (PE), un trastorno hipertensivo del embarazo es un riesgo significativo de ictus materno, tanto agudo como a largo plazo. Este informe sintetiza la evidencia (2019-2025) sobre esta asociación, que persiste por décadas e incluye ictus isquémico y hemorrágico. La disfunción endotelial e inflamación subyacen a esta relación. El cuidado de enfermería es crucial para la evaluación temprana del riesgo, monitorización, intervenciones (antihipertensivos, magnesio, aspirina), educación y transición de la atención, mitigando el riesgo de ictus y mejorando la salud materna.*

Palabras Clave: *Preeclampsia - Ictus - Cuidado de Enfermería*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La preeclampsia (PE) es un trastorno multifactorial del embarazo que se manifiesta con hipertensión post-20 semanas de gestación, a menudo con proteinuria o disfunción orgánica. Afecta a un 3-8% de los embarazos y es una causa principal de morbilidad y mortalidad materna. Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) son una categoría más amplia, afectando hasta el 20% de los embarazos en EE. UU., con incidencia creciente. El ictus, o accidente cerebrovascular, es la segunda causa principal de muerte mundial, siendo el ictus asociado al embarazo (IAE) aquel que ocurre durante la gestación o puerperio temprano. Existe una evidencia creciente que destaca la PE y los THE como factores de riesgo significativos para el ictus, tanto de forma aguda como a largo plazo. Esta asociación redefine la PE no solo como una complicación temporal, sino como un marcador y posible contribuyente a la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular crónica a lo largo de la vida, exigiendo un manejo del riesgo a largo plazo.

Objetivos:

El principal objetivo de este informe es sintetizar la evidencia científica reciente (2019-2025) sobre la asociación entre la preeclampsia y el ictus, destacando sus profundas implicaciones para el cuidado y la práctica de enfermería. Adicionalmente, busca contribuir a mejorar la atención materna y optimizar los resultados de las pacientes mediante una comprensión más profunda de esta correlación.

Material y Método:

Este trabajo se basó en evidencia científica reciente (2019–2025) mediante revisión de estudios clave: revisiones sistemáticas, metaanálisis, cohortes observacionales y aleatorización mendeliana. Se evaluó el riesgo de ictus y complicaciones cardiovasculares tras preeclampsia, según subtipos de THE e ictus, y los mecanismos fisiopatológicos comunes. También se analizaron implicaciones para el cuidado enfermero: evaluación, monitorización, tratamiento, educación y trabajo en equipo.

Resultados:

La preeclampsia se asocia con un aumento de 2 veces en el riesgo futuro de ictus, y los THE están significativamente asociados con un mayor riesgo de cualquier ictus (RRa 1.74). Estudios de aleatorización mendeliana sugieren una asociación causal, indicando que la PE contribuye activamente al desarrollo del ictus. Este aumento del riesgo de ictus persiste por décadas postparto (hasta 39 años) , y la PE también incrementa el riesgo de hipertensión crónica, hiperlipidemia y deterioro cognitivo.

La hipertensión crónica con preeclampsia superpuesta conlleva el mayor riesgo de ictus (RRa 3.86). La PE se asocia tanto con ictus isquémico (RRa 1.74) como hemorrágico (RRa 2.77). El riesgo de ictus hemorrágico aumenta progresivamente con el tiempo, mientras que el isquémico alcanza su punto máximo antes. Los mecanismos fisiopatológicos compartidos incluyen hipertensión, disfunción endotelial, inflamación sistémica, estrés oxidativo y predisposición genética.

Las enfermeras son cruciales en la identificación temprana de riesgos durante la atención prenatal (ej., monitoreo de PA, síntomas de PE grave). Su papel incluye una monitorización vigilante de signos vitales y neurológicos para detectar cambios sutiles. En el manejo, administran antihipertensivos y sulfato de magnesio. La profilaxis con aspirina a dosis bajas y la suplementación con calcio son intervenciones preventivas importantes. La educación al paciente sobre signos de alarma y riesgos cardiovasculares a largo plazo es fundamental, ya que muchas mujeres desconocen estos riesgos. Finalmente, la colaboración multidisciplinaria es esencial para una transición fluida de la atención y el manejo continuo del riesgo a largo plazo.

Conclusiones:

La evidencia científica reciente confirma una correlación significativa y persistente entre la preeclampsia/THE y un mayor riesgo de ictus a lo largo de la vida de la mujer, con un vínculo causal respaldado por nueva evidencia genética. Los perfiles de riesgo diferenciales para el ictus isquémico frente al hemorrágico, y entre los subtipos de THE, exigen estrategias de manejo matizadas. La fisiopatología subyacente, caracterizada por disfunción endotelial e inflamación persistente, ofrece objetivos clave para futuras intervenciones. El cuidado de enfermería es fundamental en todo el proceso, desde la identificación temprana del riesgo y el manejo agudo hasta la promoción de la salud cardiovascular a largo plazo y la facilitación de transiciones de atención. Se enfatiza la necesidad de mejorar el seguimiento posparto, la educación integral del paciente, la mitigación proactiva del riesgo, las competencias clínicas avanzadas y la colaboración multidisciplinaria para optimizar los resultados de salud materna a largo plazo.

Bibliografía

1. Leon J, et al. Preeclampsia and the Future Risk of Cardiovascular Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis.

2. Chen R, et al. Impact of Hypertensive Disorders of Pregnancy on the Risk of Stroke Stratified by Subtypes and Follow-Up Time.

3. Qu K, et al. Hypertensive disorders of pregnancy and stroke: a univariate and multivariate Mendelian randomization study.

4. Lackovic M, et al. Stroke vs. Preeclampsia: Dangerous Liaisons of Hypertension and Pregnancy.

5. Catov JM, et al. Hypertensive disorders of pregnancy and long-term risk of maternal stroke—a systematic review and meta-analysis.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 65

EVIDENCIA EN TU BOLSILLO:

códigos QR para estandarizar el cuidado de heridas mediante accesos inmediatos a protocolos de curas.

Perpiñán Sánchez, Laura
Antón Simarro, María

EVIDENCIA EN TU BOLSILLO

Códigos QR para estandarizar el cuidado de heridas mediante accesos inmediatos a protocolos de curas

Perpiñán Sánchez, Laura
Antón Simarro, María

INTRODUCCIÓN

- Problema: Existe una brecha entre la evidencia científica en el cuidado de heridas y la práctica clínica real (knowing-doing gap).
- Causa: Los protocolos son de difícil acceso en el "punto de cuidado", lo que genera variabilidad, curas subóptimas y aumento de costes.
- Solución Propuesta: Un sistema de códigos QR ("QR-Evidencia") que transforma los dispositivos móviles en herramientas de apoyo clínico para un acceso instantáneo a la información.

OBJETIVO

<u>Principal:</u> Diseñar un modelo de implementación de un sistema QR para facilitar el acceso inmediato a protocolos de cuidado de heridas y estandarizar la práctica.

<u>Secundarios</u>: Analizar barreras a la PBE, describir los beneficios del sistema y proponer una guía práctica de implementación.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa en las bases de datos científicas PubMed, CINAHL y Scielo, acotando la búsqueda a publicaciones de los últimos 10 años (2014-2024) para asegurar la actualidad de la evidencia. Los descriptores utilizados fueron "Knowledge Translation", "Evidence-Based Practice" y "Nursing Informatics".

RESULTADOS

QR-EVIDENCIA

PASO 1 Crear un Repositorio de Eviencia

Organizar en la nube formatos de microaprendizaje:
- Infografías
- Algoritmos
- Vídeos

PASO 2 Generar códigos QR

- Usar generadores en línea
- Un QR por cada recurso

MEJORA CONTINUA

PASO 3 Despliegue estratégico

Imprimir y Plastificar
Ubicaciones clave:
- Carro de curas
- Almacén
- Aislamientos
- Sala de trabajo

PASO 3 Formación y Evaluación

Sesiones formativas
Evaluación:
- Encuestas
- Auditorías
- Análisis de costes

DISCURSIÓN/APLICACIÓN

El sistema "QR-Evidencia" transforma el dispositivo móvil personal o corporativo, en una herramienta de apoyo a la decisión clínica:

1. Estandarización del Cuidado: minimiza la variabilidad y asegura un estándar de calidad.
2. Empoderamiento Profesional: aumenta la seguridad y autonomía, especialmente en personal novel.
3. Optimización de Recursos: reduce el tiempo de búsqueda y previene errores.
4. Innovación Eficiente: demuestra que la mejora de la calidad no siempre requiere grandes costes.

CONCLUSIÓN

La brecha evidencia-práctica no se cierra con más protocolos, sino con un mejor acceso a ellos.
El sistema "QR-Evidencia" es una estrategia pragmática y de alto impacto para integrar la ciencia en el cuidado diario.
Facilita una práctica enfermera más segura, eficiente y rigurosamente científica.

SCAN ME

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: *La dificultad para acceder a los protocolos de curas genera una brecha entre la evidencia y la práctica, causando variabilidad y comprometiendo la seguridad del paciente. Basado en una revisión bibliográfica de los últimos 10 años, se diseñó el modelo "QR-Evidencia".*

Este sistema de bajo coste utiliza códigos QR para transformar dispositivos móviles en herramientas de apoyo clínico, ofreciendo acceso inmediato a pie de cama a protocolos en formatos de micro aprendizaje (infografías, vídeos).

El objetivo es estandarizar el cuidado, empoderar al profesional y optimizar la seguridad, integrando la ciencia en la práctica diaria de forma eficiente.

Palabras Clave: *Knowledge Translation - Evidence-Based Practice - Nursing Informatics*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La Práctica Basada en la Evidencia (PBE) constituye el eje vertebrador de la enfermería como promotora de cuidados seguros y eficaces. Sin embargo, existe una brecha entre la evidencia disponible y la práctica clínica real, fenómeno conocido como *knowing-doing gap.*

Los protocolos y guías basadas en la evidencia, almacenados en formato físico o intranets de difícil acceso, no son consultados en el momento de tomar decisiones, ya que su acceso suele ser poco ágil. Esto genera una variabilidad en la práctica asistencial, curas subóptimas, retraso en la curación y mayores costes, representando un desafío para la seguridad del paciente y la estandarización de cuidados. Por ello, es necesario desarrollar estrategias que trasladen la evidencia científica al "punto de cuidado", al lugar y momento donde se toman decisiones.

Este trabajo propone un modelo innovador, de bajo coste y alto impacto para cerrar esta brecha: un sistema de acceso a la información mediante códigos QR (QR-Evidencia). Usando dispositivos móviles como herramientas de apoyo clínico, obtendremos un recurso práctico e inmediato que permita acceder a la información "a pie de cama", tomando decisiones informadas, seguras y homogéneas y garantizando el acceso inmediato a la mejor evidencia disponible.

Objetivos:

• **Objetivo Principal:** Diseñar un modelo de acceso a la información clínica mediante códigos QR para facilitar el acceso inmediato, en el punto de atención, a protocolos de cuidados de heridas, mejorando la adherencia y la estandarización de la práctica enfermera en unidades de hospitalización.

• **Objetivos Secundarios:**

• Analizar las barreras para la aplicación de la PBE en el cuidado de heridas.

• Describir los beneficios potenciales del sistema en términos de estandarización del cuidado, seguridad del paciente y formación continua del personal.

• Proponer una guía práctica para el desarrollo e implementación del sistema en cualquier unidad de hospitalización.

Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa de los últimos 10 años en las bases de datos científicas PubMed, CINAHL y Scielo, (2014-2024). Los descriptores utilizados fueron "Knowledge Translation", "Evidence-Based Practice" y "Nursing Informatics".

La propuesta se fundamenta en los principios de la Ciencia de la Implementación, que busca optimizar la adopción de PBE y en la necesidad de proporcionar información clínica concisa en el punto de cuidado para facilitar su uso. A partir de la síntesis de la literatura, se ha diseñado un modelo de implementación pragmático y estructurado.

Resultados:

1. Creación del Repositorio de Evidencia:

• Acción: crear una carpeta en un servicio en la nube o en la propia intranet del hospital accesible al personal.

• Contenido: se prioriza el formato de micro aprendizaje para una consulta rápida y eficaz:

  • Infografías: guías visuales de una sola página (ej. "Herida quirúrgica infectada").

  • Algoritmos de decisión: diagramas de flujo para la toma de decisiones (ej. "¿Hay tejido necrótico? SÍ/NO -> Desbridante X").

  • Vídeos cortos: vídeos de 1-2 minutos mostrando una técnica específica (ej. "Aplicación correcta del vendaje compresivo").

2. Generación de los Códigos QR:

• Acción: utilizar generadores de QR gratuitos online. Cada enlace a un PDF, vídeo o algoritmo tendrá su propio QR.

3. Despliegue Estratégico de los QR

• Acción: Imprimir y plastificar los QR y colocarlos en lugares de máxima visibilidad y utilidad.

• Ubicaciones clave:

• Carro de curas: llavero o panel con los 10-15 QR más frecuentes.

• Almacén de material: junto a la caja de apósitos específicos, el QR que enlaza a su modo de uso.

• Habitaciones de aislamiento: QR en la puerta con la cura.

• Sala de trabajo: póster grande con todos los QR disponibles. Es decir, la matriz completa de QR.

4. Formación y Evaluación

• Acción: sesión formativa para el personal sobre cómo usar el sistema (escanear con el móvil). El sistema se integra en los programas de acogida para nuevo personal y estudiantes, fomentando una cultura de consulta proactiva y segura.

• Evaluación: medir el impacto mediante encuestas de satisfacción al personal, auditorías de historias clínicas (para ver si mejora el registro y la adecuación de las curas) o análisis de costes.

Discusión:

El sistema "QR-Evidencia" transforma el dispositivo móvil personal o corporativo, a menudo una fuente de distracción, en una herramienta de apoyo a la decisión clínica. Las implicaciones para la práctica son:

• Estandarización del Cuidado: minimiza la variabilidad interprofesional, asegurando que todos los pacientes reciban un cuidado homogéneo y basado en el mejor estándar disponible.

• Empoderamiento Profesional: aumenta la seguridad y autonomía, especialmente en personal novel, estudiantes o profesionales en rotación, que disponen de un acceso inmediato a la información validada.

• Optimización de Recursos: reduce el tiempo invertido en buscar información y previene errores y eventos adversos asociados al desconocimiento de protocolos.

• Innovación eficiente: demuestra que la mejora de la calidad asistencial no siempre depende de costosas implementaciones tecnológicas, sino de soluciones inteligentes, escalables y centradas en las necesidades reales del personal de enfermería.

Conclusiones:

La superación de la brecha entre la evidencia científica y la práctica clínica es un reto fundamental para la enfermería del siglo XXI que no se cierra con más protocolos, sino con un mejor acceso a ellos. La implementación de un sistema "QR-Evidencia" representa una estrategia pragmática, coste-efectiva y de alto impacto para integrar la ciencia en el cuidado diario. Este modelo facilita que cada decisión tomada a pie de cama esté respaldada por el conocimiento más actualizado, avanzando hacia una práctica enfermera más segura, eficiente y rigurosamente científica.

Bibliografía

1. Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. J R Soc Med [Internet]. 2011;104(12):510–20. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180.

2. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci [Internet]. 2009;4(1):50. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

3. O'Connor S, Andrews T. Smartphones and mobile applications (apps) in clinical nursing education: A student perspective. Nurse Educ Today [Internet]. 2018;69:172–8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2018.07.013

4. Zlamal J, Roth Gjevjon E, Fossum M, Trygg Solberg M, Steindal SA, Strandell-Laine C, et al. Technology-supported guidance models stimulating the development of critical thinking in clinical practice: Mixed methods systematic review. JMIR Nurs [Internet]. 2022;5(1):e37380. Disponible en: http://dx.doi.org/10.2196/37380

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 66

Evitando la sobremedicación en centro residencial de personas con discapacidad intelectual

Camacho Sánchez, Ana María.

Evitando la sobremedicación en centro residencial de personas con discapacidad intelectual

AUTOR: Camacho Sanchez, Ana Maria

INTRODUCCIÓN

Dentro del grupo poblacional de personas con discapacidad y del desarrollo (PCDID) es muy común la sobremedicación sobre todo por temas de salud mental. Es importante un control rutinario de tratamientos farmacológicos para evitar la sobremedicación, cronificación de medicaciones y los efectos perjudiciales derivados de esto para la salud de las personas.

El **objetivo principal** de nuestro trabajo es describir las medidas llevadas a cabo para evitar la sobremedicación de PCDID dentro de un centro residencial. Mostrando a su vez la disminución de medicación dentro de la muestra poblacional en un intervalo de 2 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio observacional – descriptivo, transversal y retrospectivo. Sobre el número de medicaciones disminuidas y eliminadas en una muestra poblacional de 32 PCDID, residentes en nuestro centro. En un intervalo de 2 años *(abril 2023 – abril 2025*). Describiendo a su vez las medidas llevadas a cabo en el centro para el control de tratamientos farmacológicos

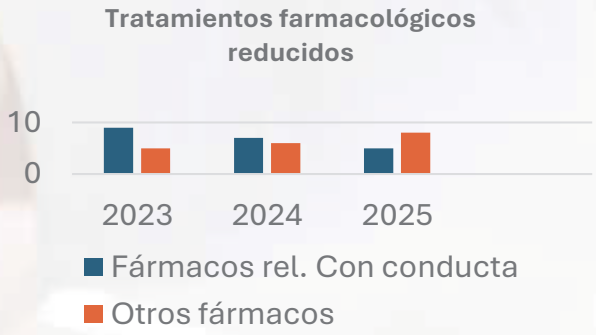
La población diana de nuestro estudio son los profesionales sanitarios.

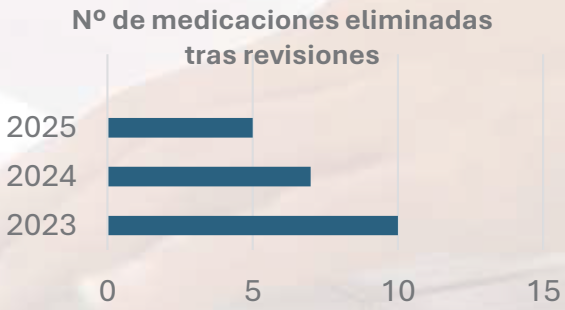
Palabras clave: Polifarmacia (*Polypharmacy*), Discapacidad intelectual (*Intellectual Disability) y* Prevención de Enfermedades *(Disease Prevention)*.

RESULTADOS

Exponemos las medidas realizadas desde la consulta de enfermería trabajando en equipo con médico y psicología del centro:

- **Revisión anual de tratamientos farmacológicos,** filtrando las medicaciones candidatas a reducir o eliminar.
- **Reuniones periódicas con psicología del centro,** valorando las medicaciones cándidas a reducir o eliminar relacionadas con el estado conductual de la persona.
- **Analíticas sanguíneas periódicas** para el control y evolución de tratamientos dependientes de unos valores en sangre.
- **Revisión de tratamientos farmacológicos con especialistas,** mas frecuentemente con neurología y psiquiatría. Siempre valorando la disminución de medicación y dando indicaciones para ello.
- **Establecimiento de una fecha fin de tratamiento** siempre que se pueda en aquellos tratamientos farmacológicos agudos.
- **Evaluación mensual** por enfermería de medicaciones que en un primer momento no se puede establecer dicha fecha fin, realizar un seguimiento, para evitar olvidos y que se cronifique.





CONCLUSIONES

A pesar de que la muestra poblacional no es muy significativa, podemos concluir que las medidas adoptadas para el control de tratamientos farmacológicos fueron efectivas. En 2023 el número de medicaciones reducidas y eliminadas fue mayor respecto a otros años. Ya que fue el primer año de implementación de medidas. Los resultados en los primeros meses de 2025 también están siendo positivos.

Por lo que se puede considerar que, dichas medidas podrían extrapolarse a poblaciones más grandes con resultados muy positivos para evitar la sobremedicación tan común dentro de las PCDID además de los efectos derivados de ella.

BIBLIOGRAFIA

1. Jiménez Cubero M., Aguilar Noguera V., Pol Viedma V., Mata García G., Crespo Valera S., Martínez Granados F. et al . Seguimiento de las recomendaciones sobre psicofarmacología y su repercusión conductual en la discapacidad intelectual. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2013 Sep [citado 2025 Jun 13] ; 33(119): 479-495. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352013000300002&lng=es. https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000300002.

2. Plena Inclusión. La sobremedicación, el diagnóstico, problemas bucodentales y obesidad, principales problemas de salud de las personas con discapacidad intelectual [Internet]. 2016. Consultado en abril 2025. Disponible en: https://www.plenainclusion.org/noticias/la-sobremedicacion-el-diagnostico-problemas-bucodentales-y-obesidad-principales-problemas-de-salud-de-las-personas-con-discapacidad-intelectual/

3. World Psychiatric Association (WPA). Grupo de trabajo: Sección de Psiquiatría de la Discapacidad Intelectual (SPID). Problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual Directrices internacionales para el uso de medicamentos [Internet]. versión en español. Disponible en http://www.peremata.com/resource/58L_problemas.pdf

Resumen: *Entre las personas con discapacidad y del desarrollo (PCDID) es muy frecuente la sobremedicación relacionada con la salud mental. Resulta fundamental realizar un control rutinario de los tratamientos farmacológicos para evitar los efectos negativos derivados de la polifarmacia. Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo sobre el número de medicaciones disminuidas y eliminadas en un centro residencial durante un periodo de dos años. Asimismo, se describen las medidas implementadas para el control farmacológico. Los resultados muestran un impacto positivo tanto en la adecuación de los tratamientos como en la salud de las personas atendidas.*

Palabras Clave: *Polifarmacia (Polypharmacy) -Discapacidad intelectual (Intellectual Disability) -Prevención de Enfermedades (Disease Prevention)*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Dentro del grupo poblacional de personas con discapacidad y del desarrollo (PCDID) es muy común la sobremedicación sobre todo por temas de salud mental. Es importante un control rutinario de tratamientos farmacológicos para evitar la sobremedicación, cronificación de medicaciones y los efectos perjudiciales derivados de esto para la salud de las personas.

El **objetivo principal** de nuestro trabajo es describir las medidas llevadas a cabo para evitar la sobremedicación de PCDID dentro de un centro residencial. Mostrando a su vez la disminución de medicación dentro de la muestra poblacional en un intervalo de 2 años.

Material y Método:

Realizamos un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Sobre el número de medicaciones disminuidas y eliminadas en una muestra poblacional de 32 PCDID residentes en nuestro centro. En un intervalo de 2 años (abril 2023 – abril 2025). Describiendo las medidas llevadas a cabo en el centro para el control de tratamientos farmacológicos. La población diana de nuestro estudio son los profesionales sanitarios.

Resultados:

Exponemos las medidas realizadas desde la consulta de enfermería trabajando en equipo con médico y psicología del centro:

• Revisión anual de tratamientos farmacológicos, filtrando las medicaciones candidatas a reducir o eliminar.

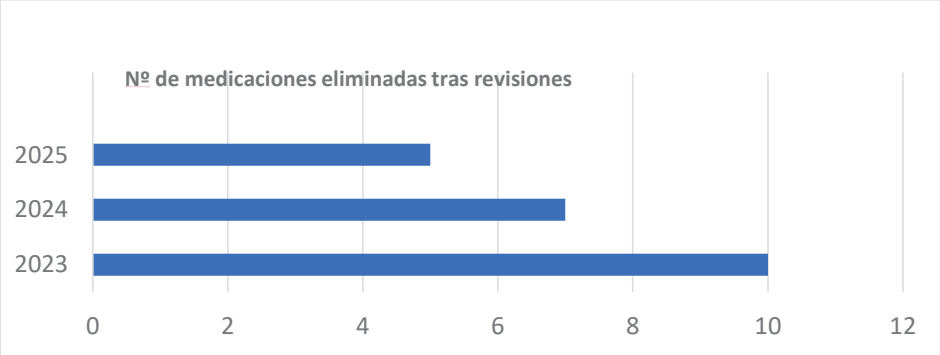
• Reuniones periódicas con psicología del centro, valorando las medicaciones candidatas a reducir o eliminar relacionadas con el estado conductual de la persona.

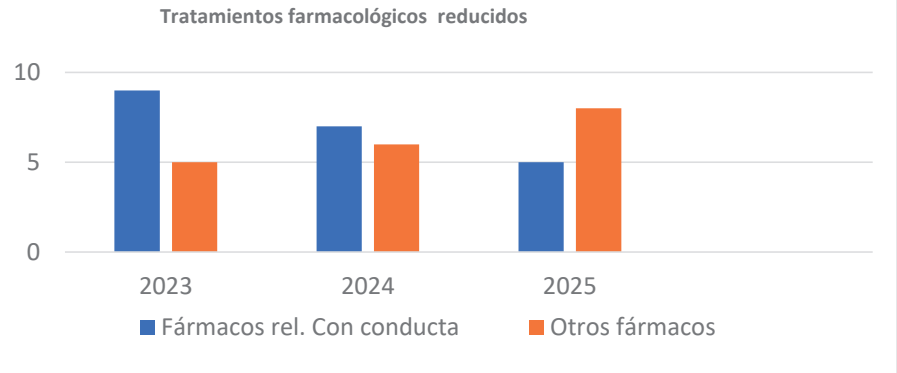
• Analíticas sanguíneas periódicas para el control y evolución de tratamientos dependientes de unos valores en sangre.

• Revisión de tratamientos farmacológicos con especialistas, más frecuentemente con neurología y psiquiatría. Siempre valorando la disminución de medicación y dando indicaciones para ello.

• Establecimiento de una fecha fin de tratamiento siempre que se pueda en aquellos tratamientos farmacológicos agudos.

• Evaluación mensual por enfermería de medicaciones que en un primer momento sin fecha de finalización, inicialmente establecida con el objetivo de evitar olvidos y cronificación.





Conclusiones:

A pesar de que la muestra poblacional no es muy significativa, podemos concluir que las medidas adoptadas para el control de tratamientos farmacológicos fueron efectivas. En 2023 el número de medicaciones reducidas y eliminadas fue mayor respecto a otros años. Ya que fue el primer año de implementación de medidas. Los resultados en los primeros meses de 2025 también están siendo positivos.

Por lo que se puede considerar que, dichas medidas podrían extrapolarse a poblaciones más grandes con resultados muy positivos para evitar la sobremedicación tan común dentro de las PCDID además de los efectos derivados de ella.

Bibliografía

1. Jiménez Cubero M, Aguilar Noguera V, Pol Viedma V, Mata García G, Crespo Valera S, Martínez Granados F, et al. Seguimiento de las recomendaciones sobre psicofarmacología y su repercusión conductual en la discapacidad intelectual. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2013;33(119):479-495.

2. Plena Inclusión. La sobremedicación, el diagnóstico, problemas bucodentales y obesidad como principales problemas de salud en personas con discapacidad intelectual. Madrid: Plena Inclusión; 2016.

3. World Psychiatric Association. Problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual: directrices internacionales para el uso de medicamentos. Sección de Psiquiatría de la Discapacidad Intelectual. Versión en español.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 67

Evolución de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (Ela) en los últimos dos años: avances y desafíos

Jañez Casas, Rebeca
Jañez Casas, Sergio

EVOLUCIÓN DE LA ESCLEROSIS LAEVOLUCIÓN DE LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS: AVANCES Y DESAFÍOS

JAÑEZ CASAS REBECA, JÁÑEZ CASAS SERGIO
XV CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) ES UNA ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA PROGRESIVA QUE AFECTA LAS NEURONAS MOTORAS, LLEVANDO A UNA DEBILIDAD MUSCULAR Y EVENTUAL PARÁLISIS. ESTE TRABAJO REVISA LOS AVANCES EN LA COMPRENSIÓN DE LA ELA Y LAS NUEVAS TERAPIAS DESARROLLADAS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS. SE ANALIZAN LOS MECANISMOS PATOGÉNICOS, LAS INNOVACIONES EN EL DIAGNÓSTICO Y LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO EMERGENTES. LOS RESULTADOS SUGIEREN QUE, AUNQUE SE HAN LOGRADO PROGRESOS SIGNIFICATIVOS, AÚN EXISTEN DESAFÍOS IMPORTANTES EN EL MANEJO DE ESTA ENFERMEDAD. LAS CONCLUSIONES DESTACAN LA NECESIDAD DE INVESTIGACIONES CONTINUAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES.

INTRODUCCIÓN

LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA ES UNA ENFERMEDAD DEVASTADORA QUE AFECTA A MILLONES DE PERSONAS EN TODO EL MUNDO. A PESAR DE SU GRAVEDAD, EN LOS ÚLTIMOS AÑOS HA HABIDO UN AUMENTO SIGNIFICATIVO EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE SU FISIOPATOLOGÍA Y TRATAMIENTO. ESTA REVISIÓN SE CENTRA EN LOS AVANCES LOGRADOS EN COMPRENSIÓN Y MANEJO DE LA ELA DESDE 2022.

PALABRAS CLAVE

- ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS)
- TERAPIAS EMERGENTES (EMERGING THERAPIES)
- PATOGÉNESIS (PATHOGENESIS)

OBJETIVOS

EL OBJETIVO PRINCIPAL DE ESTA REVISIÓN ES EVALUAR LOS HALLAZGOS RECIENTES SOBRE LA PATOGÉNESIS DE LA ELA Y LAS NUEVAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS QUE HAN SURGIDO, ASÍ COMO SU IMPACTO POTENCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE.

METODOLOGÍA

SE REALIZÓ UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA UTILIZANDO BASES DE DATOS COMO PUBMED, SCOPUS Y WEB OF SCIENCE PARA IDENTIFICAR ESTUDIOS PUBLICADOS ENTRE 2022 Y 2024 RELACIONADOS CON LA ELA. SE INCLUYERON REVISIONES CLÍNICAS, ENSAYOS CLÍNICOS Y ESTUDIOS EXPERIMENTALES RELEVANTES QUE ABORDARON TANTO ASPECTOS PATOGÉNICOS COMO TERAPÉUTICOS.

RESULTADOS

LOS ESTUDIOS RECIENTES HAN IDENTIFICADO NUEVOS BIOMARCADORES QUE PODRÍAN FACILITAR UN DIAGNÓSTICO MÁS TEMPRANO DE ELA, ASÍ COMO AVANCES EN EL ENTENDIMIENTO DEL PAPEL DEL MICROAMBIENTE CELULAR EN SU PROGRESIÓN. EN CUANTO A LAS TERAPIAS, SE HAN DESARROLLADO TRATAMIENTOS INNOVADORES COMO EL TOFERSEN, UN FÁRMACO ANTISENSE QUE HA MOSTRADO PROMESAS EN PACIENTES CON ELA RELACIONADA CON MUTACIONES DEL GEN SOD1. ADEMÁS, ENFOQUES COMO LA TERAPIA GÉNICA ESTÁN EMPEZANDO A MOSTRAR RESULTADOS ALENTADORES EN MODELOS PRECLÍNICOS.

CONCLUSION

A PESAR DE LOS AVANCES SIGNIFICATIVOS EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA ELA DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS, AÚN QUEDA MUCHO POR HACER PARA MEJORAR EL PRONÓSTICO Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES AFECTADOS. LAS NUEVAS TERAPIAS EMERGENTES OFRECEN ESPERANZA, PERO ES ESENCIAL CONTINUAR CON INVESTIGACIONES ROBUSTAS PARA VALIDAR ESTOS ENFOQUES Y OPTIMIZAR SU APLICACIÓN CLÍNICA.

BIBLIOGRAFIA

BROWN RH JR., AL-CHALABI A. AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS. N ENGL J MED. 2017;377(2):162-72.

RAVITS J, ET AL. AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS: A DISEASE OF THE MOTOR NEURON AND ITS ENVIRONMENT. NAT REV NEUROL. 2023;19(4):203-17.

MILLER RG, ET AL. RILUZOLE FOR AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE EVIDENCE AND RECOMMENDATIONS FOR USE IN CLINICAL PRACTICE. MUSCLE NERVE. 2022;65(4):486-93.

OSKARSSON B, ET AL. AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS: MECHANISMS AND THERAPEUTIC STRATEGIES. NAT REV NEUROL. 2022;18(5):309-24.

TOFERSEN FOR SOD1-ALS: RESULTS FROM A PHASE 3 TRIAL AND LONG-TERM EXTENSION STUDY IN AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS PATIENTS WITH SOD1 MUTATIONS [ABSTRACT]. NEUROLOGY 2024;102(8):E1234-E1245.

Resumen: *La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que afecta las neuronas motoras, llevando a una debilidad muscular y eventual parálisis. Este trabajo revisa los avances en la comprensión de la ELA y las nuevas terapias desarrolladas en los últimos dos años. Se analizan los mecanismos patogénicos, las innovaciones en el diagnóstico y las opciones de tratamiento emergentes. Los resultados sugieren que, aunque se han logrado progresos significativos, aún existen desafíos importantes en el manejo de esta enfermedad. Las conclusiones destacan la necesidad de investigaciones continuas para mejorar la calidad de vida de los pacientes.*

Palabras Clave: *Esclerosis lateral amiotrófica (Amyotrophic Lateral Sclerosis)- Terapias emergentes (Emerging Therapies) - Patogénesis (Pathogenesis)*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad devastadora que afecta a millones de personas en todo el mundo. A pesar de su gravedad, en los últimos años ha habido un aumento significativo en la investigación sobre su fisiopatología y tratamiento. Esta revisión se centra en los avances logrados en comprensión y manejo de la ELA desde 2022.

Objetivos:

El objetivo principal de esta revisión es evaluar los hallazgos recientes sobre la patogénesis de la ELA y las nuevas intervenciones terapéuticas que han surgido, así como su impacto potencial en la calidad de vida del paciente.

Material y Método:

Se realizó una revisión sistemática utilizando bases de datos como PubMed, Scopus y Web of Science para identificar estudios publicados entre 2022 y 2024 relacionados con la ELA. Se incluyeron revisiones clínicas, ensayos clínicos y estudios experimentales relevantes que abordaron tanto aspectos patogénicos como terapéuticos.

Resultados:

Los estudios recientes han identificado nuevos biomarcadores que podrían facilitar un diagnóstico más temprano de ELA, así como avances en el entendimiento del papel del microambiente celular en su progresión. En cuanto a las terapias, se han desarrollado tratamientos innovadores como el tofersen, un fármaco antisense que ha mostrado promesas en pacientes con ELA relacionada con mutaciones del gen SOD1. Además, enfoques como la terapia génica están empezando a mostrar resultados alentadores en modelos preclínicos.

Conclusiones:

A pesar de los avances significativos en la investigación sobre la ELA durante los últimos dos años, aún queda mucho por hacer para mejorar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes afectados. Las nuevas terapias emergentes ofrecen esperanza, pero es esencial continuar con investigaciones robustas para validar estos enfoques y optimizar su aplicación clínica.

Bibliografía

1. Brown RH Jr., Al-Chalabi A. Amyotrophic lateral sclerosis. N Engl J Med. 2017;377(2):162-72.

2. Ravits J, et al. Amyotrophic lateral sclerosis: a disease of the motor neuron and its environment. Nat Rev Neurol. 2023;19(4):203-17.

3. Miller RG, et al. Riluzole for amyotrophic lateral sclerosis: a systematic review of the evidence and recommendations for use in clinical practice. Muscle Nerve. 2022;65(4):486-93.

4. Oskarsson B, et al. Amyotrophic lateral sclerosis: mechanisms and therapeutic strategies. Nat Rev Neurol. 2022;18(5):309-24.

5. Tofersen for SOD1-ALS: results from a phase 3 trial and long-term extension study in amyotrophic lateral sclerosis patients with SOD1 mutations [abstract]. Neurology 2024;102(8):e1234-e1245.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 68

Fibrólisis diacutánea como tratamiento del síndrome del túnel carpiano.

Gómez Artillo, Cristina

FIBRÓLISIS DIACUTÁNEA COMO TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

CRISTINA GÓMEZ ARTILLO

INTRODUCCIÓN

El síndrome del túnel carpiano es una mononeuropatía focal que se produce por la compresión del nervio mediano por los tejidos blandos de alrededor. Se estima que lo padecen entre el 6.3% y el 11.7% de la población.

Su tratamiento suele ser quirúrgico, pero se podría evitar con un correcto tratamiento de fisioterapia.

La fibrólisis diacutánea es una técnica que se realiza con la ayuda de un instrumento de acero con forma de gancho que tracciona levemente los tejidos blandos (miofascia, aponeurosis, tendones, ligamentos y tejidos cicatriciales). Se basa en la técnica de Cyriax y reduce la carga nerviosa y mejora la movilidad neural, preservando la integridad de la piel.

OBJETIVO: Analizar los efectos de la técnica de fibrólisis diacutánea como tratamiento de la sintomatología provocada por el síndrome del túnel carpiano.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una estrategia de búsqueda en las principales bases de datos de ciencias de la salud, empleando los términos *"diacutaneous fibrolysis"* y *"carpal tunnel syndrome"*.

ESTUDIO	Intervención	Variables analizadas	Resultados en fibrólisis diacutánea
Jiménez del Barrio *et al. (2018)*	5 sesiones de fibrólisis diacutánea de 20 minutos cada una en la musculatura ventral del antebrazo. El grupo control recibe terapia simulada.	Síntomas nocturnos Capacidad funcional (escala DASH) Velocidad de conducción nerviosa Latencia de conducción motora	Estadísticamente superior tras el tratamiento y un mes después respecto al grupo control.
Jiménez del Barrio *et al. (2021)*		Mecanosensibilidad (neurodinamia) Gravedad de los síntomas Capacidad funcional (escala Boston) Velocidad de conducción nerviosa sensitiva	La aplicación del tratamiento aportó mejoras estadísticamente significativas en todas las variables respecto al grupo control.
Jiménez del Barrio *et al. (2022)*		Área de superficie corporal: nervio mediano Espesor del ligamento carpiano transversal Nivel de entumecimiento (escala EVA) Percepción global del cambio del paciente (escala GROC)	Diferencias estadísticamente significativas en todas las variables del grupo de fibrolisis respecto al control.
Hernández Secorún *et al. (2024)*	3 sesiones de 20 minutos. El grupo control realiza terapia convencional.	Capacidad funcional (escala Boston) Dolor (escala EVA) Fuerza de agarre Umbral sensorial mecánico Mecanosensibilidad (neurodinamia)	Resultados superiores en todas las variables excepto en la fuerza de agarre que el grupo de fibrólisis no fue estadísticamente superior al control.

CONCLUSIÓN

Los resultados analizados indican que la fibrólisis diacutánea es beneficiosa para mejorar el dolor, la capacidad funcional, la mecanosensibilidad, la velocidad de conducción nerviosa, el grosor de los tejidos blandos y la kinesiofobia. No es más efectivo que el tratamiento convencional en la mejora de la fuerza de agarre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández-Secorún, M.; Abenia-Benedí, H.; Lucha-López, M.O.; Durán-Serrano, M.; Hamam-Alcober, J.S.; Krauss, J.; Hidalgo-García, C. How Does Nerve Mechanical Interface Treatment Impact Pre-Surgical Carpal Tunnel Syndrome Patients? A Randomized Controlled Trial. *J. Pers. Med.* 2024, *14*, 801. 2. Jiménez-del-Barrio, S.; Ceballos-Laita, L.; Bueno-Gracia, E.; Rodríguez-Marco, S.; Caudevilla-Polo, S.; Estébanez-de-Miguel, E. Diacutaneous Fibrolysis Intervention in Patients with Mild to Moderate Carpal Tunnel Syndrome May Avoid Severe Cases in Elderly: A Randomized Controlled Trial. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, *19*, 10983. 3. Jiménez-del-Barrio, S.; Ceballos-Laita, L.; Bueno-Gracia, E.; Rodríguez-Marco, S.; Haddad-Garay, M.; Estébanez-de-Miguel, E. Effects of Diacutaneous Fibrolysis on Mechanosensitivity, Disability, and Nerve Conduction Studies in Mild to Moderate Carpal Tunnel Syndrome: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Physical therapy*, 2021; *101*(2). 4. Jiménez-Del Barrio S, Estébanez-de Miguel E, Bueno-Gracia E, Haddad-Garay M, Tricás-Moreno JM, Hidalgo-García C. Effects of diacutaneous fibrolysis in patients with mild to moderate symptomatic carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation. 2018;32(12):1645-1655.

Resumen: *El síndrome del túnel carpiano se produce por atrapamiento del nervio mediano entre los tejidos blandos del antebrazo, provocando dolor, entumecimiento y adormecimiento de los dedos. Para analizar el efecto de un tratamiento con fibrólisis diacutánea en este síndrome se realizó una revisión sistemática. Como conclusión se mostró efectividad del tratamiento en las diferentes variables analizadas como el dolor, la capacidad funcional, la mecanosensibilidad y el grosor de los tejidos blandos afectados.*

Palabras Clave: *Síndrome del túnel carpiano - Modalidades de fisioterapia - Terapia de liberación miofascial*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El síndrome del túnel carpiano constituye el 90% de todos los casos de neuropatía. Por ello, es la mononeuropatía focal más prevalente. Se estima que la padecen entre el 6.3% y el 11.7% de la población. Su sintomatología incluye dolor, entumecimiento y alteración de la sensibilidad en los dedos de la mano.

El síndrome se provoca por la compresión del nervio mediano en su paso por el túnel carpiano, sin embargo, los cambios biomecánicos y la fibrosis en los tejidos blandos podrían empeorar esta patología.

El tratamiento quirúrgico es muy frecuente y costoso, y normalmente tiene un retraso de más de 5 meses. Durante la espera al tratamiento quirúrgico, la mayoría de los pacientes no reciben tratamiento alguno de fisioterapia. Si estos pacientes recibieran un tratamiento conservador, podrían reducir su sintomatología e incluso eliminar la necesidad de someterse a la liberación quirúrgica del túnel carpiano.

Dentro del tratamiento posible de fisioterapia en este síndrome se encuentra la fibrólisis diacutánea. La técnica se realiza con la ayuda de un instrumento de acero con forma de gancho que tracciona levemente de los tejidos blandos (miofascia, aponeurosis, tendones, ligamentos y tejidos cicatriciales). Tratamiento basado en la técnica de Cyriax, trabaja los tejidos blandos de alrededor de la interfaz mecánica nerviosa, reduciendo la carga nerviosa y mejorando su movilidad, preservando la integridad de la piel.

Objetivos:

Analizar los efectos de la técnica de fibrolisis diacutánea como tratamiento de la sintomatología provocada por el síndrome del túnel carpiano.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda en abanico en las principales bases de datos de ciencias de la salud. Se emplearon los términos “diacutaneous fibrolysis” y “carpal tunnel syndrome”. En esta estrategia de búsqueda se pretendía encontrar estudios que aportaran información a la revisión acerca del

efecto de aplicar un tratamiento de fibrólisis diacutánea en pacientes que estén diagnosticados de síndrome del túnel carpiano.

Resultados:

4 estudios fueron seleccionados para formar parte de esta revisión sistemática.

En 2018, Jiménez del Barrio et al. publicaron un estudio en el que aplicaban fibrólisis diacutánea a pacientes diagnosticados de síndrome del túnel carpiano. Para comprobar la efectividad del tratamiento, solo lo aplicaron a la mitad de los pacientes, mientras que la otra mitad recibió un tratamiento simulado. Los 72 participantes recibieron un total de 5 sesiones de tratamiento de 20 minutos cada una. A los que se le aplicó el tratamiento real, se le gancheó la musculatura ventral del antebrazo, con la presión suficiente para realizar una tracción corta y rápida en sentido transversal y al grupo simulado se le aplicó el gancho de manera superficial, sin provocar tracción en los tejidos.

Los resultados de este estudio mostraron diferencia significativa entre ambos grupos en las variables estudiadas (síntomas nocturnos, escala DASH de capacidad funcional, velocidad de conducción nerviosa y latencia de conducción motora) tras el tratamiento. La mejora del grupo de intervención siguió siendo superior un mes después.

En un estudio secundario que hicieron estos autores en 2021, se comprobó que el tratamiento real de fibrólisis diacutánea era más efectivo también en la prueba de neurodinamia (mecanosensibilidad), en la gravedad de los síntomas, en el cuestionario Boston de capacidad funcional en túnel carpiano y en la velocidad de conducción nerviosa sensitiva.

El grupo de investigación de Jiménez del Barrio et al. realizaron en 2022 un estudio similar, pero con el objetivo de cuantificar la mejora de los pacientes con síndrome del túnel carpiano a nivel ecográfico. Los participantes de este estudio recibieron el mismo tratamiento y se les evaluó de forma ecográfica antes y después del tratamiento. Las variables analizadas fueron el área de superficie corporal del nervio mediano, espesor del ligamento carpiano transversal, el nivel de entumecimiento (utilizando una escala visual analógica de 100mm) y la percepción global del cambio del paciente con la escala GROC. Al comparar la mejora de la clínica de los participantes, observaron diferencias estadísticamente significativas del grupo de tratamiento real respecto al grupo placebo en todas las variables analizadas.

Hernández-Secorún et al., realizaron un ensayo clínico aleatorizado en el que 20 participantes recibieron una sesión semanal de 20 minutos de fibrolisis diacutánea durante 3 semanas y educación e instrucción sobre automovilización de los tejidos. Mientras que otros 22 realizaron un tratamiento convencional, a modo de grupo control. Se evaluó el resultado del tratamiento con el cuestionario de Boston para la funcionalidad y gravedad de los síntomas, escala EVA de dolor, fuerza de agarre, umbral sensorial mecánico, mecanosensibilidad del nervio mediano y kinesiofobia.

En los resultados se mostró diferencia significativa entre grupos en la escala Boston, EVA y mecanosensibilidad (neurodinamia) tras la finalización del tratamiento y a los 3 y 6 meses. El umbral mecanosensitivo sólo mostró diferencias a los 3 meses y la kinesiofobia mostró superioridad del tratamiento con fibrolisis después del tratamiento y a los 6 meses del mismo. Sin embargo, no se observaron diferencias entre grupos en la fuerza de agarre.

Conclusiones:

Los resultados analizados indican que la fibrólisis diacutánea es beneficiosa para mejorar el dolor, la capacidad funcional, la mecanosensibilidad, la velocidad de conducción nerviosa, el grosor de los tejidos blandos y la kinesiofobia. No es más efectivo que el tratamiento convencional en la mejora de la fuerza de agarre.

Bibliografía

1. Hernández-Secorún M, Abenia-Benedí H, Lucha-López MO, Durán-Serrano M, Hamam-Alcober JS, Krauss J, Hidalgo-García C. How does nerve mechanical interface treatment impact presurgical carpal tunnel syndrome patients? A randomized controlled trial. J Pers Med. 2024;14:801.

2. Jiménez-del-Barrio S, Ceballos-Laita L, Bueno-Gracia E, Rodríguez-Marco S, Caudevilla-Polo S, Estébanez-de-Miguel E. Diacutaneous fibrolysis intervention in patients with mild to moderate carpal tunnel syndrome may avoid severe cases in elderly: a randomized controlled trial. Int J Environ Res Public Health. 2022;19:10983.

3. Jiménez-del-Barrio S, Ceballos-Laita L, Bueno-Gracia E, Rodríguez-Marco S, Haddad-Garay M, Estébanez-de-Miguel E. Effects of diacutaneous fibrolysis on mechanosensitivity, disability, and nerve conduction studies in mild to moderate carpal tunnel syndrome: secondary analysis of a randomized controlled trial. Phys Ther. 2021;101(2).

4. Jiménez-del-Barrio S, Estébanez-de-Miguel E, Bueno-Gracia E, Haddad-Garay M, Tricás-Moreno JM, Hidalgo-García C. Effects of diacutaneous fibrolysis in patients with mild to moderate symptomatic carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2018;32(12):1645-1655.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 69

Fisioterapia en el Dolor Lumbar durante el Embarazo

Poza Lucena, Emilia
Lucendo Ocaña, Eva
García Roncero, David

XVI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA. DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA. INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO.

FISIOTERAPIA EN EL DOLOR LUMBAR DURANTE EL EMBARAZO

Emilia Poza Lucena, Eva Lucendo Ocaña, David García Roncero

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es una afección frecuente durante el embarazo. Se explica en parte por los cambios morfológicos y biomecánicos que suceden en dicha etapa. Los músculos esqueléticos ajustan sus estructuras y funciones en respuesta al aumento de tamaño del abdomen y a la variación en el entorno hormonal materno.

OBJETIVOS

Comprobar la eficacia de los diferentes tratamientos de Fisioterapia en el abordaje de la lumbalgia en mujeres embarazadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

-Búsqueda bibliográfica

PubMed

-Medical Subject Headings (MeSH):

Pregnancy | Low Back Pain | Physical Therapy

-Criterios inclusión:

1. Ensayos clínicos aleatorizados
2. Inglés o español
3. Full text
4. 2015-2025

32 artículos encontrados

4 artículos seleccionados

RESULTADOS

1.Adriana P Fontana Carvalho et all. 2020	Este ensayo clínico aleatorizado compara la efectividad del estiramiento lumbar y los ejercicios de estabilización lumbar en la lumbalgia gestacional. Ambos grupos mejoraron significativamente en el dolor, control postural y equilibrio.
2.Emel Sonmezer et all.2021	Es un estudio controlado aleatorizado que valora los efectos del pilates sobre la discapacidad funcional, el dolor, la calidad de vida y la estabilización lumbopélvica en mujeres embarazadas con dolor lumbar. Se identificó mejoría en el dolor, discapacidad, sueño, movilidad y estabilización lumbopélvica del grupo pilates.
3. Şeyhmus Kaplan et all. 2016	Este ensayo controlado aleatorizado demuestra que la combinación de Kinesio durante 5 días y el tratamiento con paracetamol parece ser más eficaz para reducir el dolor y mejorar la capacidad funcional en el tratamiento de lumbalgia en el embarazo que con analgésicos solamente.
4. Jorge Vas et all.2019	Es un estudio controlado aleatorizado compara la auriculoterapia realizada durante 2 semanas en embarazadas con lumbalgia frente a un grupo placebo, mejorando así el dolor, reduciendo la discapacidad funcional y aumentando la calidad de vida. Efectos que persistían 3 meses después.

CONCLUSIÓN

Podemos concluir que la aplicación del vendaje neuromuscular durante 5 días junto al paracetamol, la realización de ejercicios de estabilización lumbar y estiramientos, la auriculoterapia y el pilates, son tratamientos adecuados para disminuir el dolor lumbar en mujeres embarazadas, mejorar la funcionalidad, disminuir la discapacidad y aumentar la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Effects of lumbar stabilization and muscular stretching on pain, disabilities, postural control and muscle activation in pregnant woman with low back pain. Adriana P Fontana Carvalho et all. Randomized Controlled Trial.Eur J Phys Rehabil Med.2020. 2. The effects of clinical pilates exercises on functional disability, pain, quality of life and lumbopelvic stabilization in pregnant women with low back pain: A randomized controlled study. Emel Sonmezer et all.Randomized Controlled Trial.J Back Musculoskelet Rehabil.2021. 3. Short-Term Effects of Kinesio Taping in Women with Pregnancy-Related Low Back Pain: A Randomized Controlled Clinical Trial. Şeyhmus Kaplan et all. Randomized Controlled Trial. 2016. 4.Effect of ear acupuncture on pregnancy-related pain in the lower back and posterior pelvic girdle: A multicenter randomized clinical trial. Jorge Vas et all. Randomized Controlled Trial.Acta Obstet Gynecol Scand.2019.

Resumen: *El dolor lumbar es una afección frecuente durante el embarazo por los cambios morfológicos y biomecánicos que suceden en esa etapa.*

El objetivo del trabajo es comprobar la eficacia de los diferentes tratamientos de Fisioterapia en la lumbalgia en mujeres embarazadas.

Tras búsqueda en Pubmed de estudios realizados en los últimos 10 años, con las palabras claves: Pregnancy, low back pain y physical therapy y según los criterios de inclusión fueron seleccionados 4 estudios. Podemos concluir que la aplicación del kinesio durante 5 días junto con paracetamol, la realización de ejercicios de estabilización lumbar y estiramientos, la auriculoterapia y el pilates, son tratamientos adecuados para disminuir la lumbalgia en el embarazo, mejorar la funcionalidad, disminuir la discapacidad y aumentar la calidad de vida.

Palabras Clave: *Pregnancy - Low back pain - Physical therapy*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El dolor lumbar es una afección frecuente durante el embarazo. Puede comenzar temprano, pero el dolor se manifiesta con mayor intensidad durante el tercer trimestre.

Éste fenómeno se explica en parte por los cambios morfológicos y biomecánicos observados en las embarazadas. Por ejemplo, los músculos esqueléticos pueden ajustar sus estructuras y funciones en respuesta al aumento de tamaño del abdomen y a la variación en el entorno hormonal materno.

Estas adaptaciones pueden alterar la cinemática de los segmentos del tronco, la postura, el equilibrio, la estabilidad dinámica, la flexibilidad y la resistencia muscular a la fatiga. De hecho, la fatiga muscular del tronco puede aumentar los déficits neuromusculares y la inestabilidad de la columna vertebral, dando lugar a una mayor tensión tisular y dolor lumbar afectando a la propiocepción lumbar y al equilibrio.

Objetivos:

Comprobar la eficacia de los diferentes tratamientos de Fisioterapia en el abordaje de la lumbalgia en mujeres embarazadas.

Material y Método:

Se ha realizado la búsqueda en la base de datos Pubmed de diferentes estudios sobre los tratamientos de Fisioterapia en el dolor lumbar durante el embarazo, utilizando las palabras claves (MesH): Pregnancy, low back pain y Physical Therapy. Como criterios de inclusión se establecieron que los artículos fueran ensayos clínicos aleatorizados, escritos en inglés o español, con el texto completo disponible para una mejor valoración y estudios que estuvieran publicados en los últimos 10 años (2015-2025). Fueron encontrados 32 artículos y 4 de ellos seleccionados para esta revisión bibliográfica.

Resultados:

Adriana P. Fontana Carvalho et all. Comparó la efectividad del estiramiento lumbar y los ejercicios de estabilización lumbar en la lumbalgia gestacional. Ambos grupos mejoraron significativamente en el dolor, control postural y equilibrio.

Emel Sonmezer et all comprobó que el dolor lumbar en embarazadas y la discapacidad mejoraron significativamente en el grupo que realizaba Pilates en comparación con el grupo control (no realizaban ejercicios de Pilates), además hubo mejoras significativas en el sueño, la movilidad, la estabilización lumbopélvica y calidad de vida.

Şeyhmus Kaplan et all. concluyó que la combinación de Kinesio y el tratamiento con paracetamol parece ser más eficaz para reducir el dolor y mejorar la capacidad funcional en el tratamiento del dolor lumbar relacionado con el embarazo que solamente el uso de analgésicos.

Jorge Vas et All. realizó un estudio controlado aleatorizado que compara la auriculoterapia realizada durante 2 semanas en embarazadas con lumbalgia frente a un grupo placebo que no recibe tratamiento o auriculoterapia en puntos al azar, mejorando así el dolor, reduciendo la discapacidad funcional y aumentando la calidad de vida. Estos efectos persisten 3 meses después.

Conclusiones:

Podemos concluir que la aplicación del vendaje neuromuscular durante 5 días junto al paracetamol, la realización de ejercicios de estabilización lumbar y estiramientos, la auriculoterapia y el pilates, son tratamientos adecuados para disminuir el dolor lumbar en mujeres embarazadas, mejorar la funcionalidad, disminuir la discapacidad y aumentar la calidad de vida.

Bibliografía

1. Effects of lumbar stabilization and muscular stretching on pain, disabilities, postural control and muscle activation in pregnant woman with low back pain. Adriana P Fontana Carvalho et all. Randomized Controlled Trial.Eur J Phys Rehabil Med.junio 2020; 56(3):297-306.

2. The effects of clinical pilates exercises on functional disability, pain, quality of life and lumbopelvic stabilization in pregnant women with low back pain: A randomized controlled study. Emel Sonmezer et all.Randomized Controlled Trial.J Back Musculoskelet Rehabil. 2021; 34(1):69-76.

3. Short-Term Effects of Kinesio Taping in Women with Pregnancy-Related Low Back Pain: A Randomized Controlled Clinical Trial. Şeyhmus Kaplan et all. Randomized Controlled Trial. 2016 Apr 18:22:1297-301.

4.Effect of ear acupuncture on pregnancy-related pain in the lower back and posterior pelvic girdle: A multicenter randomized clinical trial. Jorge Vas et all. Randomized Controlled Trial.Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Oct;98(10):1307-1317.

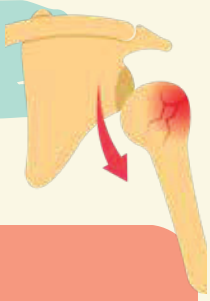
SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 70

Fisioterapia en la Luxación recidivante de hombro

León Antón, Patricia
De la Iglesia Fernández, Leticia
Casas Manzanas, Almudena

FISIOTERAPIA EN LA LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO



LEÓN ANTÓN P., DE LA IGLESIA FERNÁNDEZ L., CASAS MANZANAS A.

INTRODUCCIÓN

La luxación glenohumeral es la más frecuente de las luxaciones. El 95% son anteriores y afectan a menores de 30 años. Son causa de dolor y limitación funcional de hombro.

Cuando se producen episodios repetidos hablamos de **luxación recidivante de hombro.**

La fisioterapia es fundamental en la recuperación de estos pacientes.

OBJETIVOS

El objetivo es analizar la eficacia de las intervenciones fisioterapéuticas en el tratamiento de las luxaciones recidivantes de hombro, evaluando su impacto en la sintomatología, calidad de vida y funcionalidad.

También se busca identificar las técnicas más efectivas y los factores que influyen en su éxito terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando como palabras clave: fisioterapia, luxación de hombro y/o luxación recidivante de hombro, en las bases de datos: Pubmed, Scielo y Google Scholar y en la plataforma ClinicalKey.

Se seleccionan artículos de los últimos diez años, en inglés y en español.

RESULTADOS

Los resultados demuestran que una intervención temprana y progresiva, mejora significativamente la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes.

El programa de fisioterapia irá enfocado a la recuperación de la movilidad articular y potenciación de la cintura escápulo-humeral:

1. Movilización y estiramientos pasivos de hombro.
2. Ejercicios de recentraje articular.
3. Fortalecimiento muscular
4. Entrenamiento propioceptivo
5. Estabilización rítmica

CONCLUSIONES

·Es imprescindible la adecuada activación muscular y rehabilitación propioceptiva que permita realizar tareas sin episodios de subluxación.

·El tratamiento funcional, junto con un programa específico para cada deporte, permitirá un retorno gradual a la actividad deportiva.

·Tener en cuenta los factores de riesgo que desencadenaron estas luxaciones para prevenir futuras recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crespo, M. (2024). Luxación recidivante de hombro.

2. Pascual Aza, D., & Bardina Tremps, E. L. (2019). Plan de intervención de fisioterapia en porteros de fútbol con inestabilidad glenohumeral. A propósito de un caso.

3. Patino, O. (2012). Rehabilitación de la Inestabilidad del Hombro. Asoc Arg Artr, 19(1), 73-80.

Resumen: *La luxación glenohumeral es la más frecuente de las luxaciones. El 95% son anteriores, afectando a menores de 30 años. Son causa de dolor y limitación funcional de hombro.*

Cuando se producen episodios repetidos hablamos de luxación recidivante de hombro.

Una intervención de fisioterapia temprana y progresiva basada en una adecuada activación muscular y rehabilitación propioceptiva, mejora significativamente la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes evitando episodios de recidiva. Un programa específico para cada deporte permitirá un retorno gradual a la actividad deportiva.

Palabras Clave: *Modalidad de fisioterapia - Deformidad visible - Desplazamiento de la cabeza del húmero*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La luxación glenohumeral es la más frecuente de las luxaciones. El 95% son anteriores y afectan a menores de 30 años. Son causa de dolor y limitación funcional de hombro.

Cuando se producen episodios repetidos hablamos de luxación recidivante de hombro.

La fisioterapia es fundamental en la recuperación de estos pacientes.

Objetivos:

El objetivo es analizar la eficacia de las intervenciones fisioterapéuticas en el tratamiento de las luxaciones recidivantes de hombro, evaluando su impacto en la sintomatología, calidad de vida y funcionalidad.

También se busca identificar las técnicas más efectivas y los factores que influyen en su éxito terapéutico.

Material y Método:

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando como palabras clave: fisioterapia, luxación de hombro y/o luxación recidivante de hombro, en las bases de datos: Pubmed, Scielo y Google Scholar y en la plataforma ClinicalKey.

Se seleccionan artículos de los últimos diez años, en inglés y en español.

Resultados:

Los resultados demuestran que una intervención temprana y progresiva, mejora significativamente la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes.

El programa de fisioterapia irá enfocado a la recuperación de la movilidad articular y potenciación de la cintura escapulohumeral:

1. Movilización y estiramientos pasivos de hombro.
2. Ejercicios de recentraje articular.
3. Fortalecimiento muscular
4. Entrenamiento propioceptivo
5. Estabilización rítmica

Conclusiones:

▶ • Es imprescindible la adecuada activación muscular y rehabilitación propioceptiva que permita realizar tareas sin episodios de subluxación.

▶ • El tratamiento funcional, junto con un programa específico para cada deporte, permitirá un retorno gradual a la actividad deportiva.

▶ • Tener en cuenta los factores de riesgo que desencadenaron estas luxaciones para prevenir futuras recidivas.

Bibliografía

1. Lezcano, A. E., Tovar, M. G., Fuertes, P. G., Fernández, M. M., Pérez-Hiraldo, M. P. C., & Núñez, E. A. (2023). Caso clínico síndrome de Prader Willi. Revista Sanitaria de Investigación, 4(3), 146.

2.Sánchez, M. A. T., Sánchez, F. A. T., Avecillas, V. A. Q., Hurtado, P. R. C., & Bardellini, A. R. Z. (2024). Síndrome de Prader-Willi. Reporte de un Caso. Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano, 5(4), 1381-1396

3. Ferrero NA, Bortsov AV, Arora H, et al. Simulator training enhances resident performance in transesophageal echocardiography. Anesthesiology. 2014;120(1):149-159.

4. Heller, J., Maher, C., Williams, K., Fraser, S., & Howe, T. (2020). Improving muscle strength in young people with Prader-Willi syndrome: A phase II randomised trial (ACTRN12620000416998). WHO International Clinical Trials Registry Platform. https://trialsearch.who.int/Trial2.aspx?TrialID=ACTRN12620000416998

Sindicato de Enfermería

Capítulo 71

Fisioterapia en Mielitis por Herpes Zoster

Sánchez Fuentes, Alicia
Risalde Santos, Blas Manuel

FISIOTERAPIA EN MIELITIS POR HERPES ZOSTER

XVI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

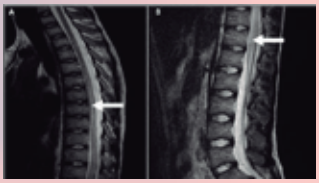
La mielitis por herpes Zóster es una inflamación de la médula espinal causada por el virus de la varicela-zóster. Esta inflamación puede interrumpir las señales nerviosas entre médula espinal y el resto del cuerpo. La mielina se ve dañada , que es el revestimiento protector de las células nerviosas, lo que interfiere con la transmisión de señales nerviosas.
El virus de la varicela-zóster permanece inactivo en el cuerpo después de que la persona ha tenido varicela. En algunos casos el virus puede reactivarse y causar herpes zoster. En raras ocasiones el virus puede afectar a la médula espinal, causando mielitis transversa.

OBJETIVOS

- **Recuperación funcional y del tono muscular.**
- **Intentar realizar las actividades de la vida diaria.**
- **Conocer e identificar las lesiones elementales de la enfermedad.**
- **Establece criterios uniformes para el abordaje del tratamiento Rehabilitador.**
- **Disminuir el dolor.**

METODOLOGÍA

Exposición de caso clínico, aplicando la evidencia científica actual basada en una revisión bibliográfica narrativa.
Bases de datos empleadas: Pubmed, Medes y PEDro.
Palabras clave utilizadas : herpes Zóster, myelitis.
Paciente mujer, de 80 años de edad,diagnosticada de Mielitis por herpes zóster remitida por el servicio de Neurologia. En la exploracion fisica encontramos Hipostesia en pared abdominal que se extiende a zona lumbar, en Miembros superiores:fuerza y sensibilidad conservada. En Miembro inferior derecho fuerza conservada, Miembro inferior izquierdo fuerza 3/5. Sensibilidad propioceptiva conservada. Perdida de la sensibilidad termo-algésica en ambos miembros inferiores Reflejos osteotendinosos normales. Marcha no valorable por imposibilidad para la misma. Dificultad en la bipedestación. No rigidez de nuca ni signos meníngeos.
Pruebas realizadas: análisis de sangre, resonancia magnética, tomografía computarizada o una punción lumbar o medular.



El tratamiento para la mielitis transversa incluye medicamentos y terapia de rehabilitación.
Se realiza sesiones de rehabilitación durante un año:
-Programa de ejercicios para aumentar y recuperar el tono muscular.
-Reeducación de la marcha.
- Ejercicios de equilibrio y tronco.
- Ayuda en el manejo con ayudas técnicas.
La mayoría de las personas con mielitis transversa se recuperan al menos parcialmente. Las personas con ataques severos a veces quedan con discapacidades significativas como en nuestro caso clínico

RESULTADOS

1ª Fase de tratamiento: Los objetivos de la fisioterapia serán: disminuir el dolor en miembros inferiores, disminuir la espasticidad y normalizar el tono muscular. El paciente viene una hora durante tres veces a la semana. Los ejercicios que se realizan son movilizaciones activas asistidas de miembros inferiores, ejercicios de Perfetti, trabajo en espalderas de mantener la bipedestación, estiramientos musculares y ejercicios de Kabat.

2ª Fase de Tratamiento; tras lograr los objetivos anteriores y obtener un 4/5 en extremidades inferiores excepto en la zona de flexión de cadera y en flexión de los pies. Una considerable disminución del dolor 6/10, es capaz de dar unos pasos con un andador. Poca mejoría a nivel de sensibilidad e incontinencia. Objetivos: mejorar la continencia de orina y gases, aumentar el tono de la musculatura de cintura pélvica-estabilizadora, seguir fortaleciendo miembros inferiores, seguir con tratamiento de la sensibilidad. Las intervenciones que realizamos fueron ejercicios de pilates, ejercicios estabilizadores, respiración abdominal coordinada con suelo pélvico, ejercicios de Kegel, marcha con andador, marcha en paralelas, ejercicios activos de extremidades inferiores en decúbito supino, movilizaciones activas-asistidas de los flexores de cadera y pie, ejercicios de volteo en el suelo.

3ª Fase de tratamiento: evoluciona favorablemente. Fuerza muscular 5/5 en miembros inferiores excepto la flexión dorsal del pie izquierdo 4/5. Y en miembro inferior derecho flexión de cadera de 3/5 y pie 3/5en la flexión dorsal. Es capaz de andar con dos muletas y ayuda de rancho de los amigos en pie derecho. Sensibilidad mejoría excepto parte más distal. A nivel de continencia mejoría además de darle tratamiento farmacológico para regular el detrusor. Seguimos con los mismos objetivos: afianzar la marcha con muletas, autonomía en las actividades de la vida diaria,

4ª Fase de Tratamiento: evoluciona favorablemente, aunque ya se observa poca evolución. Se le da el Alta con Fuerza muscular 5/5 en miembros inferiores excepto la flexión dorsal del pie izquierdo 4/5. Y en miembro inferior derecho flexión de cadera de 3/5 y pie 3/5en la flexión dorsal. Es capaz de andar con dos muletas en trayectos medios. Sensibilidad mejoría excepto parte más distal. A nivel de continencia mejoría, así como en el control de tronco. Es capaz de levantarse desde el suelo si se coje en las espalderas. Conseguimos que siga con la rehabilitación de forma independiente.

CONCLUSIONES

El herpes zoster, aun cuando es una enfermedad de evolución generalmente benigna donde se afectan los nervios periféricos y la piel, en ocasiones puede originar graves complicaciones de tipo neurológicas.
Con este caso se resalta la importancia del reconocimiento precoz de los signos y síntomas de las enfermedades neurológicas potencialmente graves para determinar un correcto diagnóstico y un tratamiento eficaz. La mayoría de los pacientes con mielitis transversa se recuperan parcialmente, esto puede suceder pasado un año o más. En algunos casos, el paciente puede quedar con ninguna o una ligera discapacidad y en otros las secuelas pueden ser de moderadas a graves como en nuestro caso clínico.
La esperanza de vida en la mielitis transversa no está determinada por un período de tiempo específico, sino que dependerá de otros factores como la edad, las causas y el grado de severidad de la enfermedad.
Diagnosticar una mielitis transversa es algo muy complejo ya que sus síntomas son fácilmente relacionados a otras enfermedades.
El tiempo de recuperación de la mielitis es variable. Los estudios indican que solo un tercio de los pacientes con mielitis transversa logran recuperarse por completo. Otros experimentan grandes mejoras, pero sufren discapacidades moderadas.

BIBLIOFRAFÍA

1- Gershon AA, Breuer J, Cohen JI, Cohrs RJ, Gershon MD, Gilden D, Grose C, Hambleton S, Kennedy PG, Oxman MN, Seward JF, Yamanishi K.Varicella zoster virus infection.Nat Rev Dis Primers. 2015 Jul 2;1:15016. doi: 10.1038/nrdp.2015.16.
2-Devinsky O, Cho ES, Petito CK, Price RW.Herpes zoster myelitis.Brain. 1991 Jun;114 (Pt 3):1181-96. doi: 10.1093/brain/114.3.1181.
3-Nagel MA, Gilden D.Neurological complications of varicella zoster virus reactivation.Curr Opin Neurol. 2014 Jun;27(3):356-60. doi: 10.1097/WCO.0000000000000092.

Resumen: *La mielitis transversa (MT) es una enfermedad inflamatoria y desmielinizante aguda o subaguda que se desarrolla en ausencia de afectación neurológica previa y compromete las vías sensitiva y motora además del control autónomo de la médula espinal. El cuadro se presenta como un dolor lumbar localizado, parestesias de inicio súbito en miembros inferiores con pérdida de la sensibilidad y paraparesia que puede evolucionar a paraplejia a lo que se suma comúnmente la disfunción vesical e intestinal; la coordinación y la sensibilidad de los miembros superiores también puede verse comprometida. El tratamiento médico de elección para la mielitis transversa aguda es corticoides intravenosos, con un pronóstico que varía mucho entre paciente. Aproximadamente un tercio de los pacientes muestra una completa recuperación, otros tienen déficits residuales y otro tercio presentan una severa incapacidad.*

La rehabilitación física debe incorporarse en el tratamiento de la MT en los estadios iniciales.

Palabras Clave: *Herpes Zoster -Myelitis -Enfermería.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La mielitis por herpes Zóster es una inflamación de la médula espinal causada por el virus de la varicela-zóster. Esta inflamación puede interrumpir las señales nerviosas entre médula espinal y el resto del cuerpo. La mielina se ve dañada, que es el revestimiento protector de las células nerviosas, lo que interfiere con la transmisión de señales nerviosas.

El virus de la varicela-zóster permanece inactivo en el cuerpo después de que la persona ha tenido varicela. En algunos casos el virus puede reactivarse y causar herpes zoster. En raras ocasiones el virus puede afectar a la médula espinal, causando mielitis transversa.

La mielitis transversa (MT) es una enfermedad inflamatoria y desmielinizante aguda o subaguda que se desarrolla en ausencia de afectación neurológica previa y compromete las vías sensitiva y motora además del control autónomo de la médula espinal. El cuadro se presenta como un dolor lumbar localizado, parestesias de inicio súbito en miembros inferiores con pérdida de la sensibilidad y paraparesia que puede evolucionar a paraplejia a lo que se suma la disfunción vesical e intestinal; la coordinación y la sensibilidad de los miembros superiores también puede verse comprometida. Su incidencia anual es de 1 a 5 casos por millón de habitantes. Descartadas causas metabólicas, vasculares y enfermedades desmielinizantes, se clasifican en paraneoplásicas, parainfecciosas (hasta la mitad debutan tras una infección), tóxico-farmacológicas (inhibidores del receptor TNFα pueden inducir MT) o asociadas a enfermedades sistémicas (Lupus). Tras un estudio completo, se consideran idiopáticas hasta un 30 %.

La rehabilitación física debe incorporarse en el tratamiento de la MT3,4. Sin embargo, el tratamiento fisioterapéutico de los síntomas de la mielitis transversa sigue siendo insuficientemente estudiado. Se intenta trabajar sobre la funcionalidad, independencia en las actividades de la vida diaria (AVD), espasticidad, rango de movilidad, deambulación y calidad de vida.

Objetivos:

Recuperación funcional y del tono muscular.

Intentar realizar las actividades de la vida diaria.

Conocer e identificar las lesiones elementales de la enfermedad.

Establece criterios uniformes para el abordaje del tratamiento Rehabilitador.

Disminuir el dolor.

Material y Método:

Exposición de caso clínico, aplicando la evidencia científica actual basada en una revisión bibliográfica narrativa.

Bases de datos empleadas: Pubmed, Medes y PEDro.

Palabras clave utilizadas: herpes Zóster, myelitis.

Paciente mujer, de 50 años de edad,diagnosticada de Mielitis por herpes zóster, remitida por el servicio de Neurologia. En la exploracion fisica encontramos Hipostesia en pared abdominal que se extiende a zona lumbar, en Miembros superiores: fuerza y sensibilidad conservada. En Miembro inferior derecho fuerza conservada, Miembro inferior izquierdo fuerza 3/5. Sensibilidad propioceptiva conservada. Perdida de la sensibilidad termo-algésica en ambos miembros inferiores Reflejos osteotendinosos normales. Marcha no valorable por imposibilidad para la misma.

Dificultad en la bipedestación. No rigidez de nuca ni signos meníngeos.

Pruebas realizadas: análisis de sangre, resonancia magnética, tomografía axial computarizada o una punción lumbar o medular.

El tratamiento para la mielitis transversa incluye medicamentos y terapia de rehabilitación.

Se realiza sesiones de rehabilitación durante un año:

- Programa de ejercicios para aumentar y recuperar el tono muscular.

- Reeducación de la marcha.

- Ejercicios de equilibrio y tronco.

- Ayuda en el manejo con ayudas técnicas.

La mayoría de las personas con mielitis transversa se recuperan al menos parcialmente. Las personas con ataques severos a veces quedan con discapacidades significativas como en nuestro caso clínico

Resultados:

1ª Fase de tratamiento: Los objetivos de la fisioterapia serán: disminuir el dolor en miembros inferiores, disminuir la espasticidad y normalizar el tono muscular. El paciente viene una hora durante tres veces a la semana. Los ejercicios que se realizan son movilizaciones activas asistidas de miembros inferiores, ejercicios de Perfetti, trabajo en espalderas de mantener la bipedestación, estiramientos musculares y ejercicios de Kabat.

2ª Fase de Tratamiento; tras lograr los objetivos anteriores y obtener un 4/5 en extremidades inferiores excepto en la zona de flexión de cadera y en flexión de los pies. Una considerable disminución del dolor 6/10, es capaz de dar unos pasos con un andador. Poca mejoría a nivel de sensibilidad e incontinencia. Objetivos: mejorar la continencia de orina y gases, aumentar el tono de la musculatura de cintura pélvica- estabilizadora, seguir fortaleciendo miembros inferiores, seguir con tratamiento de la sensibilidad. Las intervenciones que realizamos fueron ejercicios de pilates, ejercicios estabilizadores, respiración abdominal coordinada con suelo pélvico, ejercicios de Kegel, marcha con andador, marcha en paralelas, ejercicios activos de extremidades inferiores en decúbito supino, movilizaciones activas-asistidas de los flexores de cadera y pie, ejercicios de volteo en el suelo.

3ª Fase de tratamiento: evoluciona favorablemente. Fuerza muscular 5/5 en miembros inferiores excepto la flexión dorsal del pie izquierdo 4/5. Y en miembro inferior derecho flexión de cadera de 3/5 y pie 3/5en la flexión dorsal. Es capaz de andar con dos muletas y ayuda de rancho de los amigos en pie derecho. Sensibilidad mejoría excepto parte más distal. A nivel de continencia mejoría además de darle tratamiento farmacológico para regular el detrusor. Seguimos con los mismos objetivos: afianzar la marcha con muletas, autonomía en las actividades de la vida diaria,

4ª Fase de Tratamiento: evoluciona favorablemente, aunque ya se observa poca evolución. Se le da el Alta con Fuerza muscular 5/5 en miembros inferiores excepto la flexión dorsal del pie izquierdo 4/5. Y en miembro inferior derecho flexión de cadera de 3/5 y pie 3/5en la flexión dorsal. Es capaz de andar con dos muletas en trayectos medios. Sensibilidad mejoría excepto parte más distal. A nivel de continencia mejoría, así como en el control de tronco. Es capaz de levantarse desde el suelo si se coje en las espalderas. Conseguimos que siga con la rehabilitación de forma independiente.

Conclusiones:

El herpes zóster, aun cuando es una enfermedad de evolución generalmente benigna donde se afectan los nervios periféricos y la piel, en ocasiones puede originar graves complicaciones de tipo neurológicas.

Con este caso se resalta la importancia del reconocimiento precoz de los signos y síntomas de las enfermedades neurológicas potencialmente graves para determinar un correcto diagnóstico y un tratamiento eficaz. La mayoría de los pacientes con mielitis transversa se recuperan parcialmente, esto puede suceder pasado un año o más. En algunos casos, el paciente puede quedar con ninguna o una ligera discapacidad y en otros las secuelas pueden ser de moderadas a graves como en nuestro caso clínico.

La esperanza de vida en la mielitis transversa no está determinada por un período de tiempo específico, sino que dependerá de otros factores como la edad, las causas y el grado de severidad de la enfermedad.

Diagnosticar una mielitis transversa es algo muy complejo ya que sus síntomas son fácilmente relacionados a otras enfermedades.

El tiempo de recuperación de la mielitis es variable. Los estudios indican que solo un tercio de los pacientes con mielitis transversa logran recuperarse por completo. Otros experimentan grandes mejoras, pero sufren discapacidades moderadas.

Bibliografía

1- Gershon AA, Breuer J, Cohen JI, Cohrs RJ, Gershon MD, Gilden D, Grose C, Hambleton S, Kennedy PG, Oxman MN, Seward JF, Yamanishi K.Varicella zoster virus infection.Nat Rev Dis Primers. 2015 Jul 2;1:15016. doi: 10.1038/nrdp.2015.16.

2-Devinsky O, Cho ES, Petito CK, Price RW.Herpes zoster myelitis.Brain. 1991 Jun;114 (Pt 3):1181-96. doi: 10.1093/brain/114.3.1181.

3-Nagel MA, Gilden D.Neurological complications of varicella zoster virus reactivation.Curr Opin Neurol. 2014 Jun;27(3):356-60. doi: 10.1097/WCO.0000000000000092.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 72

Granulocitoaféresis: experiencia enfermera en un hospital de tercer nivel

Marcos Provecho, Maria Teresa
Treceño Barreales, Maria Del Carmen
de la Puente Jimenez, Ana Maria
Villascalras Fernandez, Alba
Corral Tomás, Elena
Fernandez Gonzalez, Cristina

GRANULOCITOAFÉRESIS:
Experiencia Enfermera en un Hospital de Tercer Nivel

Marcos Provecho, MªTeresa;Treceño Barreales,Mª Carmen; De la Puente Jiménez ,Ana Mª; Villasclaras Fernandez,Alba; Corral Tomás,Elena ;Fernandez Gonzalez,Cristina.

Servicio de Transfusión. Hematología y Hemoterapia. Complejo Asistencial Universitario de León.

La granulocitoaféresis (GFA) es una técnica de aféresis terapéutica que consiste en la eliminación selectiva de granulocitos y monocitos activados de la sangre periférica mediante un sistema extracorpóreo. Se utiliza en enfermedades inflamatorias crónicas, especialmente en colitis ulcerosa, cuando no responden a tratamientos farmacológicos convencionales.
El sistema Adacolumn empleado para la aféresis consta de un filtro con esferas de acetato de celulosa que permite la absorción selectiva de un 65% de granulocitos, 55% de monocitos y2% de linfocitos .Con este sistema se produce la absorción de estos componentes, se reduce su producción y la actividad de citoquinas proinflamatorias que activan a los diferentes leucocitos.
La enfermera desempeña un papel clave en el procedimiento :valoración previa, monitorización durante la sesión y seguimiento posterior.

SISTEMA UTILIZADO

SISTEMA ADACOLUMN®

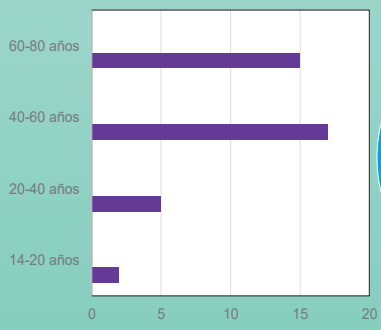
Granulocito 65%

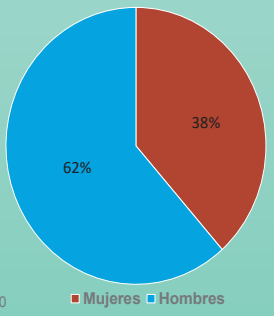
Monocito-macrófago 55%

Linfocitos 2%

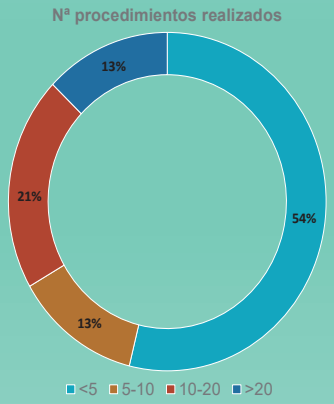
METODOLOGÍA

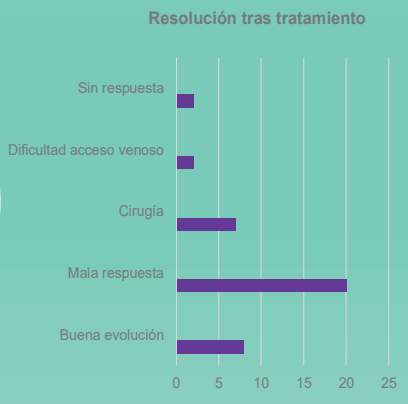
Se ha realizado un estudio retrospectivo descriptivo desde enero de 2005 hasta febrero del 2025. Se han estudiado 39 pacientes del servicio de digestivo cuyo diagnóstico principal es el de **Colitis Ulcerosa.** Los datos demográficos recogidos con el programa SPSS v.26 son los siguientes:





RESULTADOS





CONCLUSIONES

La Granulocitoaféresis es un tratamiento seguro y bien tolerado en pacientes con EII, alcanzando tasas de remisión del 20% con pocos efectos secundarios, pero con tendencia a sustituirse con las nuevas terapias de inmunosupresoras seguras y eficaces.
La intervención enfermera es clave para garantizar tanto la seguridad del procedimiento como el bienestar del paciente.
Resulta esencial para garantizar la preparación del circuito ,manejo del acceso venoso y detección precoz de efectos adversos.
La recogida sistemática de los datos permite valorar resultados y mejorar la calidad asistencial.

Resumen: *La granulocitoaféresis es una técnica extracorpórea utilizada como tratamiento en pacientes con colitis ulcerosa, especialmente en aquellos con mala respuesta a tratamientos.*

Este trabajo describe la experiencia en nuestro hospital con 39 pacientes tratados analizando su perfil, número de sesiones, complicaciones y evolución. La mayoría eran hombres entre 40 y 80 años.

Las complicaciones más frecuentes fueron problemas de acceso venoso y coagulación del circuito. Aunque en algunos casos hubo buena respuesta, muchos requirieron cirugía o lo tuvieron que suspender.

La intervención de enfermera resulta clave para la seguridad del procedimiento y el bienestar del paciente durante el proceso terapéutico.

Palabras Clave: *Granulocitoaféresis - Colitis Ulcerosa - Cuidados Enfermería*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La granulocitoaféresis (GFA) es una técnica de aféresis terapéutica que consiste en la eliminación selectiva de granulocitos y monocitos activados de la sangre periférica mediante un sistema extracorpóreo. Se utiliza en enfermedades inflamatorias crónicas, especialmente en colitis ulcerosa, cuando no responden a tratamientos farmacológicos convencionales.

El sistema Adacolumn empleado para la aféresis consta de un filtro con esferas de acetato de celulosa que permite la absorción selectiva de un 65% de granulocitos, 55% de monocitos-macrófagos y 2% de linfocitos.

Con este sistema se produce la absorción de estos componentes, se reduce su producción y la actividad de citoquinas proinflamatorias que activan a los diferentes leucocitos.

La enfermera desempeña un papel clave en el procedimiento: valoración previa, monitorización durante la sesión y seguimiento posterior.

Objetivos:

Analizar la experiencia enfermera en la realización de los procedimientos.

Describir la eficacia clínica de la granulocitoaféresis y analizar la evolución clínica de los pacientes tratados

Material y Método:

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo desde enero de 2005 hasta febrero del 2025. Se estudió una muestra de 39 pacientes derivados del servicio de digestivo.

La técnica se realiza en la unidad de aféresis, con monitorización enfermera continua durante cada sesión. Recogida de incidencias y seguimiento.

Los datos se recogieron de los archivos del servicio de transfusión del hospital de estudio. Se estudiaron las siguientes variables: sociodemográficas, edad, sexo, antecedentes, número de procedimientos y evolución. Se analizaron con el programa SPSS v.26.

El sesgo más destacado fue la escasa muestra y que además muchos pacientes fueron sometidos a otros tratamientos añadidos para su enfermedad.

Resultados:

De 39 pacientes hay 24 hombres y 15 mujeres, con edades comprendidas de 14 a 80 años: siendo 2 de 14 a 20 años (5%); 5 de 20 a 40 años (13%); 17 de 40 a 60 años (44%); 15 de 60 a 80 años (38%).

El número de procedimientos a los que se sometieron:21 pacientes<5; 5 pacientes 5-10; 8 pacientes entre 10-20; 5 pacientes>20.

El diagnóstico mayoritario en la práctica totalidad de los pacientes fue colitis ulcerosa.

Las complicaciones más frecuentes: malos accesos venosos y la coagulación del circuito extracorpóreo.

Evolución:

De los 39 pacientes; 8 han remitido su enfermedad,20 han tenido mala o nula respuesta, 7 han sido sometidos a cirugía, 2 han presentado dificultad venosa, 2 exitus por motivos ajenos al procedimiento. Solo continúan 2 en la actualidad.

Conclusiones:

La granulocitoaféresis es un tratamiento seguro y bien tolerado en pacientes con EII, alcanzando tasas de remisión del 20% con pocos efectos secundarios, pero con tendencia a sustituirse con las nuevas terapias inmunosupresoras seguras y eficaces.

La intervención enfermera es clave para garantizar tanto la seguridad del procedimiento como el bienestar del paciente.

Resulta esencial para garantizar la preparación del circuito, manejo del acceso venoso y detección precoz de efectos adversos.

La recogida sistemática de datos permite valorar resultados y mejorar la calidad asistencial.

Bibliografía

1 - KAITO Takamatsu Y,Morishita S, et al. Absorción de granulocitos y monocitos para la enfermedad inflamatoria intestinal: una revisión comprehensiva.Terapia de Aféresis y Dialisis.2020;24(6):585-592.doi:10.1111/1744-9987.13086

2 - Fernandez-Bañares F,Salas A, Esteve M. Cuidados de enfermería en la granulocitoaféresis: consideraciones para la seguridad y confort del paciente. Revista de Enfermería de Infusión.2018;41(6):427-433.doi:10.1097/NAN.0000000000000289

3 - Fuente García MI, Arias Fernández MI, Andrés Fernández RM. Granulocitoaféresis: a propósito de tres casos. Enferm Nefrol. 2009;12(2):161-163.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 73

Hematoma hepático tras traumatismo: a propósito de un caso

Garrido Ruiz, Vanessa
Marín Herranz, Gloria

Hematoma hepático tras traumatismo: a propósito de un caso

Autores:

- Vanessa Garrido Ruiz
- Gloria Marín Herranz

Introducción:

Un hematoma hepático se define como la acumulación de sangre entre la cápsula hepática y el parénquima del hígado. Una de las causas más común de hematoma hepático es el traumatismo, principalmente los ocurridos en accidentes de tráfico. Los síntomas asociados son: dolor abdominal en cuadrante superior derecho, náuseas y vómitos, hemorragia gastrointestinal. El tratamiento puede ser quirúrgico en casos más graves o conservador.

Observación clínica:

Paciente varón de 35 años que sufre traumatismo abdominal mientras jugaba al fútbol. Sufre pérdida de consciencia y dolor como síntomas inmediatos. Toma analgesia y antiinflamatorios en casa. Acude al SUH transcurridas 48 h tras el traumatismo por dolor y debilidad generalizada. A la exploración paciente consciente, tensión arterial 100/70 mm de Hg, frecuencia cardiaca 108 lpm. No presenta dificultad respiratoria. Se realiza analítica de urgencia y se canaliza vía venosa periférica. Hemoglobina en urgencias: 13.2 g/dl. Como pruebas complementarias se realiza radiografía de tórax y abdomen, y TAC abdomino-pélvico. En exploración ecográfica se aprecia líquido libre abdominal. El TAC revela voluminoso hematoma hepático de aspecto subcapsular y densidad heterogénea (compatible con sangrado de distinta cronicidad) y 4 laceraciones en cúpula hepática. Además, se confirma fractura costal. Es valorado por cirugía. No hay evidencia de sangrado activo y el paciente se mantiene hemodinámicamente estable. Es trasladado a UCI, donde se realiza canalización de vía venosa central, canalización de arteria radial y sondaje vesical. Se mantiene tratamiento conservador con reposo absoluto, control analítico y tratamiento sintomático. Hemoglobina a su llegada a UCI: 10.9 g/dl. Al día siguiente en control analítico se observa de nuevo descenso de hemoglobina a 8.3 g/dl. Se realiza Angio-TAC. No se aprecia sangrado activo. Se transfunde 2 CH. El 4º día de ingreso la Hemoglobina desciende a 7,6 g/dl. Se vuelve a transfundir 2 ch y plasma. Se plantea angiografía para los siguientes días si la hemoglobina no mejora. Al 6º día sufre mejoría analítica llegando Hb de 10.5 g/dl. Es dado de alta en UCI, pasando a planta donde continúa mejorando hasta llegar a una hemoglobina de 10.9 antes de su alta domiciliaria. Tras el alta continua con control ecográfico por parte de cirugía, donde aprecian un quiste hepático que mantiene en control periódico.

Diagnosticos (NANDA)	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)	Actividades
(00206) Riesgo de hemorragia R/C traumatismo **Vulnerabilidad significativa a la pérdida de sangre, lo que puede comprometer su estado de salud de manera aguda o crónica**	Control de la hemorragia (NOC 1001) Conocimiento: manejo de la coagulación (NOC 1801) Identificación de complicaciones (NOC 1221)	Monitorización del estado hemodinámico Aplicación de medidas de prevención de hemorragia Valoración de la coagulación	Realizar mediciones de presión arterial al menos cada 4 horas para detectar cambios que puedan sugerir hemorragia. Controlar la frecuencia cardíaca del paciente en intervalos regulares; un aumento puede indicar pérdida de sangre. Evaluar la saturación de oxígeno cada 4 horas y ante cualquier cambio significativo en el estado del paciente para identificar complicaciones respiratorias. Revisar la medicación del paciente y eliminar o ajustar cualquier anticoagulante innecesario según indicaciones médicas. Evaluar y modificar el entorno del paciente para minimizar el riesgo de caídas y traumatismos que puedan provocar hemorragias.
(00132) Dolor agudo R/C agente de lesión física **Experiencia sensorial y emocional intensa que tiene una duración limitada y un inicio repentino, a menudo provocada por una lesión o enfermedad que puede resultar en daño tisular, lo que genera en el individuo una necesidad inminente de atención y alivio**	Control del dolor (NOC 1605) Nivel del dolor (NOC 2102) Satisfacción del paciente (NOC 3014)	Evaluación y manejo del dolor Educación sobre el manejo del dolor Monitorización de signos y síntomas cuidados. Técnicas de movilización	Evaluar el nivel de dolor del paciente utilizando una escala de dolor adecuada (por ejemplo, escala numérica del 0 al 10) para documentar la intensidad del dolor y guiar la intervención. Administrar los analgésicos prescritos de acuerdo con las indicaciones médicas y observar los efectos secundarios, para asegurar una analgesia adecuada y prevenir complicaciones. Aplicar técnicas no farmacológicas, como compresas tibias o frías, para ayudar a aliviar el dolor localizado y disminuir la inflamación. Instruir al paciente sobre métodos complementarios para el manejo del dolor, como la práctica de respiración profunda o relajación, para promover la autoeficacia en el control del dolor. Observar signos no verbales de dolor (como la expresión facial o la tensión muscular) en pacientes que no pueden comunicar su dolor de manera efectiva, para asegurar un cuidado integral.
(0377) Disposición para mejorar el confort psico lógico R/C estrés situacional **Estado en el que un individuo muestra una apertura y deseo genuino de alcanzar un mayor bienestar emocional y una reducción de la angustia mental.**	Confort psicológico Autocontrol de la ansiedad (NOC 1402) Autoeficacia.	Promoción del bienestar psicológico Fomento de la autoexpresión Intervenciones de relajación Educación sobre el manejo del estrés Apoyo social	Crear un entorno acogedor y seguro para el paciente, asegurando que tenga acceso a recursos que fomenten su bienestar y tranquilidad. Realizar sesiones de escucha activa, donde el paciente pueda expresar sus preocupaciones y miedos, validando sus emociones. Facilitar conversaciones estructuradas donde el paciente pueda verbalizar sus emociones, utilizando preguntas abiertas para estimular el diálogo. Implementar técnicas de escritura terapéutica, donde el paciente pueda escribir un diario sobre sus experiencias y reflexiones personales. Instruir al paciente en técnicas de respiración profunda, ayudándole a practicar durante sesiones de relajación guiada. Organizar sesiones de meditación donde se utilicen ejercicios de mindfulness, ayudando al paciente a centrarse en el momento presente.

Discusión y conclusión

Actualmente se trata, siempre que sea posible por estabilidad hemodinámica, de llevar a cabo un tratamiento conservador en los casos de hematoma hepático por traumatismo. Esto es debido a la evolución natural de la hemostasia espontánea, sumado a la gran capacidad regenerativa del hígado. Todo esto conlleva que se puedan resolver los casos sin intervención quirúrgica y sus problemas derivados.

Resumen: *En el presente trabajo se muestran los datos de un caso clínico sobre un hematoma hepático sufrido tras un traumatismo cerrado. Se muestra su evolución desde su ingreso en SUH hasta su alta en planta tras permanecer en UCI. Se concluye en un resultado favorable tras un tratamiento conservador, evitando el tratamiento invasivo quirúrgico.*

Palabras Clave: *Hematoma Hepático, Tratamiento Conservador y Hemoglobina.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Un hematoma hepático se define como la acumulación de sangre entre la cápsula hepática y el parénquima del hígado. Una de las causas más comunes de hematoma hepático es el traumatismo, principalmente los ocurridos en accidentes de tráfico. Los síntomas asociados son: dolor abdominal en cuadrante superior derecho, náuseas y vómitos, hemorragia gastrointestinal. El tratamiento puede ser quirúrgico en los casos más graves o conservador.

Objetivos:

Paciente varón de 35 años que sufre traumatismo abdominal mientras jugaba al fútbol. Sufre pérdida de consciencia y dolor como síntomas inmediatos. Toma analgesia y antiinflamatorios en casa. Acude al SUH transcurridas 48 h tras el traumatismo por dolor y debilidad generalizada. A la exploración paciente consciente, tensión arterial 100/70 mm de Hg, frecuencia cardiaca 108 lpm. No presenta dificultad respiratoria. Se realiza analítica de urgencia y se canaliza vía venosa periférica. Hemoglobina en urgencias: 13.2 g/dl. Como pruebas complementarias se realiza radiografía de tórax y abdomen, y TAC abdomino-pélvico. En exploración ecográfica se aprecia líquido libre abdominal. El TAC revela voluminoso hematoma hepático de aspecto subcapsular y densidad heterogénea (compatible con sangrado de distinta cronicidad) y 4 laceraciones en cúpula hepática. Además, se confirma fractura costal. Es valorado por cirugía. No hay evidencia de sangrado activo y el paciente se mantiene hemodinámicamente estable. Es trasladado a UCI, donde se realiza canalización de vía venosa central, canalización de arteria radial y sondaje vesical. Se mantiene tratamiento conservador con reposo absoluto, control analítico y tratamiento sintomático. Hemoglobina a su llegada a UCI: 10.9 g/dl. Al día siguiente en control analítico se observa de nuevo descenso de hemoglobina a 8.3 g/dl. Se realiza Angio-TAC. No se aprecia sangrado activo. Se transfunden 2 CH. El 4º día de ingreso la Hemoglobina desciende a 7,6 g/dl. Se vuelve a transfundir 2 CH y plasma. Se plantea angiografía para los siguientes días si la hemoglobina no mejora. Al 6º día sufre mejoría analítica llegando Hb de 10.5 g/dl. Es dado de alta en UCI, pasando a planta donde continúa mejorando hasta llegar a una hemoglobina de 10.9 antes de su alta domiciliaria. Tras el alta continua con control ecográfico por parte de cirugía, donde aprecian un quiste hepático que mantiene en control periódico.

Plan de cuidados:

Diagnosticos (NANDA)	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)	Actividades
(00206) Riesgo de hemorragia R/C traumatismo Vulnerabilidad significativa a la pérdida de sangre, lo que puede comprometer su estado de salud de manera aguda o crónica	Control de la hemorragia (NOC 1001) Conocimiento: manejo de la coagulación (NOC 1801) Identificación de complicaciones (NOC 1221)	Monitorización del estado hemodinámico Aplicación de medidas de prevención de hemorragia Valoración de la coagulación	Realizar mediciones de presión arterial al menos cada 4 horas para detectar cambios que puedan sugerir hemorragia. Controlar la frecuencia cardíaca del paciente en intervalos regulares; un aumento puede indicar pérdida de sangre. Evaluar la saturación de oxígeno cada 4 horas y ante cualquier cambio significativo en el estado del paciente para identificar complicaciones respiratorias. Revisar la medicación del paciente y eliminar o ajustar cualquier anticoagulante innecesario según indicaciones médicas. Evaluar y modificar el entorno del paciente para minimizar el riesgo de caídas y traumatismos que puedan provocar hemorragias.
(00132) Dolor agudo R/C agente de lesión física Experiencia sensorial y emocional intensa que tiene una duración limitada y un inicio repentino, a menudo provocada por una lesión o enfermedad que puede resultar en daño tisular, lo que genera en el individuo una necesidad inminente de atención y alivio	Control del dolor (NOC 1605) Nivel del dolor (NOC 2102) Satisfacción del paciente (NOC 3014)	Evaluación y manejo del dolor Educación sobre el manejo del dolor Monitorización de signos y síntomas cuidados. Técnicas de movilización	Evaluar el nivel de dolor del paciente utilizando una escala de dolor adecuada (por ejemplo, escala numérica del 0 al 10) para documentar la intensidad del dolor y guiar la intervención. Administrar los analgésicos prescritos de acuerdo con las indicaciones médicas y observar los efectos secundarios, para asegurar una analgesia adecuada y prevenir complicaciones. Aplicar técnicas no farmacológicas, como compresas tibias o frías, para ayudar a aliviar el dolor localizado y disminuir la inflamación. Instruir al paciente sobre métodos complementarios para el manejo del dolor, como la práctica de respiración profunda o relajación, para promover la autoeficacia en el control del dolor. Observar signos no verbales de dolor (como la expresión facial o la tensión muscular) en pacientes que no pueden comunicar su dolor de manera efectiva, para asegurar un cuidado integral.

(0377) Disposición para mejorar el confort psico lógico R/C estrés situacional Estado en el que un individuo muestra una apertura y deseo genuino de alcanzar un mayor bienestar emocional y una reducción de la angustia mental.	Confort psicológico Autocontrol de la ansiedad (NOC 1402) Autoeficacia.	Promoción del bienestar psicológico Fomento de la autoexpresión Intervenciones de relajación Educación sobre el manejo del estrés Apoyo social	Crear un entorno acogedor y seguro para el paciente, asegurando que tenga acceso a recursos que fomenten su bienestar y tranquilidad. Realizar sesiones de escucha activa, donde el paciente pueda expresar sus preocupaciones y miedos, validando sus emociones. Facilitar conversaciones estructuradas donde el paciente pueda verbalizar sus emociones, utilizando preguntas abiertas para estimular el diálogo. Implementar técnicas de escritura terapéutica, donde el paciente pueda escribir un diario sobre sus experiencias y reflexiones personales. Instruir al paciente en técnicas de respiración profunda, ayudándole a practicar durante sesiones de relajación guiada. Organizar sesiones de meditación donde se utilicen ejercicios de mindfulness, ayudando al paciente a centrarse en el momento presente.

Discusión y Conclusión:

Actualmente se trata, siempre que sea posible por estabilidad hemodinámica, de llevar a cabo un tratamiento conservador en los casos de hematoma hepático por traumatismo. Esto es debido a la evolución natural de la hemostasia espontánea, sumado a la gran capacidad regenerativa del hígado. Todo esto conlleva que se puedan resolver los casos sin intervención quirúrgica y sus problemas derivados.

Bibliografía

1. Gander R, Molino JA, Santiago S, Laín A, Guillén G, Giné G, et al. Tratamiento conservador de los traumatismos hepáticos y sus complicaciones: gold-standard actual. Cir Pediatr. 2016;29:19-24.

2. Silvio-Estaba L, Madrazo-Gonzalez Z, Ramos-Rubio E. Actualización del tratamiento de los traumatismos hepáticos. Cir Esp. 2018;83(5):227-234.

3. Orozco F, Quiroga AN, Bernardo F, Crego N, Insausti A, Stork GM. Tratamiento mininvasivo de las complicaciones del traumatismo hepático cerrado. Rev Argent Cir. 2022;114(2):155-161.

Sindicato de Enfermería

Capítulo 74

Hemorroides en pediatría. Un caso clínico.

Prado Rodríguez- Barbero, Montserrat

Hemorroides en pediatría . Un caso clínico

Autora: Prado Rguez-Barbero, Montserrat. Unidad de cirugía vascular y neurocirugía del HGUCR

Introducción

Las hemorroides (venas inflamadas o hinchadas alrededor o dentro del ano) en niños no suelen ser muy frecuentes, pero su aparición se suele relacionar con el estreñimiento y con malos hábitos de evacuación. Se pueden presentar con rectorragia o no, siendo éste un síntoma alarmante y que genera bastante preocupación en los cuidadores

Observación Clínica

Niño con 4 años acude a consulta de pediatra por:
Rectorragia de repetición asociada a las defecaciones, acompañadas con aumento de dolor anal , evidenciándose por ello la negativa del menor a realizar evacuación.

Valorado desde los 3 años por el pediatra por dolor y dificultad al defecar.
El niño muestra buen aspecto general. Comenta tener buenos hábitos alimenticios, ingiriendo suficiente cantidad de líquidos. En cuanto:
A frecuencia de las deposiciones: cada 2/3 días.
Características de las deposiciones: como salchicha/chorizo largo con grietas

Exploración física: presenta ano con pequeñas fisuras
Exploraciones complementarias: madre muestra imagen tras defecación en la que se observa protrusión anal compatible con hemorroide junto con restos de sangre fresca en la zona perianal y en el interior del inodoro

Proceso de atención de enfermería. Plan de cuidados

Valoración inicial (V. Henderson), necesidades alteradas:

- Necesidad de comer y beber adecuadamente
- Necesidad de eliminación
- Necesidad de moverse y mantener posturas corporales
- Necesidad de dormir y descansar
- Necesidad de aprendizaje

Metodología

NANDA	NOC	NIC
(00126) Estreñimiento r/c esfuerzo defecatorio baja ingesta de fibra y líquidos m/p evacuaciones infrecuentes, dolor al defecar, heces duras.	(0501) Estado del bienestar intestinal	(0430) Manejo de estreñimiento (2380)Administración de la medicación (laxantes o evacuadores)
(00132) Dolor agudo r/c inflamación e irritación anal por hemorroides m/p llanto al defecar, rechazo a sentarse, irritabilidad.	(2102) Nivel de comodidad	(1400) Manejo del dolor (1050) Cuidados perianales
(00044) Hemorragia gastrointestinal r/c lesión vascular de hemorroides con sangrado m/p presencia de sangre roja brillante en heces o papel higiénico(rectorragia), llanto o molestia al defecar, irritabilidad, y posible disminución de la hemoglobina	(1602) Control del sangrado	(4180) Manejo de hemorragia (5602)Enseñanza: proceso de enfermedad
(00168) Afrontamiento familiar comprometido r/c situación de salud del hijo (hemorroides y sangrado rectal) ansiedad y preocupación por el problema m/c preocupación, preguntas frecuentes.	(2600) Afrontamiento familiar	(7040) Apoyo al cuidador principal (5240) Asesoramiento familiar

Discusión

Las hemorroides en pediatría son menos frecuentes que en el adulto, es cierto. Pero también es cierto que el no tratarlas y el no averiguar la causa puede llevar asociadas complicaciones como: hemorragias rectales o la negativa a defecar por miedo al dolor. Para ello, tanto la enfermería como la familia serán fundamentales para realizar: medidas de prevención, registros, hábitos alimenticios, vigilar signos y síntomas, tratamiento si precisa logrando el bienestar del niño.

Conclusiones

Plan de cuidados de enfermería intenta conseguir la adaptación a las necesidades individuales. Mejoría mantenida con la ayuda de laxantes periódicos, logrando defecaciones habituales sin dolor ni miedo. La familia participó a la hora de realizar registros en cuanto a: frecuencia, características y nivel de dolor en las defecaciones, en los cuidados y aplicación de tratamiento. Se les asesoró para detectar posibles signos de empeoramiento.

Bibliografía:

Domínguez Amillo E, Rodríguez de Alarcón García J. Patología anorectal. Formación activa en pediatría en atención primaria. 2023, vol. 16, nº 1.
https: //www.aeped.es, //guiananda.com //xenogene.es/ escala-bristol/

Resumen: *Las hemorroides son venas inflamadas o hinchadas alrededor o dentro del año, de tal forma que pueden ser externas o internas. Su aparición está más relacionada con los adultos lo cual no quiere decir que los niños no las puedan padecer. Muestra de ello es el siguiente caso clínico donde se presenta un plan de cuidados para hacer frente a las complicaciones, como hemorragias, y problemas, como el miedo, con los que tendrán que lidiar tanto niño como padres ante la presencia de esta patología.*

Palabras Clave: *Hemorroide, hemorragia, pediatría.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las hemorroides son venas inflamadas o hinchadas que se presentan alrededor o dentro del ano. En niños no suelen ser muy frecuentes, pero su aparición se suele relacionar con el estreñimiento y con malos hábitos de evacuación. Se pueden presentar con rectorragia o no, siendo éste un síntoma alarmante y que genera bastante preocupación en los cuidadores.

Observación clínica:

Niño de 4 años que es llevado a su pediatra para consultar episodio de rectorragia de repetición asociada a las defecaciones, acompañándose por dolor anal y por la negativa del niño a realizar evacuaciones.

En cuanto a sus antecedentes, el niño ha sido valorado desde los tres años por dolor y dificultad al defecar. La madre comenta tener buenos hábitos alimenticios, ingiriendo frutas, verduras y cantidad suficiente de líquidos. El niño muestra un buen aspecto general. En relación con las características de las deposiciones indica que con de forma de salchicha o chorizo largo con grietas y que las suele realizar cada 2/3 días.

Al realizar la exploración física, se observa un año con pequeñas fisuras.

No se realiza tacto rectal para evitar molestias mayores al niño, ya que como apoyo para la exploración la madre muestra una imagen tras la defecación en la que se observa protrusión anal compatible con hemorroide junto con restos de sangre fresca en la zona perianal y en el interior del inodoro.

Plan de cuidados:

Basándonos en la valoración inicial de las necesidades de Virginia Henderson, las necesidades alteradas:

Necesidad de comer y beber adecuadamente

Necesidad de eliminación

Necesidad de moverse y mantener posturas corporales

Necesidad de dormir y descansar

Necesidad de aprendizaje

A continuación, se describirán los diagnósticos de enfermería (NANDA), las intervenciones (NIC) y los resultados (NOC) que se pretenden basándonos en la última edición 2024-2026.

NANDA

(00126) Estreñimiento r/c esfuerzo defecatorio baja ingesta de fibra y líquidos m/p evacuaciones infrecuentes, dolor al defecar, heces duras.

NOC

(0501) Estado del bienestar intestinal

NIC

(0430) Manejo de estreñimiento

(2380) Administración de la medicación (laxantes o evacuadores)

NANDA

(00132) Dolor agudo r/c inflamación e irritación anal por hemorroides m/p llanto al defecar, rechazo a sentarse, irritabilidad.

NOC

(2102) Nivel de comodidad

NIC

(1400) Manejo del dolor

(1050) Cuidados perianales

NANDA

(00044) Hemorragia gastrointestinal r/c lesión vascular de hemorroides con sangrado m/p presencia de sangre roja brillante en heces o papel higiénico(rectorragia), llanto o molestia al defecar, irritabilidad, y posible disminución de la hemoglobina.

NOC

(1602) Control del sangrado

NIC

(4180) Manejo de hemorragia

(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad

NANDA

(00168) Afrontamiento familiar comprometido r/c situación de salud del hijo (hemorroides y sangrado rectal) ansiedad y preocupación por el problema m/c preocupación, preguntas frecuentes.

NOC

(2600) Afrontamiento familiar

NIC

(7040) Apoyo al cuidador principal

(5240) Asesoramiento familiar

Discusión:

Las hemorroides en pediatría son menos frecuentes que en el adulto, es cierto. Pero también es cierto que el no tratarlas y el no averiguar la causa puede llevar asociadas complicaciones como: hemorragias rectales o la negativa a defecar por miedo al dolor. Si a veces su manejo es difícil en los adultos, imaginemos en un contexto pediátrico. Para ello, tanto la enfermería como la familia serán fundamentales para realizar: medidas de prevención, registros, hábitos alimenticios, vigilar signos y síntomas, aplicación de tratamiento si precisa logrando el bienestar del niño.

Conclusión:

El plan de cuidados de enfermería intenta conseguir la adaptación a las necesidades individuales.

Se implicó a la familia a la hora de realizar registros en cuanto a: frecuencia, características y nivel de dolor en las defecaciones, en los cuidados y en la aplicación de tratamiento, ya que fue necesario el apoyo con la administración de laxantes de manera periódica para lograr una mejoría mantenida en el tiempo. De igual modo se les asesoró para detectar posibles signos de empeoramiento.

Bibliografía

1. Domínguez Amillo E, Rodríguez de Alarcón García J. Patología anorectal. Formación activa en pediatría en atención primaria. 2023, vol. 16, nº 1.

2. Webs:

https://www.aeped.es

https://www.guiananda.com

https://www.xenogene.es/ escala-bristol/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 75

Hiperprolactinemia secundaria a antipsicóticos y consecuencias clínicas: una revisión bibliográfica.

Saiz Herance, Verónica

HIPERPROLACTINEMIA SECUNDARIA A ANTIPSICÓTICOS Y CONSECUENCIAS CLÍNICAS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Saiz Herance, Verónica. *(Enfermera especialista en salud mental. H. U. 12 de Octubre)*

INTRODUCCIÓN

La hiperprolactinemia (HPRL) es el trastorno endocrino más frecuente de la unidad hipotálamo hipofisaria. La HPRL inducida por drogas es la causa más frecuente de HPRL no fisiológica. La prevalencia en pacientes psiquiátricos que toman antipsicóticos de forma continuada puede alcanzar entre el 30-70%, y hasta un 80% en pacientes que lo toman a corto plazo, en especial en jóvenes.

PRL normal	HPRL leve	HPRL grave
<20 ng/ml <25 ng/ml	Entre 50 y 100 ng/ml	>100 ng/ml

Resulta importante profundizar sobre este concepto ya que una de las principales causas de abandono del tratamiento psicofarmacológico en estos pacientes es la mala tolerabilidad, lo cual compromete la adherencia y genera riesgo de descompensación psicopatológica.

OBJETIVOS

- Conocer estrategias de prevención y detección de HPRL.
- Identificar los riesgos y las consecuencias clínicas que produce la HPRL tras el uso de psicofármacos.

MATERIAL Y MÉTODO

- Revisión bibliográfica.
- Criterios de inclusión:
  - Artículos publicados en los últimos 10 años.
  - Español o inglés.
  - Acceso a texto completo
- Palabras clave MeSH:
  - *"Hyperprolactinemia", "Antipsychotic Agents" y "Medication Adherence".*

RESULTADOS

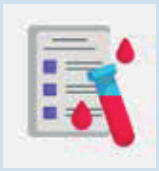
A CORTO PLAZO

- **Hipogonadismo**
- **Mujeres:** trastornos menstruales (anovulación, acortamiento de la fase lútea, oligomenorrea o amenorrea, infertilidad), disminución de la líbido, galactorrea.
- **Hombres:** disminución de la producción espermática, infertilidad, disminución de la libido, ginecomastia

A LARGO PLAZO

- Disminución masa osea, osteoporosis, osteopenia, riesgo de fractura de cadera.
- Aumenta riesgo cardiovascular.
- Aumenta riesgo de cáncer (endometrio, mama).

- En pacientes que toma antipsicóticos, e recomienda monitorizar los niveles de PRL antes de la prescripción farmacológica y a los 3 meses.
- Monitorización mediante:
  - Extracción sanguínea.
  - A cualquier hora del día.
  - Al menos 1 hora después de haberse despertado o de haber ingerido alimento.
  - Paciente en reposo.
  - Técnica no traumática.
- Resultados normales: frecuencia ANUAL.
- HPRL: cada 6 meses.
- Excepciones: aumento de dosis del fármaco, cambio de antipsicótico o presencia de sintomatología compatible con HPRL: cada 3 meses.



CONCLUSIONES

En pacientes con tratamiento antipsicótico, resulta relevante conocer las consecuencias clínicas derivadas de la HPRL y monitorizar adecuadamente los niveles de PRL para reducir los riesgos en la salud física a corto y medio plazo.

La enfermera especialista de salud mental acompaña al paciente y cobra un papel relevante debido a las diversas funciones que realiza en el manejo de medicamentos: educación para la salud, monitorización de efectos adversos, apoyo y asesoramiento, coordinación con otros profesionales de salud. Esto permite mejorar la adherencia terapéutica, reducir la sintomatología, prevenir recaídas y, por ende, mejorar la calidad de vida de los pacientes con problemas de salud mental.

BIBLIOGRAFIA

1. Labad J, Montalvo I, González-Rodríguez A, García-Rizo C, Crespo-Facorro B, Monreal JA, Palao D. Pharmacological treatment strategies for lowering prolactin in people with a psychotic disorder and hyperprolactinaemia: A systematic review and meta-analysis. Schizophr Res. 2020; 222:88-96. Citado en PubMed PMID 32507371.
2. Mana DL, Danilowicz K, Rizzo LFL. Impacto de la prolactina en psiquiatría. Separata. 2021; 29(6):1-34. Disponible en: https://www.montpellier.com.ar/Uploads/Separatas/Impacto%20de%20la%20Prolactina%20en%20Psiquiatria.pdf
3. Montejo AL, Arango C, Bernardo M, Carrasco JL, Crespo-Facorro B, Cruz JJ et al. Consenso español sobre los riesgos y detección de la hiperprolactinemia iatrogénica por antipsicóticos. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2016;9(3): 158-173. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-consenso-espanol-sobre-los-riesgos-S1888989116000239
4. Rusgis MM, Alabbasi AY, Nelson LA. Guidance on the treatment of antipsychotic-induced hyperprolactinemia when switching the antipsychotic is not an option. Am J Health Syst Pharm. 2021;78(10):862-871. Citado en PubMed PMID 33954421.

Resumen: *La hiperprolactinemia secundaria a la toma de antipsicóticos está presente en un 30-70% de los pacientes con problemas de salud mental que atendemos, pudiendo llegar a ser un factor que influya negativamente en la continuidad de la adherencia farmacológica.*

Con este trabajo, se pretende realizar una revisión bibliográfica que permita conocer cuáles son los efectos clínicos adversos que conlleva a corto y largo plazo y estrategias de detección.

Palabras Clave: *Hiperprolactinemia - Agentes antipsicóticos - Adherencia a la medicación.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La hiperprolactinemia (HPRL) es el trastorno endocrino más frecuente de la unidad hipotálamo hipofisaria. La HPRL inducida por drogas es la causa más frecuente de HPRL no fisiológica. La prevalencia en pacientes psiquiátricos que toman antipsicóticos de forma continuada puede alcanzar entre el 30-70%, y hasta un 80% en pacientes que lo toman a corto plazo, en especial en jóvenes.

Los niveles de prolactina (PRL) se consideran normales <25 ng/ml en mujeres y <20 ng/hombres. A partir de 50 ng/ml se considera HPRL leve y de 100 ng/ml HPRL grave.

Resulta importante profundizar sobre este concepto ya que una de las principales causas de abandono del tratamiento psicofarmacológico en estos pacientes es la mala tolerabilidad, lo cual compromete la adherencia y genera riesgo de descompensación psicopatológica.

Objetivos:

El objetivo principal de dicho trabajo es conocer estrategias de prevención y detección de HPRL. El objetivo secundario es identificar los riesgos y las consecuencias clínicas que produce la HPRL tras el uso de psicofármacos.

Material y Método:

Para realizar dicha revisión bibliográfica se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos PubMed, ScienceDirect y Scielo. Como criterios de inclusión de seleccionaron aquellos artículos publicados en los últimos 10 años, cuyo idioma fuera español o inglés y que tuviera acceso al texto completo.

Se utilizaron las siguientes palabras clave del MeSH: *"Hyperprolactinemia", "Antipsychotic Agents" y "Medication Adherence".*

Resultados:

La HPRL, a corto plazo, inhibe la secreción hipofisaria de la hormona luteinizante (LH) y de la hormona foliculoestimulante (FSH) generando hipogonadismo.

Las mujeres pueden presentar trastornos menstruales (anovulación, acortamiento de la fase lútea, oligomenorrea o amenorrea, infertilidad), disminución de la libido y/o galactorrea.

Los hombres pueden presentar disminución de la producción espermática, infertilidad, disfunción eréctil, disminución de la libido y/o ginecomastia.

A largo plazo, la HPRL, puede influir negativamente en la masa ósea (disminuyéndola), provocando mayor prevalencia de osteoporosis y osteopenia y aumentando el riesgo de fractura de cadera.

También se ha detectado que aumenta el riesgo de efectos cardiovasculares, así como algunos tipos de cáncer (endometrio y mama).

En los pacientes que toman antipsicóticos se recomienda monitorizar los niveles de PRL antes de empezar con el tratamiento farmacológico y a los 3 meses.

Para ello se debe de realizar una extracción sanguínea a cualquier hora del día, al menos una hora después de haberse despertado o de haber ingerido alimento, con el paciente en reposo. Se debe asegurar que la técnica no ha sido traumática ya que podría alterar los resultados.

Si los niveles se encuentran dentro de la normalidad, se deben de monitorizar con frecuencia anual.

En el caso de detectar HPRL, aunque sea leve, la frecuencia de monitorización se debe de realizar cada 6 meses.

Existen también particularidades donde la monitorización debe de repetirse a los 3 meses: en el caso de un aumento de dosis del fármaco, cambio de antipsicótico o presencia de sintomatología.

La comunicación con el paciente es fundamental para detectar efectos adversos de forma precoz, ya que es común que las alteraciones en el patrón sexual no sean comentadas de forma espontánea. También deben de monitorizarse las alteraciones sobre la mama y el ciclo menstrual en la mujer, al menos cada 3 meses.

Conclusiones:

En pacientes con tratamiento antipsicótico, resulta relevante conocer las consecuencias clínicas derivadas de la HPRL y monitorizar adecuadamente los niveles de PRL para reducir los riesgos en la salud física a corto y medio plazo.

La enfermera especialista de salud mental acompaña al paciente y cobra un papel relevante debido a las diversas funciones que realiza en el manejo de medicamentos: educación para la salud, monitorización de efectos adversos, apoyo y asesoramiento, coordinación con otros profesionales de salud. Esto permite mejorar la adherencia terapéutica, reducir la sintomatología, prevenir recaídas y, por ende, mejorar la calidad de vida de los pacientes con problemas de salud mental.

Bibliografía

1. Labad J, Montalvo I, González-Rodríguez A, García-Rizo C, Crespo-Facorro B, Monreal JA, et al. Pharmacological treatment strategies for lowering prolactin in people with a psychotic disorder and hyperprolactinaemia: a systematic review and meta-analysis. Schizophr Res. 2020;222:88-96.

2. Mana DL, Danilowicz K, Rizzo LF. Impacto de la prolactina en psiquiatría. Separata. 2021;29(6):1-34.

3. Montejo AL, Arango C, Bernardo M, Carrasco JL, Crespo-Facorro B, Cruz JJ, et al. Consenso español sobre los riesgos y detección de la hiperprolactinemia iatrogénica por antipsicóticos. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2016;9(3):158-173.

4. Rusgis MM, Alabbasi AY, Nelson LA. Guidance on the treatment of antipsychotic-induced hyperprolactinemia when switching the antipsychotic is not an option. Am J Health Syst Pharm. 2021;78(10):862-871.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 76

Hipoglucemia en Recién Nacido sin Reflejo de Succión

López Ramírez, María Dolores

HIPOGLUCEMIA EN RECIEN NACIDO SIN REFLEJO DE SUCCION

AUTORA: López Ramírez, Mª Dolores

INTRODUCCIÓN

La presencia en Recién nacidos (RNs) de niveles de glucosa en sangre por debajo de 47 mg/dl se denomina Hipoglucemia (HG) Neonatal. Puede deberse a un aporte inadecuado de glucosa, a un aumento en su utilización o a una combinación de ambos.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

RN a término de 3.200 g de peso. Pasadas unas horas del nacimiento, la madre intenta Lactancia materna (LM) en varias ocasiones pero el bebé no se agarra al pecho. Intenta con biberón pero no lo toma. Realizado control de glucemia, esta es de 32 mg/dl. Los padres y abuelos se muestran muy angustiados y preocupados.

La Enfermera que lo atiende (sin experiencia previa en atención a RNs) le intenta dar biberón de Fórmula Adaptada (FA) para revertir la HG sin éxito. El bebé no succiona.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

Se realiza por Enfermera generalista, con experiencia en atención en Unidad de Maternidad a mamás y bebés, nada más iniciar su turno y encontrarse con esta situación.

Se priorizan las actuaciones:

1º) Revertir la HG: Se le da FA con jeringa de 10 ml, se va echando en la boca del bebé poco a poco. El bebé la va tragando. Se le dan 20 ml.

2º) Control de glucemia: A los 30 minutos se le hace control de glucemia siendo esta de 60 mg/dl. De haber continuado con HG el bebé tendría que haber sido trasladado a UCI neonatal para canalizar vía venosa periférica y administrarle suero glucosado. Se le realiza algún control más en las sucesivas tomas para asegurarse glucemias en rango.

3º) Trabajar el reflejo de succión del bebé: El bebé no tiene reflejo de succión. Los padres no traían chupete. Se le fabrica uno con una tetina de biberón rellena con gasas y cerrada con esparadrapo. El chupete fabricado se le introduce al bebé en la boca, se le mueve un poco y el bebé empieza a darle con su lengüecilla. El bebé va desarrollando reflejo de succión. Se les indica a los padres que le vayan poniendo el chupete para que vaya practicando el reflejo de succión.

4º) Se realiza Educación sanitaria en LM a la madre y se le recuerdan los beneficios de esta para el bebé y para ella. Se le ayuda a la madre en la LM pero al tener mamas dolorosas decide no lactar.

5º) Se vigila que el bebé haga buenas tomas: Se constata buena succión y deglución al tomar los biberones.

DISCUSIÓN

- La incidencia de HG en el período neonatal es mayor que en otras edades pediátricas. En RNs a término es de 5-7% y en RNs pretérmino es de 3'2-14'7%.
- Algunos RNs toleran bien la HG sin ningún síntoma clínico.
- La HG mantenida o recurrente conduce a una lesión neurológica permanente (desarrollo intelectual más pobre).
- Se deben realizar controles seriados de glucosa en todos los RNs que tengan síntomas que hagan sospechar HG.
- La LM es la alimentación óptima para el bebé con beneficios nutricionales, inmunológicos, digestivos y metabólicos. El personal de Enfermería debe fomentarla y proporcionar información y adiestramiento a las madres. Suele iniciarse en las primeras horas postparto con tomas c/3h y comenzando con 10 ml. Cada día se irá aumentando en 10 ml. Pasada una semana, el Pediatra y la Enfermera darán las siguientes pautas.
- Cuando la LM no es posible el bebé se alimentará con Lactancia artificial (LA). Debe realizar buenas tomas c/2-3h para mantener los niveles de glucosa en sangre por encima de 47 mg/dl.
- La prevención de la aparición de HG en RNs, sobre todo en grupos de riesgo,y un control rápido de la misma cuando se produce, disminuye de manera importante el riesgo de secuelas neurológicas.

CONCLUSIÓN

La rápida actuación de la Enfermera experimentada, dándole FA con jeringa,los controles glucémicos realizados y conseguido el reflejo de succión del bebé tras haberlo trabajado, permitieron que pudiera realizar buenas tomas con biberón.

Previniendo la aparición de HG y controlándola rápidamente cuando se produce, disminuye de manera importante el riesgo de secuelas neurológicas.

La anticipación y prevención es esencial en el manejo de la HG. Debe iniciarse una alimentación precoz en las primeras horas de vida y alimentar cada 2-3 horas.

sescam Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
SATSE
Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha
Ciudad Real

Resumen: *Se presenta un caso de hipoglucemia en un recién nacido sin reflejo de succión. La rápida actuación de una enfermera con experiencia permitió revertir la hipoglucemia mediante administración con jeringa, controlar glucemias y trabajar el reflejo de succión con chupete fabricado, evitando ingreso en UCI. Se realizó educación sanitaria a los padres y seguimiento de tomas. Este caso evidencia la importancia de la intervención temprana de enfermería y la prevención en el manejo de hipoglucemia neonatal para reducir riesgo de secuelas neurológicas.*

Palabras Clave: *Hipoglucemia - Recién nacido - Lactancia*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La presencia en Recién nacidos (RNs) de niveles de glucosa en sangre por debajo de 47 mg/dl se denomina Hipoglucemia (HG) Neonatal. Puede deberse a un aporte inadecuado de glucosa, a un aumento en su utilización o a una combinación de ambos.

Observación Clínica:

RN a término de 3.200 g de peso. Pasadas unas horas del nacimiento, la madre intenta Lactancia materna (LM) en varias ocasiones, pero el bebé no se agarra al pecho; intenta con biberón, pero no lo toma. Realizado control de glucemia, esta es de 32 mg/dl. Los padres y abuelos se muestran muy angustiados y preocupados.

La Enfermera que lo atiende (sin experiencia previa en atención a RNs) le intenta dar biberón de Fórmula Adaptada (FA) para revertir la HG sin éxito. El bebé no succiona.

Plan de Cuidados Enfermeros:

Se realiza por Enfermera generalista, con experiencia en atención en Unidad de Maternidad a mamás y bebés, nada más iniciar su turno y encontrarse con esta situación.

Se priorizan las actuaciones:

1º) Revertir la HG: Se le da FA con jeringa de 10 ml, se va echando en la boca del bebé poco a poco. El bebé la va tragando. Se le dan 20 ml.

2º) Control de glucemia: A los 30 minutos se le hace control de glucemia siendo esta de 60 mg/dl. De haber continuado con HG el bebé tendría que haber sido trasladado a UCI neonatal para canalizar vía venosa periférica y administrarle suero glucosado. Se le realiza algún control más en las sucesivas tomas para asegurarse glucemias en rango.

3º) Trabajar el reflejo de succión del bebé: El bebé no tiene reflejo de succión. Los padres no traían chupete. Se le fabrica uno con una tetina de biberón rellena con gasas y cerrada con esparadrapo. El chupete fabricado se le introduce al bebé en la boca, se le mueve un poco y el bebé empieza a darle con su lengüecilla. El bebé va desarrollando reflejo de succión. Se le indica a los padres que le vayan poniendo el chupete para que vaya practicando el reflejo de succión.

4º) Se realiza Educación sanitaria en LM a la madre y se le recuerdan los beneficios de esta para el bebé y para ella. Se le ayuda a la madre en la LM pero al tener mamas dolorosas decide no lactar.

5º) Se vigila que el bebé haga buenas tomas: Se constata buena succión y deglución al tomar los biberones.

Discusión:

La incidencia de HG en el período neonatal es mayor que en otras edades pediátricas. En RNs a término es de 5-7% y en RNs pretérmino es de 3'2-14'7%.

Algunos RNs toleran bien la HG sin ningún síntoma clínico.

La HG mantenida o recurrente conduce a una lesión neurológica permanente (desarrollo intelectual más pobre).

Se deben realizar controles seriados de glucosa en todos los RNs que tengan síntomas que hagan sospechar HG.

La LM es la alimentación óptima para el bebé con beneficios nutricionales, inmunológicos, digestivos y metabólicos. El personal de Enfermería debe fomentarla y proporcionar información y adiestramiento a las madres. Suele iniciarse en las primeras horas postparto con tomas c/3h y comenzando con 10 ml. Cada día se irá aumentando en 10 ml. Pasada una semana, el Pediatra y la Enfermera darán las siguientes pautas.

Cuando la LM no es posible el bebé se alimentará con Lactancia artificial (LA). Debe realizar buenas tomas c/2-3h para mantener los niveles de glucosa en sangre por encima de 47 mg/dl.

La prevención de la aparición de HG en RNs, sobre todo en grupos de riesgo, y un control rápido de la misma cuando se produce, disminuye de manera importante el riesgo de secuelas neurológicas.

Conclusiones:

La rápida actuación de la Enfermera, experimentada, dando LA con jeringa, los controles glucémicos realizados y conseguido el reflejo de succión del bebé tras haberlo trabajado, permitieron que el bebé pudiera realizar buenas tomas con biberón.

Previniendo la aparición de HG y controlándola rápidamente cuando se produce, disminuye de manera importante el riesgo de secuelas neurológicas.

La anticipación y prevención es esencial en el manejo de la HG. Debe iniciarse una alimentación precoz en las primeras horas de vida y alimentar cada 2-3 horas.

Bibliografía

https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007306.htm

https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=hypoglycemia-in-a-newborn-baby-90-P05065

https://www.abclawcenters.com/espanol /hipoglucemia-neonatal-y-lesiones-por-nacimiento/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 77

Impacto del checklist quirúrgico en la seguridad del paciente: una revisión sistemática desde la práctica enfermera

López Pinilla, Yolanda
Escudero Tutor, Laura
Madrigal Bercedo, Mª Isabel

IMPACTO DEL CHECKLIST QUIRÚRGICO DE LA OMS: ROL CLAVE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

SATSE

LOPEZ PINILLA, YOLANDA; ESCUDERO TUTOR, LAURA; MADRIGAL BERCEDO, Mª ISABEL;

INTRODUCCIÓN

Los errores quirúrgicos prevenibles siguen siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad en entornos hospitalarios. En respuesta a este problema, la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo las listas de verificación quirúrgica como herramienta para mejorar la seguridad del paciente durante la cirugía

OBJETIVO

Analizar la efectividad del checklist quirúrgico en la reducción de eventos adversos y destacar el rol del personal de enfermería en su implementación.

METODOLOGÍA

- Revisión sistemática (2015–2024)
- Bases: PubMed, Scopus, CINAHL, SciELO
- Palabras clave: checklist quirúrgico, seguridad del paciente, enfermería perioperatoria
- 18 estudios seleccionados

RESULTADOS

- ✅ Reducción de complicaciones quirúrgicas: 25–40 %
- ✅ Disminución de eventos adversos prevenibles
- ✅ Mejora en la comunicación del equipo quirúrgico
- ✅ Participación activa de enfermería:
  - Validación de pasos
  - Coordinación del equipo
  - Promoción de cultura de seguridad

CONCLUSIONES

El checklist quirúrgico es una herramienta eficaz para mejorar la seguridad del paciente. La enfermería perioperatoria cumple un rol fundamental en su aplicación, liderazgo y seguimiento. La capacitación continua y el compromiso del equipo son claves para su éxito.

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: *El análisis bibliográfico realizado examina la efectividad del checklist quirúrgico de la OMS en la mejora de la seguridad del paciente, destacando el papel fundamental del personal de enfermería. Evaluamos 18 investigaciones publicadas entre 2010 y 2024, elegidas de las bases de datos de PubMed y SciELO.*

Los estudios muestran una notable disminución en las complicaciones quirúrgicas y eventos adversos, así como una comunicación más efectiva entre el equipo quirúrgico.

La implicación activa del personal de enfermería es reconocida como un elemento fundamental para llevar a cabo el checklist quirúrgico y fomentar la cultura de seguridad en el área quirúrgica.

Palabras Clave: *Surgical Checklist - Patient Safety - Perioperative Nursing*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los errores quirúrgicos prevenibles siguen siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad hospitalaria. Para abordar esta cuestión, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la lista de verificación quirúrgica como una herramienta destinada a mejorar la seguridad del paciente durante la cirugía. Varios estudios han demostrado su efectividad para reducir eventos adversos y mejorar la comunicación dentro del equipo quirúrgico. En este contexto, la enfermería quirúrgica juega un papel fundamental en la implementación, cumplimiento y seguimiento de las listas de verificación quirúrgicas.

Objetivo:

Analizar la evidencia disponible sobre la efectividad del checklist quirúrgico en la reducción de eventos adversos quirúrgicos, considerando el papel fundamental del personal de enfermería en su implementación y seguimiento..

Metodología:

Se realizó una revisión bibliográfica. Las bases de datos consultadas fueron PubMed y SciELO. Los descriptores utilizados incluyeron: "surgical checklist", "patient safety", "perioperative nursing". Se incluyeron estudios publicados entre 2010 y 2024, en inglés y español, que evaluaran el impacto del checklist quirúrgico en contextos hospitalarios y que tenían en cuenta el papel de la enfermería en su aplicación.

Resultados:

De un total de 457 estudios inicialmente identificados, se seleccionaron 18 artículos. Los principales hallazgos fueron los siguientes:

- Reducción de complicaciones quirúrgicas en un rango del 25 al 40 %.

• Disminución de eventos adversos evitables, especialmente los relacionados con errores de identificación y fallos en la comunicación.

• Mejora en la comunicación interprofesional y en el cumplimiento de protocolos estandarizados.

La enfermería se posiciona como figura fundamental en la validación de los pasos del checklist, así como en la promoción de la cultura de seguridad y el trabajo en equipo.

Conclusiones:

El checklist quirúrgico se consolida como una herramienta eficaz para mejorar la seguridad del paciente en el ámbito quirúrgico. Su efectividad depende no solo de su implementación, sino del compromiso activo del equipo multidisciplinar, con especial relieve en el rol coordinador y proactivo del personal de enfermería. Fomentar la capacitación continua y el liderazgo enfermero resulta fundamental para maximizar el impacto positivo de esta herramienta en la práctica clínica.

Bibliografía

1. World Health Organization. Safe Surgery Saves Lives: Second GlobalPatient Safety Challenge. Geneva: WHO; 2009

2. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009;360(5):491-9.

3. Gawande A. Checklist: cómo una simple lista puede salvar nuestras vidas. Barcelona: Editorial Galaxia Gutenberg; 2011.

4. World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site infection. Geneva: WHO; 2016. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549882

5. Rodríguez-González F, Medina-Garzón J, Gómez-González M. Impacto de la lista de verificación quirúrgica en la seguridad del paciente. Rev Colomb Anestesiol. 2015;43(1):23–8.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 78

Impacto del ejercicio físico en la calidad de vida y la evolución del Alzheimer: Una síntesis de la evidencia para la práctica enfermera.

Nieves Rodríguez, Carlos Manuel

Impacto del ejercicio físico en la calidad de vida y la evolución del Alzheimer: Una síntesis de la evidencia para la práctica enfermera.

Autor: Carlos Manuel Nieves Rodriguez.

P. clave: "Ejercicio, Alzheimer, actividad motora, disfunción cognitiva".

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Alzheimer (1) se presenta como una demencia primaria cortical, neurodegenerativa irreversible de comienzo gradual y evolución lenta. Se caracteriza por el desarrollo de depósitos extracelulares e intracelulares, un deterioro de las funciones mentales superiores, conductuales y de la autonomía personal. Esta patología produce un gran impacto en el sistema sanitario debido a la falta de tratamiento y carácter crónico (2).

OBJETIVO: Realizar una revisión sistemática acerca de los efectos que produce el ejercicio físico en sujetos que padecen la enfermedad de Alzheimer.

RESULTADOS:

Venturelli et al. Realizaron un estudio clínico controlado aleatorizado en el que valoran la eficacia de un programa de caminata en la disminución del deterioro de las funciones cognitivas y funcionales en pacientes en fase avanzada de Alzheimer, residentes en residencia de ancianos con una muestra total de 21 sujetos con una edad media de 84 años y una puntuación entre 5 y 15 en el Mini-Mental State Examination (MMSE), con dependencia en más de 2 actividades de la vida diaria. El grupo intervenido ejecutó un programa basado en caminar media hora al día durante 4 sesiones semanales en un periodo de 6 meses. En cambio, el grupo control realizó actividades de ocio. La evaluación se realiza anterior y posteriormente al periodo de ejecución, a través de MMSE, índice de Barthel, y prueba de caminata durante 6 minutos. Los resultados obtenidos fueron que el grupo de actividad aeróbica presentó mejoras en la prueba de caminata de 6 minutos e índice de Barthel con una leve y lenta disminución, alrededor del 10%, en MMSE mientras que el grupo control mantuvo sus puntuaciones y una significativa disminución, alrededor del 50%, en MMSE. Este estudio concluyó que caminar puede ralentizar y estabilizar el deterioro cognitivo en pacientes con Alzheimer.

Castellano et al. llevaron a cabo un estudio no controlado publicado tuvo como objetivo determinar el efecto del ejercicio de tipo aeróbico en el metabolismo cerebral en una muestra de 10 sujetos en fase leve de la enfermedad de Alzheimer con una edad media de 73 años. Los individuos fueron sometidos a un programa de actividad de moderada intensidad que consistía en caminar sobre una cinta de correr durante 12 semanas. Posteriormente se calculó, que los individuos habían recorrido alrededor de 8.000 metros a la semana. Las mediciones a través de la prueba de absorción de glucosa cerebral (CMRglu) y acetoacetato (CMRacac), además de pruebas cognitivas y de neuroimagen. Finalmente, obtuvieron mejoras significativas en el anabolismo de acetoacetato en el cerebro aumentando la concentración de esta 3 veces más. Paralelamente, se obtuvieron leves mejoras a nivel cognitivo. Sin embargo, la absorción de glucosa se mantuvo en los mismos niveles. Por lo tanto, caminar da lugar a progresos positivos en las funciones cognitivas deterioradas. (3)

Panza et al. Publicó un metaanálisis en el que se analizan 19 estudios controlados y 23 intervenciones con objetivo de determinar la eficacia del ejercicio en las funciones cognitivas, evaluando un total de 1.145 individuos con diagnóstico de Alzheimer, deterioro cognitivo leve o en riesgo de padecer la enfermedad con una edad de 77 años alrededor. Entre las intervenciones evaluadas se encuentran, el ejercicio aeróbico aislado (65%) y combinado con ejercicios de resistencia (35%) aplicadas entre 1,4 a 3,4 días a la semana durante 4,6 meses y 2,5 meses. Como resultado, muestra que el ejercicio puede ralentizar el deterioro cognitivo siendo el más favorable el de tipo aeróbico e incluso es más eficaz al realizarse de forma aislada. (4)

METODOLOGÍA:

Revisión sistemática de la literatura en marzo de 2025.Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, PEDRO,Scielo,Cochrane,Lilacs.

Se han formado cadenas de búsqueda empleando las palabras claves y operadores Booleanos AND. Criterios de inclusión: artículos escritos en español o inglés, publicados en los años 2015 – 2025, a texto completo, de acceso gratuito. El tipo de estudio ha sido limitado a: ensayos controlados aleatorios, estudios piloto, metaanálisis y ensayos clínicos, ya que son los que aportan mayor evidencia científica. Criterios de exclusión: No se ha podido acceder a artículos de pago, y el titulo no se adapte al tema. Artículos que incluyen intervenciones multimodales combinadas con la dieta mediterránea, entrenamiento cognitivo o la musicoterapia. Se seleccionan 22 documentos para la revisión sistemática que ofrecen la información más relevante.

CONCLUSIONES:

Se concluye que el ejercicio físico puede conformar uno de los tratamientos no farmacológicos beneficiosos (5) en los pacientes con Alzheimer ya que se observa que es eficaz para paliar algunos de los síntomas característicos y específicos de la enfermedad. Se debe hacer hincapié sobre la promoción continuada de ejercicio físico en estos pacientes dada su gran importancia conformando la enfermería un papel esencial en este ámbito.

Las ganancias mayormente alcanzadas son a nivel cognitivo y en la aptitud cardiorrespiratoria, alcanzando también con esta última, mejoras cognitivas. Asimismo, los individuos presentan mayor autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria consiguiendo efectos positivos sobre la memoria y la atención. A su vez, se consigue incrementar la capacidad funcional, ejecutiva y física dando lugar, por tanto, a una disminución del riesgo de caídas y una locomoción más segura.

Por otro lado, el ejercicio de tipo aérobico parece ser el más beneficioso, aun así, el no aérobico también muestra beneficios pese a la limitación de la conclusión debido al escaso número de investigaciones encontradas en esta área.

Resumen: *INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Alzheimer se presenta como una demencia primaria cortical, neurodegenerativa irreversible de comienzo gradual y evolución lenta.*

OBJETIVO: Realizar una búsqueda sistemática de la literatura acerca de los efectos que produce el ejercicio físico en sujetos que padecen la enfermedad de Alzheimer

METODOLOGÍA. Revisión sistemática en las bases de datos PubMed, Pubmed, PEDRO,Scielo,Cochrane,Lilacs entre el 2015 - 2025.

RESULTADOS. Se presentan resultados de la revisión sistemática de las diferentes intervenciones basadas en programas de ejercicios, con sus beneficios en diferentes campos.

CONCLUSIONES. El ejercicio físico puede conformar uno de los tratamientos no farmacológicos beneficiosos en los pacientes con Alzheimer ya que se observa que es eficaz para paliar algunos de los síntomas característicos y específicos de la enfermedad.

Palabras Clave: *Alzheimer - Actividad motora - Disfunción cognitiva*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La enfermedad de Alzheimer (1) se presenta como una demencia primaria cortical, neurodegenerativa irreversible de comienzo gradual y evolución lenta. Se caracteriza por el desarrollo de depósitos extracelulares e intracelulares, un deterioro de las funciones mentales superiores, conductuales y de la autonomía personal. Esta patología produce un gran impacto en el sistema sanitario debido a la falta de tratamiento y carácter crónico. (2)

Objetivo:

Realizar una revisión sistemática acerca de los efectos que produce el ejercicio físico en sujetos que padecen la enfermedad de Alzheimer.

Metodología:

Revisión sistemática de la literatura en marzo de 2025 en las bases de datos Pubmed, PEDRO, Scielo, Cochrane, Lilacs. Se han formado cadenas de búsqueda empleando las palabras claves y operadores Booleanos AND. Criterios de inclusión: artículos escritos en español o inglés, publicados en los años 2015 – 2025, a texto completo, de acceso gratuito. El tipo de estudio ha sido limitado a: ensayos controlados aleatorios, estudios piloto, metaanálisis y ensayos clínicos, ya que son los que aportan mayor evidencia científica. Criterios de exclusión: No se ha podido acceder a artículos de pago, y el titulo no se adapte al tema. Artículos que incluyen intervenciones multimodales combinadas con la dieta mediterránea, entrenamiento cognitivo o la musicoterapia. Se seleccionan 22 documentos para la revisión sistemática que ofrecen la información más relevante.

Resultados:

Venturelli et al. Realizaron un estudio clínico controlado aleatorizado en el que valoran la eficacia de un programa de caminata en la disminución del deterioro de las funciones cognitivas y funcionales en pacientes en fase avanzada de Alzheimer, residentes en residencia de ancianos con una muestra total de 21 sujetos con una edad media de 84 años y una puntuación entre 5 y 15 en el Mini-Mental State Examination (MMSE), con dependencia en más de 2 actividades de la vida diaria. El grupo intervenido ejecutó un programa basado en caminar media hora al día durante 4 sesiones semanales en un periodo de 6 meses. En cambio, el grupo control realizó actividades de ocio. La evaluación se realiza anterior y posteriormente al periodo de ejecución, a través de MMSE, índice de Barthel, y prueba de caminata durante 6 minutos. Los resultados obtenidos fueron que el grupo de actividad aeróbica presentó mejoras en la prueba de caminata de 6 minutos e índice de Barthel con una leve y lenta disminución, alrededor del 10%, en MMSE mientras que el grupo control mantuvo sus puntuaciones y una significativa disminución, alrededor del 50%, en MMSE. Este estudio concluyó que caminar puede ralentizar y estabilizar el deterioro cognitivo en pacientes con Alzheimer.

Castellano et al. llevaron a cabo un estudio no controlado publicado tuvo como objetivo determinar el efecto del ejercicio de tipo aeróbico en el metabolismo cerebral en una muestra de 10 sujetos en fase leve de la enfermedad de Alzheimer con una edad media de 73 años. Los individuos fueron sometidos a un programa de actividad de moderada intensidad que consistía en caminar sobre una cinta de correr durante 12 semanas. Posteriormente se calculó, que los individuos habían recorrido alrededor de 8.000 metros a la semana. Las mediciones a través de la prueba de absorción de glucosa cerebral (CMRglu) y acetoacetato (CMRacac), además de pruebas cognitivas y de neuroimagen. Finalmente, obtuvieron mejoras significativas en el anabolismo de acetoacetato en el cerebro aumentando la concentración de esta 3 veces más. Paralelamente, se obtuvieron leves mejoras a nivel cognitivo. Sin embargo, la absorción de glucosa se mantuvo en los mismos niveles. Por lo tanto, caminar da lugar a progresos positivos en las funciones cognitivas deterioradas (3).

Panza et al. Publicó un metaanálisis en el que se analizan 19 estudios controlados y 23 intervenciones con objetivo de determinar la eficacia del ejercicio en las funciones cognitivas, evaluando un total de 1.145 individuos con diagnóstico de Alzheimer, deterioro cognitivo leve o en riesgo de padecer la enfermedad con una edad de 77 años alrededor. Entre las intervenciones evaluadas se encuentran, el ejercicio aeróbico aislado (65%) y combinado con ejercicios de resistencia (35%) aplicadas entre 1,4 a 3,4 días a la semana durante 4,6 meses y 2,5 meses. Como resultado, muestra que el ejercicio puede ralentizar el deterioro cognitivo siendo el más favorable el de tipo aeróbico e incluso es más eficaz al realizarse de forma aislada. (4)

Conclusiones:

Se concluye que el ejercicio físico puede conformar uno de los tratamientos no farmacológicos beneficiosos (5) en los pacientes con Alzheimer ya que se observa que es eficaz para paliar algunos de los síntomas característicos y específicos de la enfermedad. Se debe hacer hincapié sobre la promoción continuada de ejercicio físico en estos pacientes dada su gran importancia conformando la enfermería un papel esencial en este ámbito.

Las ganancias mayormente alcanzadas son a nivel cognitivo y en la aptitud cardiorrespiratoria, alcanzando también con esta última, mejoras cognitivas. Asimismo, los individuos presentan

mayor autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria consiguiendo efectos positivos sobre la memoria y la atención. A su vez, se consigue incrementar la capacidad funcional, ejecutiva y física dando lugar, por tanto, a una disminución del riesgo de caídas y una locomoción más segura.

Por otro lado, el ejercicio de tipo aérobico parece ser el más beneficioso, aun así, el no aérobico también muestra beneficios pese a la limitación de la conclusión debido al escaso número de investigaciones encontradas en esta área.

Bibliografía

1. Crous-Bou M, Minguillón C, Gramunt N, Molinuevo JL. Alzheimer's disease prevention: From risk factors to early intervention [Internet]. Vol. 9, Alzheimer's Research and Therapy. BioMed Central Ltd.; 2017 [cited 2025 Abril 03]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28899416/4.

2. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's Dement [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2025 Abril 03];16(3):391–460. Available from: https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/alz.12068

3. Castellano CA, Paquet N, DIonne IJ, Imbeault H, Langlois F, Croteau E, et al. A 3-Month Aerobic Training Program Improves Brain Energy Metabolism in Mild Alzheimer's Disease: Preliminary Results from a Neuroimaging Study. J Alzheimer's Dis [Internet]. 2017 [cited 2025 Abril 04];56(4):1459–68. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28157102/

4. Panza GA, Taylor BA, MacDonald H V., Johnson BT, Zaleski AL, Livingston J, et al. Can Exercise Improve Cognitive Symptoms of Alzheimer's Disease? J Am Geriatr Soc [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2025 Abril 04];66(3):487–95. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29363108/

5. Pereira-Payo D, Failde-Lintas N, Durán-Cano E, Adsuar Sala JC, Pérez-Gómez J. Seis semanas de ejercicio físico mejoran la capacidad funcional y la composición corporal en pacientes con Alzheimer. J Negat No Posit Results [Internet]. 2020 [cited 2025 Abril 05];5(2):156–66. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 79

Impacto psicológico de la hemodiálisis en pacientes y profesionales de la salud

Monescillo Ruedas, Alejandra
Del Hoyo Serrano, María Jesús
Pérez Trenado, María del Prado
Martínez Fernández, Carla

IMPACTO PSICOLOGICO DE LA HEMODIALISIS EN PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD.

Martínez Fernández, Carla; Pérez Trenado, M.ª del Prado; Monescillo Ruedas, Alejandra y Del Hoyo Serrano, María Jesús.

INTRODUCCION

La hemodiálisis es un tratamiento de sustitución renal destinada a personas con insuficiencia renal crónica.
Aunque es un procedimiento vital, en la prolongación de la vida, también conlleva profundos efectos no solo físicos, sino también psicológicos y sociales tanto para los pacientes como para los profesionales que los atienden.
Los pacientes sometidos a este tratamiento enfrentan múltiples desafíos emocionales derivados de la dependencia del procedimiento, las restricciones en su estilo de vida, y la carga de convivir con una enfermedad crónica.

Paralelamente, los profesionales de la salud que trabajan en unidades de diálisis, como médicos, enfermeros, auxiliares, están expuestos a situaciones de estrés continuo, desgaste emocional y vínculos prolongados con pacientes que muchas veces experimentan un deterioro progresivo.

El impacto psicológico resalta la necesidad de comprender y abordar los aspectos emocionales y psicosociales asociados a la hemodiálisis, no solo para mejorar la calidad de vida de los pacientes, sino también para proteger el bienestar y la salud mental del personal sanitario

OBJETIVO

Analizar el impacto psicológico del tratamiento de hemodiálisis, tanto en pacientes con insuficiencia renal crónica como en los profesionales de la salud que se encuentran en las unidades de hemodiálisis

METODOLOGÍA

Este trabajo cosiste en una revisión bibliografía, para la cual se realiza una búsqueda en la plataforma de Google Académico. Se emplean como palabras clave “insuficiencia renal crónica” “impacto psicosocial” “enfermería”. Finalmente se encuentran varios artículos, descartando aquellos de más de 10 años de publicación, y empleando para la realización de este trabajo 5 de ellos que cumplían con los criterios de inclusión impuestos por los profesionales que realizan este trabajo.

RESULTADOS

Impacto en el paciente	Impacto en el profesional
Ansiedad y depresión	Estrés ocupacional
Alteración de la imagen corporal y autoestima	Síndrome de Burnout
Limitaciones sociales y laborales	Desensibilización emocional
Pérdida de autonomía y control	Conflictos éticos y frustración profesional
Aislamiento y fatiga emocional	

Los **pacientes** sometidos a hemodiálisis enfrentan una transformación profunda en su vida cotidiana.
El tratamiento, que generalmente requiere sesiones de 3 a 4 horas, tres veces por semana, impone un régimen rígido que interfiere con múltiples aspectos de su bienestar.

Los **profesionales** que trabajan en unidades de hemodiálisis también se enfrentan a un entorno emocionalmente exigente; el vínculo constante con pacientes crónicos general una carga emocional derivado del deterioro progresivo del paciente.

Existe una herramienta para la **evaluación del malestar emocional de los pacientes en diálisis (EE-D**). Esta escala es breve y semiestructurada, creada para evaluar el estado emocional del paciente con ERC avanzada en diálisis. Está creada para ser llevada a cabo por un profesional.
Consiste en cinco preguntas que evalúan:
- Tristeza y nerviosismo
- Áreas de preocupación
- Recursos del paciente para hacer frente a la enfermedad
- Signos externos de malestar

CONCLUSIONES

La hemodiálisis, aunque es un tratamiento esencial para la supervivencia de muchas personas con enfermedad renal crónica, provoca importantes desafíos psicológicos.
Los pacientes se enfrentan a cambios físicos, emocionales y sociales que afectan su calidad de vida.

Por otro lado, los profesionales que los acompañan, viven un entorno cargado emocionalmente que deriva en estrés crónico, ocasionando un gran desgaste psicológico.

Por lo que conocer y atender estos aspectos no sólo mejora la salud mental de los involucrados, sino que también optimiza la calidad del tratamiento y la relación terapéutica.

SATSE

Resumen: *La hemodiálisis es un tratamiento esencial en los pacientes con insuficiencia renal crónica para poder sobrevivir, pero conlleva una serie de complicaciones tanto a nivel físico como psicosocial, interfiriendo de un modo u otro en el estilo de vida del paciente. No solo el paciente se puede ver afectado, si no también el personal de las unidades de hemodiálisis ya que se enfrentan a pacientes con los que comparten largos periodos de tiempo, durante el cual comparten vivencias, estrechan lazos y son testigos de los avances o retrocesos de la enfermedad, lo que puede afectar a su estado emocional.*

Palabras Clave: *Insuficiencia renal crónica - Enfermería - Impacto psicosocial*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La hemodiálisis es un tratamiento de sustitución renal destinada a personas con insuficiencia renal crónica.

Los pacientes sometidos a este tratamiento enfrentan múltiples desafíos emocionales derivados de la dependencia del procedimiento, las restricciones en su estilo de vida, y la carga de convivir con una enfermedad crónica.

Paralelamente, los profesionales de la salud que trabajan en unidades de diálisis están expuestos a situaciones de estrés continuo, desgaste emocional y vínculos prolongados con pacientes que muchas veces experimentan un deterioro progresivo.

El impacto psicológico resalta la necesidad de comprender y abordar los aspectos emocionales y psicosociales asociados a la hemodiálisis, no solo para mejorar la calidad de vida de los pacientes, sino también para proteger el bienestar y la salud mental del personal sanitario.

Objetivo:

Objetivo principal: Analizar el impacto psicológico del tratamiento de hemodiálisis, tanto en pacientes con insuficiencia renal crónica como en los profesionales de la salud que se encuentran en las unidades de hemodiálisis

Metodología:

Este trabajo cosiste en una revisión bibliografía, para la cual se realiza una búsqueda en la plataforma de Google Académico. Finalmente se encuentran varios artículos, descartando aquellos de más de 10 años de publicación, y empleando para la realización de este trabajo 5 de ellos que cumplían con los criterios de inclusión impuestos por los profesionales que realizan este trabajo.

Resultados:

Impacto psicológico en pacientes.

Los pacientes sometidos a hemodiálisis enfrentan una transformación profunda en su vida cotidiana. El tratamiento impone un régimen rígido que interfiere con múltiples aspectos de su bienestar.

a) Ansiedad y depresión.

Los estudios indican que la prevalencia de depresión en pacientes en hemodiálisis puede superar el 20-30%. La ansiedad es frecuente al inicio del tratamiento.

b) Alteración de la imagen corporal y autoestima.

El cuerpo del paciente cambia debido al tratamiento: aparición de fistula arteriovenosa, pérdida de masa muscular, palidez, uso de catéter, hinchazón; estos cambios físicos afectan a la percepción de sí mismos, disminuyendo la autoestima en muchos casos y dando lugar al rechazo hacia su propio cuerpo.

c) Limitaciones sociales y laborales.

La rutina del tratamiento limita significativamente a la vida social y profesional del paciente, muchos pierden su empleo o ven restringida sus oportunidades laborales, provocando sentimientos de inutilidad y frustración. Las relaciones sociales también son afectadas, ya que el tiempo, la energía y las restricciones dietéticas dificultan la participación en actividades comunes.

d) Perdida de la autonomía y control.

Al depender de una máquina para vivir, muchos pacientes experimentan una profunda sensación de perdida de autonomía, llevando esta dependencia a una crisis de identidad, frustración e incluso una actitud pasiva o de resistencia al tratamiento.

e) Aislamiento y fatiga emocional.

El aislamiento es un problema frecuente, debido a las largas sesiones de diálisis y el estado de salud debilita las oportunidades de interacción social, además el tratamiento conlleva efectos secundarios como fatiga, hipotensión y malestar general, provocando un agotamiento físico y emocional crónico.

Impacto psicológico en profesionales de la salud

El vínculo constante con pacientes crónicos genera una carga emocional derivada del deterioro progresivo del paciente.

a) Estrés ocupacional.

El mantener estable a un paciente durante el tratamiento provoca una presión en el profesional, ya que tiene que estar en alerta para prevenir complicaciones agudas y un saber estar ante una situación de urgencia.

b) Síndrome de Burnout.

Este síndrome es muy común en entre el personal, debido al agotamiento emocional que se padece, a la despersonalización y la baja realización personal, manifestándose en forma de irritabilidad, insomnio, falta de motivación y sentimientos de ineficacia.

c) Desensibilización emocional.

Para proteger el desgaste emocional, algunos profesionales adoptan actitudes de distanciamiento afectivo, afectando de manera negativa a la calidad del trato al paciente, ya que genera ambientes fríos o impersonales en las unidades de hemodiálisis.

d) Conflictos éticos y frustración profesionales.

Conforme avanza la enfermedad renal y las limitaciones al tratamiento, se generan dilemas éticos frecuentes: ¿cuándo insistir con un tratamiento que prolonga el sufrimiento?, ¿cómo manejar el rechazo del paciente hacia la terapia?

Existe una herramienta para la evaluación del malestar emocional de los pacientes en diálisis (EE-D). Esta escala es breve y semiestructurada, creada para evaluar el estado emocional del paciente con ERC avanzada en diálisis. Está creada para ser llevada a cabo por un profesional.

Consiste en cinco preguntas que evalúan:

- Tristeza y nerviosismo

- Áreas de preocupación

- Recursos del paciente para hacer frente a la enfermedad

- Signos externos de malestar.

Podemos decir que esta herramienta cuenta con una serie de ventajas que ayuda a los profesionales sanitarios a explorar el estado emocional de los pacientes en diálisis:

- Permite detectar precozmente la ansiedad y la depresión en pacientes en hemodiálisis, facilitando la aplicación de las intervenciones oportunas.

- Herramienta breve y de fácil aplicación por parte del personal de Enfermería.

- Mejora la atención integral, favorece la comunicación emocional y promueve un cuidado más humanizado.

- Cuenta con un respaldo científico sólido tras un riguroso proceso de validación multicéntrica, demostrando fiabilidad y validez.

Conclusión:

La hemodiálisis, aunque es un tratamiento esencial para la supervivencia de muchas personas con enfermedad renal crónica, provoca importantes desafíos psicológicos tanto para los propios pacientes como para los profesionales que los atienden.

Por lo que conocer y atender estos aspectos no sólo mejora la salud mental de los involucrados, sino que también optimiza la calidad del tratamiento y la relación terapéutica.

Bibliografía

1. García, L., Sánchez, M., & Otero, P. Estudio sobre el impacto emocional de la hemodiálisis domiciliaria en pacientes con insuficiencia renal crónica. Congreso de la Sociedad Española de Nefrología; 2024.

2. Romero, E., et al. Escuela de pacientes renales: un enfoque integral para la toma de decisiones en enfermedad renal crónica avanzada; 2025.

3. Pérez-Gómez, M., et al. Impacto psicológico de la hemodiálisis en pacientes: una revisión sistemática. Revista Española de Nefrología; 2022.

4. López, J., & García, F. Burnout en profesionales de la salud en unidades de diálisis: una revisión crítica; 2021

5. González-Pérez MA, Gómez-Romero MJ, Martínez-Rodríguez A, Reig-Ferrer A. Informe sobre la validación multicéntrica de un instrumento para la evaluación del malestar emocional para pacientes renales en diálisis (EE-D). Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2019.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 80

Implementación de Aplicaciones Móviles en el Manejo de la Diabetes

Gómez López, Belén Encarnación

XVI CONGRESO
DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA:
INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO

IMPLEMENTACIÓN DE APLICACIONES MÓVILES EN EL MANEJO DE LA DIABETES

Gómez López, Belén Encarnación

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una condición crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en la sangre. Actualmente, gracias al desarrollo tecnológico, existen numerosas aplicaciones móviles diseñadas específicamente para ayudar en el manejo de esta enfermedad, como apps de nutrición, ejercicio físico, monitorización de glucosa, suministro de insulina... Evidenciándose sus beneficios en el control de la glucemia y por tanto de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de literatura científica utilizando las bases de datos Cuiden, SciELO y Science Direct, empleando los DeCS y MeSH para construir la búsqueda. Aparte algunas de las palabras clave utilizadas fueron: “diabetes mellitus”, “salud digital”, “calidad de vida” y “dispositivos electrónicos”.
El propósito principal fue llevar a cabo una revisión bibliográfica de la evidencia actual sobre el uso de salud digital en personas con diabetes mellitus, especialmente de tipo 1. Asimismo, se buscó analizar si estas nuevas herramientas tecnológicas contribuyeron a mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

RESULTADOS

Dexcom
Dexcom

MyFitnessPal: cuenta calorías

My Dose Coach
METEDA s.r.l.

Carbs & Cals: Diet & Diabetes

La mayoría de las aplicaciones específicas para la diabetes están orientadas a gestionar los niveles de glucosa en sangre y apoyar la toma de decisiones, especialmente en aspectos como el cálculo de porciones de alimentos y la administración de insulina. Algunas otras están enfocadas en el control del sobrepeso y la obesidad, ofreciendo pautas alimentarias y rutinas de ejercicio que resultan útiles, especialmente en pacientes con diabetes tipo 2.
Los avances en la tecnología móvil tienen el potencial de mejorar la calidad de vida al facilitar el monitoreo y control de la glucemia, promover la actividad física, hacer seguimiento del progreso, y proporcionar orientación sobre la dieta y ajustar mejor la dosis de insulinoterapia.
También es fundamental fortalecer la comunicación entre el paciente y los profesionales de salud.
Mientras que los jóvenes incorporan fácilmente estas herramientas en su vida diaria, las personas mayores requieren más tiempo y apoyo para adaptarse a su uso, por lo que habría brecha digital en este grupo poblacional.

CONCLUSIONES

Aunque estas aplicaciones pueden resultar muy útiles en la práctica clínica general, no se puede ignorar que la amplia oferta existente en el ámbito sanitario puede dificultar la elección de la más adecuada. Además, aún se dispone de escasa evidencia sobre su efectividad y seguridad, y la implicación de los profesionales de la salud en su diseño y desarrollo sigue siendo limitada.
Sin embargo, su evolución es prometedora y abre nuevas posibilidades para pacientes de todas las edades, especialmente porque los dispositivos son cada vez más accesibles incluso para personas mayores.
Un aspecto crucial que no debe pasarse por alto es la necesidad de garantizar la protección de los datos clínicos.
Por último, se insta a las agencias reguladoras y a las empresas fabricantes a actuar con urgencia y en conjunto con profesionales de la salud, investigadores y personas con diabetes mellitus, con el fin de construir un entorno que permita a los pacientes gestionar su condición de forma segura y eficaz, generando beneficios para todas las partes involucradas.

Resumen: *La diabetes es una condición crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en la sangre. Actualmente, gracias al desarrollo tecnológico, existen numerosas aplicaciones móviles diseñadas específicamente para ayudar en el manejo de esta enfermedad, como apps de nutrición, ejercicio físico, monitorización de glucosa, suministro de insulina.*

Evidenciándose sus beneficios en el control de la glucemia y por tanto de la enfermedad.

El propósito principal fue llevar a cabo una revisión bibliográfica de la evidencia actual sobre el uso de salud digital en personas con diabetes mellitus, especialmente de tipo 1. Asimismo, se buscó analizar si estas nuevas herramientas tecnológicas contribuyeron a mejorar la calidad de vida.

Palabras Clave: *"Calidad De Vida" - "Dispositivos Electrónicos" - "Salud Digital"*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La diabetes es una condición crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en la sangre. Actualmente, gracias al desarrollo tecnológico, existen numerosas aplicaciones móviles diseñadas específicamente para ayudar en el manejo de esta enfermedad, como apps de nutrición, ejercicio físico, monitorización de glucosa, suministro de insulina... Evidenciándose sus beneficios en el control de la glucemia y por tanto de la enfermedad.

Material y Métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica de literatura científica utilizando las bases de datos Cuiden, SciELO y Science Direct, empleando los DeCS y MeSH para construir la búsqueda. Aparte algunas de las palabras clave utilizadas fueron: "diabetes mellitus", "salud digital", "calidad de vida" y "dispositivos electrónicos".

El propósito principal fue llevar a cabo una revisión bibliográfica de la evidencia actual sobre el uso de salud digital en personas con diabetes mellitus, especialmente de tipo 1. Asimismo, se buscó analizar si estas nuevas herramientas tecnológicas contribuyeron a mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

Resultados:

La mayoría de las aplicaciones específicas para la diabetes están orientadas a gestionar los niveles de glucosa en sangre y apoyar la toma de decisiones, especialmente en aspectos como el cálculo de porciones de alimentos y la administración de insulina. Algunas otras están enfocadas en el control del sobrepeso y la obesidad, ofreciendo pautas alimentarias y rutinas de ejercicio que resultan útiles, especialmente en pacientes con diabetes tipo 2.

Los avances en la tecnología móvil tienen el potencial de mejorar la calidad de vida al facilitar el monitoreo y control de la glucemia, promover la actividad física, hacer seguimiento del progreso, y proporcionar orientación sobre la dieta y ajustar mejor la dosis de insulinoterapia.

También es fundamental fortalecer la comunicación entre el paciente y los profesionales de salud.

Mientras que los jóvenes incorporan fácilmente estas herramientas en su vida diaria, las personas mayores requieren más tiempo y apoyo para adaptarse a su uso, por lo que habría brecha digital en este grupo poblacional.

Conclusiones:

Aunque estas aplicaciones pueden resultar muy útiles en la práctica clínica general, no se puede ignorar que la amplia oferta existente en el ámbito sanitario puede dificultar la elección de la más adecuada. Además, aún se dispone de escasa evidencia sobre su efectividad y seguridad, y la implicación de los profesionales de la salud en su diseño y desarrollo sigue siendo limitada.

Sin embargo, su evolución es prometedora y abre nuevas posibilidades para pacientes de todas las edades, especialmente porque los dispositivos son cada vez más accesibles incluso para personas mayores.

Un aspecto crucial que no debe pasarse por alto es la necesidad de garantizar la protección de los datos clínicos.

Por último, se insta a las agencias reguladoras y a las empresas fabricantes a actuar con urgencia y en conjunto con profesionales de la salud, investigadores y personas con diabetes mellitus, con el fin de construir un entorno que permita a los pacientes gestionar su condición de forma segura y eficaz, generando beneficios para todas las partes involucradas

Bibliografía

1. Cano JMM, Priego CG, Hernández JAC. Aplicación del enfoque de problemas a la diabetes mellitus de tipo 2 en educación médica: una revisión integrativa. Inf Tecnológica. 2020;31(3):121-34.

2. Ramírez JRB, González XMB, Román XCJ, Trejo JAO, Arellano M del RM. Aplicación móvil para el control de diabetes. Biociencias. 2021;16(2):63-73.

3. González Gamboa D, Londoño Gálvez S, Lozano Dávila C. Evaluación de aplicaciones dietéticas enfocadas en diabetes mellitus tipo 2 por medio de la metodología uMARS (Mobile Application Rating Scale) entre los periodos 2015-2022 [Internet] [B.S. thesis]. Enfermería; 2024 [citado 13 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.uceva.edu.co/bitstream/handle/20.500.12993/4425/TG-dgonzalez-slondono-clozano.pdf?sequence=1

4. Hernández-García F, González-Velázquez VE, García ERP, Herrera LAL, Pedraza-Rodríguez EM, Pérez AP, et al. Validación y aplicación de la escala de percepción del tratamiento con insulina en pacientes cubanos con diabetes mellitus tipo 2. Endocrinol Diabetes Nutr. 2022;69(10):791-801.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 81

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN ENFERMERÍA: Transformando los cuidados desde la evidencia a la práctica

Martinez Olmedo, Celia
Montaño Herrera, Liliana Patricia
Montes Mansilla, Marta
Velázquez Peña, Manuel Jesús
Buitrago Campos, Beatriz
Manzanares Cepeda, Beatriz

Sindicato de Enfermería

XVI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA: INNOVACIÓN Y TÉCNICA EN EL CUIDADO

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN ENFERMERÍA:

Transformando los cuidados desde la evidencia a la práctica

Resumen:
La inteligencia artificial (IA) está transformando la práctica enfermera al facilitar decisiones más precisas, atención personalizada y optimización de recursos. Esta revisión explora sus aplicaciones en cuidados enfermeros, así como beneficios, barreras y retos éticos. Se subraya la necesidad de formación específica y evidencia científica sólida para garantizar un uso seguro y eficaz en la práctica clínica.

Palabras clave: (DeCS-BIREME).
Inteligencia artificial, Enfermería, Tecnología Sanitaria.

INTRODUCCIÓN

La inteligencia artificial (IA), ofrece nuevas herramientas para afrontar los reos actuales de la enfermería. Esta tecnología permite anticipar complicaciones, mejorar la calidad de los cuidados y personalizar intervenciones. Sin embargo, su integración plantea desafíos éticos y formativos. Esta revisión analiza su impacto desde una perspectiva basada en la evidencia.

OBJETIVO

Analizar el impacto de la inteligencia artificial e la enfermería, identificando beneficios, retos y barreras para su implementación, así como sintetizar la evidencia sobre su aplicación en el cuidado de pacientes.

Diagrama de flujo (fuente: elaboración propia)

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en Pubmed (y Dialnet, con términos MeSH y DeCS relacionados con IA y enfermería. Se incluyeron estudios de 2024 y 2025, en español o inglés, centrados en el uso de la iA en la práctica enfermera. Se aplicaron criterios PICO y se excluyeron trabajos sin enfoque enfermero o sin rigor metodológico.

Estudio	País	Diseño	n	Edad (años)	Intervención	Resultados
Topaz et al. (2024)	Internacional	Revisión de alcance	76	30-55	Identificación de barrera y facilitadores en el uso de la IA	Barrera comunes: ética, formación, resistencia al cambio
Martinez-Gonzalez (2024)	España	Revisión narrativa	100	No Registrado	IA en el diagnóstico y seguimiento clínico en atención primaria	Mayor eficiencia, necesidad de regulación y validación
Healton & Flores (2025)	EEUU	Estudio descriptivo	82	35-50	Algoritmos predictivos para planificación de cuidados	Mayor precisión diagnóstica y reducción de errores
Sánchez & Gómez (2024)	España	Análisis ético/teórico	No aplica	No aplica	Consideraciones éticas del uso de IA en enfermería	Ética, privacidad y autonomía del paciente
Silva RM et al. (2024)	Brasil	Estudio cuantitativo predictivo	150	28-50	Clasificador predictivo de carga laboral en enfermería	Reducción de carga asistencial y mejora en asignación de recursos

Tabla resumen artículos (fuente: elaboración propia).

RESULTADOS

De 54 estudios iniciales, se seleccionaron 5 artículos relevantes (2024-2025), con una muestra total de 400 profesionales de enfermería (30-55 años de edad). Los diseños incluyen revisiones sistemáticas, estudios cuantitativos, descriptivos y ensayos piloto.

La IA se aplica en monitorización de pacientes, detección precoz , gestión de recursos y formación del personal. Sus beneficios incluyen mayor precisión diagnóstica y reducción de carga administrativa. No obstante, persisten barreras como la resistencia al cambio, falta de formación, preocupaciones éticas y escasa validación clínica. Se destaca la necesidad de integrar. alos profesionales de enfermería en el desarrollo y evaluación de estas herramientas.

CONCLUSIÓN

La IA ofrece una gran oportunidad para mejorar los cuidados enfermeros, aportando eficiencia y personalización. Sin embargo, su integración exige superar barreras éticas y formativas. Se requiere seguir investigando y contar con la participación activa de la enfermería para asegurar un uso fiable, efectivo y centrado en el beneficio real de los pacientes.

Autores:
- Martinez Olmedo, Celia
- Montaño Herrera, Liliana Patricia
- Buitrago Campos, Beatriz
- Manzanares Cepeda, Beatriz
- Montes Mansilla, Marta
- Velázquez Peña, Manuel Jesús

Bibliografía.
1. Topaz M, Kamquilla C, Pellowe L-M, Hibber B. Barriers and facilitators to artificial intelligence adoption in nursing practice: A scoping review. Int J Nurs Stud. 2024;342:104620.
2. Martínez-González M, Pérez-López FR. Aplicaciones de la inteligencia artificial en la atención primaria: una revisión. Atención Primaria. 2024;56(3):103-109.
3. Healton R, Flores M. Artificial Intelligence in Nursing: Transforming Care through Predictive Analytics. J Nurs Adm. 2025;55(1):1-10.
4. Sánchez R, Gómez M. Ética y uso de inteligencia artificial en enfermería: reflexiones actuales. Enferm Clín. 2024;34(2):89-95.
5. Silva RM, Silva RM, Silva RM. Carga de trabajo de enfermería: uso de inteligencia artificial para desarrollar un clasificador predictivo. Rev Bras Enferm. 2024;77(5):e20230942.

Resumen: *Los resúmenes tendrán un contenido máximo de 100 palabras (sin incluir bibliografía) y deberá aportar suficiente información sobre el contenido del trabajo presentado, de modo que sea posible valorar la relevancia del trabajo presentado.*

- La integración de la inteligencia artificial (IA) en el ámbito sanitario está revolucionando la práctica enfermera, permitiendo una toma de decisiones más precisa, una atención personalizada y una mejora en la gestión del tiempo y recursos. Esta revisión analiza las aplicaciones actuales de la IA en cuidados enfermeros, sus beneficios y las barreras existentes para su implementación.

Se destacan las implicaciones éticas, la necesidad de formación específica y la importancia de una evidencia científica sólida para asegurar su uso seguro y eficazen la práctica clínica.

Palabras Clave: *Se incluirán tres palabras clave, utilizando términos del Medical SubjectHeadings del "IndexMedicus" o los Descriptores en Ciencias de Salud realizados por BIREME.*

http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde (bvsalud.org)

- Inteligencia artificial - Enfermería - Tecnología sanitaria

Desarrollo del Trabajo:

Tendrá un contenido máximo de 900 palabras, no incluyendo espacios. Se estructurará siguiendo en todos sus apartados, las normas de presentación establecidas según tipo de trabajo. Los apartados estarán adecuadamente ordenados y serán coherentes entre sí. No podrán incluir gráficos, figuras, tablas, agradecimientos o citas bibliográficas. En caso de utilizar abreviaturas, el término completo deberá preceder a su primer uso, que irá entre paréntesis.

• La estructura de los trabajos de investigación debe respetar el formato de presentación establecido: Introducción, Objetivos, Material y Método, Resultados y Conclusiones.

• La estructura de las revisiones sistemáticas y bibliográficas deben seguir el formato de presentación establecido: Introducción, Objetivos, Material y Método, Resultados y Conclusiones.

• La estructura de los casos clínicos debe respetar el formato de presentación establecido: Introducción, Observación Clínica, Plan de cuidados enfermero, Discusión y Conclusiones.

Introducción:

La inteligencia artificial (IA) ha emergido como una herramienta transformadora en el ámbito de la salud, ofreciendo nuevas formas de gestionar datos clínicos, optimizar procesos y apoyar la toma de decisiones clínicas. En el contexto de la enfermería, la IA tiene el potencial de mejorar la calidad de los cuidados, anticipar complicaciones y personalizar intervenciones. La incorporación de esta tecnología responde al reto creciente de atender a una población envejecida, con múltiples patologías crónicas y una elevada demanda asistencial. Sin embargo, su implementación conlleva importantes desafíos relacionados con la ética, la seguridad y la capacitación del personal sanitario. Esta revisión pretende explorar cómo la inteligencia artificial está modificando la práctica enfermera, desde una perspectiva basada en la evidencia clínica.

Objetivos:

Objetivo general.

Analizar el impacto de la inteligencia artificial en la práctica enfermera actual, en términos de beneficios, retos y aplicaciones actuales.

Objetivos específicos.

Identificar las barreras y facilitadores de su implementación.

Sintetizar la evidencia disponible sobre herramientas basadas en IA aplicadas al cuidado de pacientes.

Material y Métodos:

Criterios de elegibilidad (PICO):

→ Participantes: profesionales de enfermería

→ Intervención: implementación de herramientas basadas en Inteligencia Artificial.

→ Comparación: práctica sin apoyo tecnológico o con tecnología tradicionales.

→ Resultados: mejora de la calidad asistencial, eficiencia y satisfacción personal.

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed y Dialnet. Se

utilizaron términos MeSH y DeCS como “inteligencia artificial” AND “enfermería”

AND “tecnología sanitaria”, usando operadores booleanos.

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: artículos publicados entre enero de 2024 y mayo de 2025, en español o inglés, con texto completo disponible, y centrados en el uso de inteligencia artificial en el ámbito de la enfermería. Se excluyeron artículos duplicados, estudios centrados exclusivamente en medicina o sin enfoque enfermero y, aquellos, sin suficiente rigurosidad metodológica.

Resultados:

Se identificaron inicialmente 54 estudios. Tras aplicar los filtros y los criterios de inclusión y de exclusión, se seleccionaron 5 artículos relevantes para la revisión.

Se extrajeron los siguientes datos de cada estudio: el año de publicación es entre 2024 y 2025, las muestra total es de alrededor 400 profesionales, la edad media de los participantes de de 30 a 55 años, y en cuanto al diseño, se trata de revisiones sistemáticas, estudios cuantitativos, descriptivos y ensayos piloto.

Los estudios analizados coinciden en señalar que la inteligencia artificial está siendo aplicada en distintas áreas del cuidado enfermero: monitorización de pacientes crónicos, detección precoz de deterioro clínico, gestión de recursos asistenciales y formación del personal mediante simulaciones inteligentes.

Uno de los principales beneficios es la mejora en la precisión diagnóstica y en la planificación de cuidados individualizados, gracias a algoritmos predictivos que procesan grandes volúmenes de datos clínicos. También se ha observado una reducción de la carga administrativa mediante el uso de asistentes virtuales y sistemas de registro automático.

Sin embargo, los artículos revisados también destacan desafíos importantes. Entre ellos, la resistencia al cambio por parte del personal sanitario, la falta de formación específica en el uso de estas herramientas y las preocupaciones éticas relacionadas con la privacidad de los datos y la autonomía del paciente. Asimismo, algunos estudios señalan la necesidad de validar los algoritmos utilizados, ya que muchos carecen de pruebas clínicas suficientes que garanticen su fiabilidad en escenarios reales. Finalmente, se hace énfasis en la importancia de integrar a los profesionales de enfermería en el desarrollo y evaluación de estas tecnologías para garantizar su aplicabilidad y utilidad en la práctica cotidiana.

Conclusiones:

La inteligencia artificial representa una oportunidad para transformar los cuidados enfermeros, aportando eficiencia, precisión y personalización. No obstante, su incorporación requiere superar barreras estructurales, éticas y formativas. La evidencia actual indica que, aunque el potencial es elevado, es necesario seguir investigando y generando protocolos basados en buenas prácticas para su implementación segura y efectiva. La enfermería debe asumir un papel activo en este proceso de innovación, participando en el diseño, evaluación y uso crítico de herramientas basadas en inteligencia artificial (IA), con el fin de garantizar que el desarrollo tecnológico se traduzca en una mejora real de los cuidados prestados a la población.

Bibliografía

1. Bibliografía 1: Topaz M, Ronquillo C, Peltonen L-M, Nibber R. Barriers and facilitators to artificial intelligence adoption in nursing practice: A scoping review. Int J Nurs Stud. 2024;143:104520.

2. Bibliografía 2: Martínez-González M, Pérez-López FR. Aplicaciones de la inteligencia artificial en la atención primaria: una revisión. Atención Primaria. 2024;56(3):102–109.

3. Bibliografía 3: Heaton R, Flores M. Artificial Intelligence in Nursing: Transforming Care through Predictive Analytics. J Nurs Adm. 2025;55(1):14–20.

4. Bibliografía 4: Sánchez R, Gómez M. Ética y uso de inteligencia artificial en enfermería: reflexiones actuales. Enferm Clin. 2024;34(2):90–95.

5. Bibliografía 5: Silva RM, Silva RM, Silva RM. Carga de trabajo de enfermería: uso de inteligencia artificial para desarrollar un clasificador predictivo. Rev Bras Enferm. 2024;77(1):e20230045.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 82

Intervenciones de enfermería con monitoreo remoto y tecnología en insuficiencia cardíaca

Gutiérrez del Val, Guillermo
Corchero Rodríguez, Ana

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON MONITOREO REMOTO Y TECNOLOGÍA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye una de las principales causas de ingreso hospitalario y de mortalidad mundial. En los últimos años han surgido herramientas que complementan de manera eficaz la atención sanitaria. La intervención de enfermería tiene un papel clave en el seguimiento, promoción del autocuidado y mejora de la adherencia terapéutica. Algunos estudios como el de Jing et al. afirman que las intervenciones de enfermería con nuevas tecnologías reducen los eventos adversos y pueden mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS

·Analizar la efectividad de la intervención enfermera mediante el monitoreo remoto y tecnología digital en pacientes con IC.
·Evaluar el impacto del seguimiento remoto sobre las hospitalizaciones y mortalidad
·Examinar el papel de la educación sanitaria enfermera en el autocuidado del paciente con IC.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science. Empleando la siguiente cadena de búsqueda: ("Heart Failure" OR "Cardiac Failure") AND ("Telemedicine" OR "Remote Monitoring" OR "mHealth") AND ("Nursing" OR "Telenursing") AND ("Intervention"). Se seleccionaron cuatro estudios siguiendo criterios de inclusión y exclusión.

RESULTADOS

Cajita et al. afirman que la mayoría de pacientes que utilizaron mHelth usaron apps móviles conectadas a monitores de presión arterial, peso y ECG, cierto es que algunas mostraron disminución de hospitalizaciones, otras no encontraron diferencias significativas.

Umeh et al. encontraron que la telemonitorización domiciliaria redujo la mortalidad total y cardiovascular tras un periodo de 12 meses, en cambio no hubo diferencias significativas en cuanto al número de hospitalizaciones por IC. En este estudio la enfermera llevó a cabo el 79% de los análisis métricos.

INSUFICIENCIA CARDÍACA

Jiang et al. evaluaron un programa domiciliario en la que los grupos de intervención mostraron mejoras significativas en aspectos como el autocuidado, síntomas físicos y funcionalidad respecto al grupo control.

Longhini et al. usaron una app personalizada por enfermeras, se observaron mejorías en el autocuidado y en monitorizar la sintomatología. Sin embargo solo el 50% utilizó la app con regularidad reflejando esto la necesidad de formación digital y medios adecuados.

CONCLUSIÓN

Las intervenciones enfermeras basadas en tecnologías digitales, telemonitorización y autocuidado en el domicilio muestran un alto potencial en cuanto a la mejora de la atención de los pacientes con IC. La mayoría de los beneficios se destacan en la reducción de mortalidad y mejora de la calidad de vida al igual que el autocuidado. Sin embargo la heterogeneidad tecnológica y la necesidad de formación en este ámbito tanto a pacientes como profesionales son barreras que se deben mejorar para el futuro.
La enfermera puede tener un rol clave en la aplicación y seguimiento de estas herramientas, promoviendo así un modelo asistencial más eficiente, humano y adaptado a las necesidades del paciente crónico. La integración de este modelo podría ser eficaz tanto para la práctica enfermera como para reducir los costes-efectividad de los sistemas de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Guillermo Gutiérrez del Val
Ana Corchero Rodríguez

Resumen: *La monitorización remota y las nuevas tecnologías han de mostrado ser una herramienta útil en el seguimiento de pacientes con Insuficiencia Cardíaca. En esta revisión se analiza el papel de la enfermería en el manejo de la telemonitorización y educación al paciente. Se analizaron cuatro artículos recogidos de las bases de datos de PubMed, Scopus y Web of Science. Los resultados han mostrado una mejoría en la calidad de vida y reducción hospitalaria; es por ello que la intervención de la enfermera en las nuevas tecnologías podría ser una herramienta eficaz y sostenible a la atención cardiovascular crónica.*

Palabras Clave: *Remote Monitoring - Heart Failure - Nursing*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye una de las principales causas de ingreso a nivel hospitalario y una de las mayores causas de mortalidad a nivel mundial en especial en países desarrollados. En los últimos años han surgido herramientas que complementen de manera eficaz la atención sanitaria. La intervención de enfermería tiene un papel clave en el seguimiento, promoción del autocuidado y mejora de la adherencia terapéutica. Algunos estudios como el de Xiang et al. las intervenciones de enfermería con tecnología reducen los eventos adversos y pueden mejorar los resultados clínicos.

Objetivos:

• Analizar la efectividad de la intervención enfermera mediante el monitoreo remoto y tecnología digital en pacientes con insuficiencia cardíaca.

• Evaluar el impacto del seguimiento remoto sobre las hospitalizaciones y mortalidad

• Examinar el papel de la educación sanitaria enfermera en el autocuidado del paciente con IC

Material y Métodos:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science. Empleando la siguiente cadena de búsqueda: ("Heart Failure" OR "Cardiac Failure") AND ("Telemedicine" OR "Remote Monitoring" OR "mHealth") AND ("Nursing" OR "Telenursing") AND ("Intervention"). Se seleccionaron cuatro estudios siguiendo estos criterios:

Criterios de inclusión:

• Artículos en inglés o español, con acceso a texto completo.

• Publicados entre 2016 y 2024.

• Intervenciones tecnológicas en pacientes con IC.

Criterios de exclusión:

- Artículos centrados en dispositivos sin telemonitorización.
- Estudios sin resultados sobre desenlaces clínicos.

Resultados:

Los cuatro estudios coinciden en que la intervención enfermera mediante telemonitorización puede mejorar la gestión clínica de pacientes con IC.

Cajita et al. afirman que la mayoría de pacientes que utilizaron mHelth usaron apps móviles conectadas a monitores de presión arterial, peso y ECG, cierto es que algunas mostraron disminución de hospitalizaciones otras no encontraron diferencias significativas.

En otro estudio elaborado por Umeh et al. realizaron una revisión en la que encontraron que la telemonitorización domiciliaria redujo la mortalidad total y cardiovascular tras un periodo de 12 meses, en cambio no hubo diferencias significativas en cuanto al número de hospitalizaciones por IC, en este estudio la enfermera llevó a cabo el 79% de los análisis métricos.

Longhini et al. combinaron una app móvil personalizada por enfermeras comunitarias, se observaron mejorías en el autocuidado en especial en el monitoreo de la sintomatología. Sin embargo solo el 50% utilizó la app con regularidad reflejando esto la necesidad de formación digital y medios adecuados.

Jiang et al. evaluaron un programa domiciliario en la que los grupos de intervención mostraron mejoras significativas en aspectos como el autocuidado, síntomas físicos y funcionalidad respecto al grupo control.

Conclusiones:

Las intervenciones enfermeras basadas en tecnologías digitales, telemonitorización y autocuidado en el domicilio muestran un alto potencial en cuanto a la mejora de la atención de los pacientes con IC. La mayoría de los beneficios se destacan en la reducción de mortalidad y mejora de la calidad de vida al igual que el autocuidado. Sin embargo la heterogeneidad tecnológica y la necesidad de formación en este ámbito tanto a pacientes como profesionales son barreras que se deben mejorar para el futuro.

La enfermera puede tener un rol clave en la aplicación y seguimiento de estas herramientas, promoviendo así un modelo asistencial más eficiente, humano y adaptado a las necesidades del paciente crónico. La integración de este modelo podría ser eficaz tanto para la práctica enfermera como para reducir los costes-efectividad de los sistemas de salud.

Bibliografía

1. Cajita MI, Gleason KT, Han HR. A systematic review of mHealth-based heart failure interventions. [Internet]. J Cardiovasc Nurs. 2016 [citado 13 de junio 2025]. 2016;31(3)

2. Umeh CA, Torbela A, Saigal S, et al. Telemonitoring in heart failure patients: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. World J Cardiol. 2022 [citado 13 de junio de 2025] ;14(12):640–656.

3.Longhini J, Canzan F, Zambiasi P, et al. A Nurse-Led Model of Care with Telemonitoring to Manage Patients with Heart Failure in Primary Health Care: A Mixed-Method Feasibility Study. Patient Prefer Adherence. [Internet] 2023 [citado 13 de junio de 2025] ;17:2579–2594.

4. Jiang Y, Koh KWL, Ramachandran HJ, et al. The effectiveness of a nurse-led home-based heart failure self-management programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure: A three-arm stratified randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. [Internet]. 2021 [citado 13 de junio de 2025] ;121:104003.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 83

Intervenciones de Enfermería en el Diagnóstico de Sibo

Corchero Rodríguez, Ana
Gutiérrez del Val, Guillermo

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE SIBO

INTRODUCCIÓN

El Sobrecrecimiento Bacteriano en el Intestino Delgado (SIBO) es una alteración digestiva caracterizada por una proliferación anormal de bacterias en el intestino delgado. Síntomas: distensión, dolor abdominal, diarrea o estreñimiento, pérdida de peso y deficiencias vitamínicas (B12 y D). Aunque su etiología no está completamente definida, se asocia con diversas comorbilidades. Ante su creciente prevalencia, resulta clave conocer los métodos diagnósticos disponibles.

OBJETIVOS

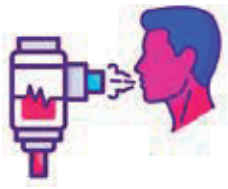
- Revisar los métodos diagnósticos actuales del SIBO.
- Identificar el papel de la enfermería en el abordaje del SIBO.

SIBO

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed, Web of Science y Scopus, con los términos: “Small Intestinal Bacterial Overgrowth” OR “SIBO” AND “Diagnosis” AND “Biomarkers”. Se incluyeron artículos en inglés o castellano, publicados en los últimos 10 años.

RESULTADOS



El método de referencia es la aspiración y cultivo del yeyuno proximal, que se considera positivo con ≥10^5 UFC/ml, o cifras menores si se detectan bacterias anómalas. Sin embargo, es invasivo y susceptible de contaminación.

Como alternativa, se usa la prueba del aliento, una técnica no invasiva en la que se mide el hidrógeno o metano exhalado tras ingerir una solución con glucosa o lactulosa. Un aumento de ≥20 ppm de hidrógeno en 180 minutos o cualquier elevación de metano en los primeros 90 minutos sugiere SIBO, aunque esta prueba es menos específica.

El diagnóstico de SIBO es complejo debido a la inespecificidad de sus síntomas, lo que dificulta su detección precoz. También se emplean pruebas complementarias como analítica sanguínea (PCR y hemograma) y análisis de heces para valorar la absorción de grasas y descartar otras enfermedades.

Desde el ámbito enfermero, destaca la educación sanitaria, la preparación del paciente para las pruebas, el seguimiento del tratamiento y la escucha activa ante el impacto emocional de la enfermedad. En muchos casos, se requiere iniciar una dieta baja en FODMAP, lo cual también debe ser supervisado.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de SIBO requiere la combinación de varias pruebas debido a la variabilidad clínica y la falta de un marcador único definitivo. El rol de la enfermería es clave tanto en el acompañamiento del paciente como en su preparación y seguimiento, especialmente ante cambios de estilo de vida y tratamiento nutricional.
La enfermera puede tener un rol clave en la aplicación y seguimiento de estas herramientas, promoviendo así un modelo asistencial más eficiente, humano y adaptado a las necesidades del paciente crónico. La integración de este modelo podría ser eficaz tanto para la práctica enfermera como para reducir los costes-efectividad de los sistemas de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Ana Corchero Rodríguez
Guillermo Gutiérrez del Val

Resumen: *El Sobrecrecimiento Bacteriano en el Intestino Delgado (SIBO) es una enfermedad gastrointestinal que se caracteriza por . Es una patología que cada día afecta a nuevas personas y en muchos casos es muy complicado su diagnóstico. Como en la actualidad es una enfermedad altamente prevalente, en este estudio se plantea estudiar los distintos métodos que se emplean para su diagnóstico.*

Palabras Clave: *Small Intestinal Bacterial Overgrowth - Diagnosis - Biomarkers*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Sobrecrecimiento Bacteriano en el Intestino Delgado (por su siglas en inglés, SIBO), es una patología digestiva que se caracteriza por la presencia elevada de bacterias en el intestino delgado, donde normalmente suele ser más limitada. Se manifiesta con dolor abdominal, diarrea o periodos de estreñimiento, gases, pérdida de peso y déficit vitamínico (Vitamina B12 y Vitamina D). La causa de esta enfermedad no está actualmente clara, se asocia a otras comorbilidades. Sin embargo, es una de las enfermedades que más se diagnostican en civilizaciones avanzadas. Es por ello, que nace la necesidad de desarrollar una revisión bibliografíca, para poder conocer la literatura disponible acerca de los métodos o biomarcadores que se utilizan para diagnosticar SIBO en la actualidad.

Objetivos:

- Investigar sobre los métodos diagnósticos en Sobrecrecimiento Bacteriano en Intestino Delgado (SIBO)

- Conocer las intervenciones de enfermería en relación con el SIBO.

Material y Métodos:

Para esta revisión bibliográfica se realizaron búsquedas en *Pubmed, Web Of Science y Scopus*, y se incorporaron distintos artículos procedentes de la bibliografía más relevante. Se empleó la siguiente cadena de búsqueda: “Small Intestinal Bacterial Overgrowth” OR “SIBO” AND “Diagnosis” AND “Biomarkers”. Entre los filtros empleados destacan como idioma Inglés o Castellano; y antigüedad no superior a 10 años.

Resultados:

Diagnosticar SIBO es una tarea compleja de realizar, debido a que las manifestaciones clínicas son inespecíficas, por lo que, no es extraño que se confunda con otras patologías digestivas y se tarde bastante tiempo en diagnosticar.

La prueba diagnóstica de referencia para diagnosticar SIBO consiste en la aspiración y cultivo de una muestra de liquido del instestino delgado (yeyuno proximal) mediante técnica endoscópica. Esta prueba tiene ciertos contras: técnica de recolección invasiva, contaminación por bacterias orofatingeas.

Para un resultado postivo se debe obtener ≥ 10^5 UFC/ml (unidades formadoras de colonias por mililitro) en el fluido luminal del yeyuno proximal; o a pesar de que sea una cifra menor también será positivo si hay presencia de bacterias colonizadoras o se detectan bacterias que no están presentes en saliva o jugos gastrícos.

Uno de lo métodos más frecuentado para diagnóstica SIBO es una prueba no invasiva denominada prueba del aliento. Para realizar esta prueba el paciente deberá tomar una solución de agua y glucosa, posteriormente se medirán los niveles de hidrógeno o metano exhalado. Para dar positivo en SIBO, se debe producir un aumento ≥ 20 ppm de hidrógeno en los primeros 180 minutos; o cualquier aumento de metano en los primeros 90 minutos. Este método es bastante más sencillo de realizar, sin embargo, es menos específico que otras pruebas.

También se puede realizar un análisis de sangre: la proteina C reactiva puede indicar inflamación, y en un hemograma completo se puede conocer el recuento de glóbulos blancos y las carencias vitamínicas. También se puede realizar un análisis de las heces para valorar la absorción de grasas y poder descartar patologías digestivas.

En una patología como el SIBO, el papel de la enfermería consistirá principalmente en realizar educación sanitaria, preparar al paciente para las pruebas diagnósticas y realizar un seguimiento del tratamiento que haya sido prescrito. Cabe destacar que se trata de una enfermedad con fuerte impacto emocional en los pacientes que son diagnosticados, y que en muchos casos tienen que modificar sus hábitos drásticamente, por lo que una tarea enfermera muy relevante es prácticar la escucha activa ante esta patología. Generalmente los pacientes con SIBO deben iniciar una dieta baja de FODMAP (Fermentable Oligosacáridos, Disacáridos, Monosacáridos y Polioles).

Conclusiones:

El SIBO es una enfermedad de díficil diagnóstico, existen distintas pruebas tales como: aspiración y cultivo de líquido yeyunal o prueba del aliento con lactulosa. Aunque también se pueden realizar analíticas de sangre o heces para descartar otras patologías.

En relación al rol de enfermera destacan: la educación sanitaria, la escucha activa, la preparación para pruebas diagnósticas y el seguimiento de pacientes.

Bibliografía

1. Hersko EC. SIBO and the Effectiveness of Treatment via Diet and Medication. The Science Journal of the Lander College of Arts and Sciences. 2024; 17 (2): 37-42. https://touroscholar.touro.edu/sjlcas/vol17/iss2/7/

2. Rasmussen J, Duriancik DM. Management of small intestinal bacterial overgrowth in adult patients. Gastroenterology Nursing. 2019; 42 (3): 269-76. DOI: 10.1097/SGA.0000000000000369

3. Santervás SI. Small intestine bacterial overgrowth (SIBO) breath test does not predict symptom severity in gut-brain. Gastroenterol J. 2022; 10 (1): 15-40. https://doi.org/10.17235/reed.2025.11157/2025

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 84

La comunicación persuasiva como efecto placebo en la administración de una inyección intramuscular de ketorolaco

López de Toro Martin-Consuegra, María Dolores
Taviro González-Nicolás, María del Mar
Almarcha Martín-Albo, Gabriela
Navarro Pacheco, Asunción

Gerencia de Atención Integrada Manzanares

SATSE

LA COMUNICACIÓN PERSUASIVA COMO EFECTO PLACEBO EN LA ADMINISTRACIÓN DE INYECCIONES INTRAMUSCULARES

AUTORAS: ALMARCHA MARTIN-ALBO GABRIELA, LÓPEZ DE TORO MARTIN-CONSUEGRA M.ª DOLORES, NAVARRO PACHECO ASUNCIÓN Y TAVIRO GONZÁLEZ-NICOLÁS M.ª DEL MAR.

INTRODUCCION

El término "placebo" alude a una intervención sin principio activo que, sin embargo, puede inducir efectos terapéuticos reales. Su eficacia se vincula con factores contextuales como la relación profesional sanitario-paciente, las expectativas del individuo y el contexto de la atención. De forma paralela, el efecto nocebo implica una respuesta adversa generada por sugestión negativa.

En este marco, la comunicación persuasiva actúa como un modulador verbal de la experiencia subjetiva del paciente. Al aplicar mensajes con carga emocional positiva, se potencian mecanismos cognitivos y neurofisiológicos implicados en la atenuación del dolor. Este estudio parte de la premisa de que una interacción verbal cuidadosa puede influir de forma significativa en la percepción del dolor agudo asociado a procedimientos habituales como la administración de una inyección intramuscular.

MATERIAL Y METODOS

Se diseñó un ensayo clínico aleatorizado controlado con una muestra de 175 pacientes adultos atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de Altagracia (Manzanares), entre abril y junio de 2024. Los criterios de inclusión fueron: edad mayor de 18 años, capacidad de comunicación y comprensión, y consentimiento informado firmado. Se excluyeron pacientes con alteraciones neurosensoriales, deterioro cognitivo, enfermedades que interfieran con la percepción del dolor, uso reciente de analgésicos, o que rechazaran participar.

La asignación a los grupos se realizó mediante muestreo aleatorio simple. El grupo experimental (n=88) recibió una comunicación persuasiva diseñada para inducir expectativas positivas sobre el efecto de la inyección, mientras que el grupo control (n=87) recibió un mensaje neutro estandarizado. Ambos mensajes fueron emitidos por profesionales entrenados para garantizar la homogeneidad en la intervención verbal.

Como variables principales se midieron la percepción del dolor mediante la escala EVA y la frecuencia cardíaca antes y después de la administración del fármaco. También se recogieron datos sociodemográficos (sexo, edad) y clínicos (diagnóstico, prioridad de triaje).

El análisis estadístico se realizó con SPSS 28.0. Se aplicaron pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para determinar el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas. Para la comparación de medias se utilizaron t de Student y U de Mann-Whitney, y para la comparación de proporciones se aplicó la prueba chi-cuadrado. El nivel de significación estadística se estableció en $p<0,05$. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC).

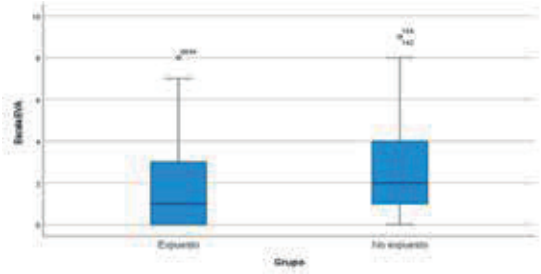


Figura 4

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio fue evaluar si la comunicación persuasiva previa a la administración de ketorolaco intramuscular reduce la percepción del dolor. Además, se planteó como objetivos secundarios analizar las diferencias en la frecuencia cardíaca antes y después de la intervención en ambos grupos, así como estimar la percepción del dolor en función del diagnóstico clínico y la prioridad asignada en el servicio de urgencias

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por un 53,7% de mujeres (n=94) y un 46,3% de hombres (n=81) **Figura 1** con una edad media de 51,22 años (DE=18,59) en el grupo expuesto y 52,23 años (DE=16,97) en el grupo no expuesto. El diagnóstico más frecuente fue trauma (68,6%), seguido de lumbalgia (19,4%) e infecciones (6,3%) **Figura 2**. La mayoría de los pacientes presentaron una prioridad IV en el triaje (74,9%). **Figura 3**

En cuanto a la variable principal, la percepción del dolor medida con la escala EVA, se observó una media de 1,90 (DE=2,11) en el grupo expuesto a comunicación persuasiva, frente a una media de 2,45 (DE=2,31) en el grupo control. Esta diferencia fue estadísticamente significativa (U de Mann-Whitney=3126; p=0,043). **Figura 4**

Además, los participantes del grupo experimental mostraron una mayor proporción de dolor leve (33%) y moderado (47,7%), frente a un 18,8% y 54,1% respectivamente en el grupo no expuesto. El dolor intenso fue menor en el grupo expuesto (13,6%) comparado con el grupo control (20%). **Figura 5**

En cuanto a la frecuencia cardíaca, ambos grupos presentaron valores similares antes y después de la inyección, sin diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, se observó una ligera reducción post-intervención en el grupo expuesto (media pre=79,32; post=80,06) frente al grupo no expuesto (pre=80,70; post=82,21).

Figura1

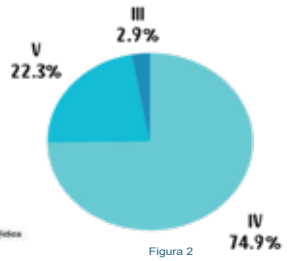


Figura 2

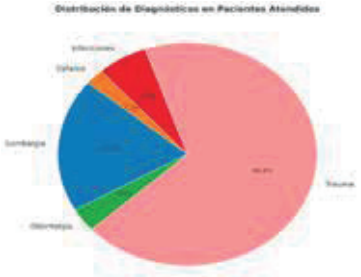


Figura 3

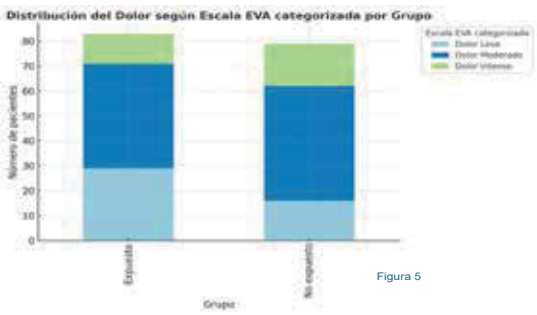


Figura 5

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos respaldan la hipótesis de que la comunicación persuasiva antes de una inyección intramuscular reduce de forma significativa la percepción del dolor. Esta estrategia verbal, sencilla y sin coste, puede incorporarse de forma sistemática en la práctica asistencial para mejorar la experiencia del paciente.

Resumen: *El efecto placebo describe una modificación fisiológica o psicológica en el paciente inducida por una intervención sin acción terapéutica directa. La comunicación persuasiva, entendida como un recurso verbal que influye en la percepción del paciente, podría potenciar este efecto. Este estudio evaluó el impacto de la comunicación persuasiva en la percepción del dolor tras la administración de ketorolaco intramuscular en un servicio de urgencias. Los resultados muestran una reducción significativa del dolor en pacientes expuestos a comunicación persuasiva, lo que sugiere su valor clínico como estrategia complementaria no farmacológica.*

Palabras Clave: *Comunicación persuasiva, efecto placebo, medición del dolor, inyecciones intramusculares, servicios médicos de urgencia.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El término "placebo" alude a una intervención sin principio activo que, sin embargo, puede inducir efectos terapéuticos reales. Su eficacia se vincula con factores contextuales como la relación profesional sanitario-paciente, las expectativas del individuo y el contexto de la atención. De forma paralela, el efecto nocebo implica una respuesta adversa generada por sugestión negativa.

En este marco, la comunicación persuasiva actúa como un modulador verbal de la experiencia subjetiva del paciente. Al aplicar mensajes con carga emocional positiva, se potencian mecanismos cognitivos y neurofisiológicos implicados en la atenuación del dolor. Este estudio parte de la premisa de que una interacción verbal cuidadosa puede influir de forma significativa en la percepción del dolor agudo asociado a procedimientos habituales como la administración de una inyección intramuscular.

Objetivos:

El objetivo principal de este estudio fue evaluar si la comunicación persuasiva previa a la administración de ketorolaco intramuscular reduce la percepción del dolor. Además, se planteó como objetivos secundarios analizar las diferencias en la frecuencia cardíaca antes y después de la intervención en ambos grupos, así como estimar la percepción del dolor en función del diagnóstico clínico y la prioridad asignada en el servicio de urgencias.

Material y Métodos:

Se diseñó un ensayo clínico aleatorizado controlado con una muestra de 175 pacientes adultos atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de Altagracia (Manzanares), entre abril y junio de 2024. Los criterios de inclusión fueron: edad mayor de 18 años, capacidad de comunicación y comprensión, y consentimiento informado firmado. Se excluyeron pacientes con alteraciones neurosensoriales, deterioro cognitivo, enfermedades que interfieran con la percepción del dolor, uso reciente de analgésicos, o que rechazaran participar.

La asignación a los grupos se realizó mediante muestreo aleatorio simple. El grupo experimental (n=88) recibió una comunicación persuasiva diseñada para inducir expectativas positivas sobre el efecto de la inyección, mientras que el grupo control (n=87) recibió un mensaje neutro estandarizado. Ambos mensajes fueron emitidos por profesionales entrenados para garantizar la homogeneidad en la intervención verbal.

Como variables principales se midieron la percepción del dolor mediante la escala EVA y la frecuencia cardíaca antes y después de la administración del fármaco. También se recogieron datos sociodemográficos (sexo, edad) y clínicos (diagnóstico, prioridad de triaje).

El análisis estadístico se realizó con SPSS 28.0. Se aplicaron pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para determinar el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas. Para la comparación de medias se utilizaron t de Student y U de Mann-Whitney, y para la comparación de proporciones se aplicó la prueba chi-cuadrado. El nivel de significación estadística se estableció en $p<0,05$. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC).

Resultados:

La muestra estuvo compuesta por un 53,7% de mujeres (n=94) y un 46,3% de hombres (n=81), con una edad media de 51,22 años (DE=18,59) en el grupo expuesto y 52,23 años (DE=16,97) en el grupo no expuesto. El diagnóstico más frecuente fue trauma (68,6%), seguido de lumbalgia (19,4%) e infecciones (6,3%). La mayoría de los pacientes presentaron una prioridad IV en el triaje (74,9%).

En cuanto a la variable principal, la percepción del dolor medida con la escala EVA, se observó una media de 1,90 (DE=2,11) en el grupo expuesto a comunicación persuasiva, frente a una media de 2,45 (DE=2,31) en el grupo control. Esta diferencia fue estadísticamente significativa (U de Mann-Whitney=3126; p=0,043).

Además, los participantes del grupo experimental mostraron una mayor proporción de dolor leve (33%) y moderado (47,7%), frente a un 18,8% y 54,1% respectivamente en el grupo no expuesto. El dolor intenso fue menor en el grupo expuesto (13,6%) comparado con el grupo control (20%).

En cuanto a la frecuencia cardíaca, ambos grupos presentaron valores similares antes y después de la inyección, sin diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, se observó una ligera reducción post-intervención en el grupo expuesto (media pre=79,32; post=80,06) frente al grupo no expuesto (pre=80,70; post=82,21).

Conclusiones:

Los datos obtenidos respaldan la hipótesis de que la comunicación persuasiva antes de una inyección intramuscular reduce de forma significativa la percepción del dolor. Esta estrategia verbal, sencilla y sin coste, puede incorporarse de forma sistemática en la práctica asistencial para mejorar la experiencia del paciente.

Bibliografía

1.Colloca L, Benedetti F. Placebos and painkillers: is mind as real as matter? Nat Rev Neurosci. 2005 Jul;6(7):545–52.

2.Kienle GS, Kiene H. The powerful placebo effect: fact or fiction? J Clin Epidemiol. 1997 Dec;50(12):1311–8.

3.Lam Díaz RM, Hernández Ramírez P. El placebo y el efecto placebo. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia [Internet]. 2014 Sep [cited 2022 Nov 2];30(3):214–22. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-02892014000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

4.González Blasco P, Aurélio Janaudis M, Rozenfeld Levites M. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. Atención Primaria [Internet]. 2006 Sep 1 [cited 2022 Nov 2];38(4:225–9. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706704826

5.Zubieta JK, Stohler CS. Neurobiological mechanisms of placebo responses. Ann N Y Acad Sci. 2009 Mar; 1156:198–210.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 85

La educación para la salud en la enfermedad celiaca

Saez Goicoechea, Adriana
Rodríguez Ruiz, Oria

SATSE CIUDAD REAL
VII CONGRESO INVESTIGACIÓN

SATSE

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ENFERMEDAD CELIACA

Adriana Sáez Goicoechea, Oria Rodríguez Ruiz

Introducción

La enfermedad celiaca, comúnmente conocida como celiaquía, se diferencia de la intolerancia al gluten por tratarse de un trastorno crónico autoinmune. Únicamente aparece en individuos genéticamente predispuestos y puede debutar en cualquier momento de la vida, siendo más común en la infancia.

El diagnostico diferencial se inicia desde la atención primaria retirando el gluten de la dieta y evaluando evolución en el paciente. Posteriormente, junto a atención especializada, para determinar el diagnostico de certeza se realizan una gastroscopia y biopsia de tejido intestinal, así como mediante pruebas de laboratorio de anticuerpos específicos en sangre.

Material y Método

Se realizó un revisión bibliográfica utilizando las bases de datos "Google académico", "PubMed" y el "Global Index Medicus" de la OMS utilizando términos de búsqueda junto a operadores boleanos: "enfermedad celiaca" [AND] "diagnóstico" [OR] "educación para la salud". Se seleccionaron tres documentos para su revisión en base a su relevancia para el tema y año de publicación.

Resultados

Una buena base educativa no solo facilita, si no que mejora la adhesión terapéutica y fomenta una mayor seguridad en el paciente respecto a su propia salud, haciéndolo participe de la misma y dándole control sobre la evolución de la enfermedad.

Las diferencias socioeconómicas de la población generan desigualdad en acceso, recursos, redes de apoyo y capacidad de comprensión y adherencia, por lo que la enfermera deberá adaptar su lenguaje y medios a las necesidades del paciente, utilizando las herramientas pertinentes para asegurar la mayor comprensión, participación y adherencia, manteniendo una comunicación y abierta y asertiva con las dudas y dificultades que cada paciente pueda tener.

Conclusiones

- La educación sanitaria debe buscar la mayor autonomía posible en el paciente a la hora de participar en su proceso, dado que es una condición crónica y cuyo tratamiento consiste en un cambio de hábitos de vida como es la dieta.
- Un lenguaje adaptado a su capacidad de comprensión, claridad a la hora de explicar los riesgos que supone para su salud no seguir la dieta sin gluten a corto, medio y largo plazo, compresión y asertividad en sus dudas y preocupaciones y consciencia de su situación socioeconómica y red de apoyo, ya que son 2 de factores que mas pueden desestabilizar la adherencia al tratamiento.

Bibliografía

Celiaca E. Protocolo para el diagnóstico precoz de la [Internet]. Gob.es. [citado el 24 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Celiaquia/enfermedadCeliaca.pdf#page=50&zoom=100,91,233
de Celiaquía Y A Sus Cuidadores PDEEPLASDAJRD. TRABAJO FIN DE GRADO [Internet]. Ehu.eus:8080. [citado el 24 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://addi3.ehu.eus:8080/bitstream/handle/10810/61946/TFG_Nogales.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Al-Toma A, Volta U, Auricchio R, Castillejo G, Sanders DS, Cellier C, et al. European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) guideline for coeliac disease and other gluten?related disorders. United European Gastroenterol J [Internet]. 2019 [citado el 24 de septiembre de 2023];7(5):583–613. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/

Resumen: *La enfermedad celiaca, trastorno autoinmune crónico, puede debutar y diagnosticarse en cualquier momento de la vida de aquellos individuos genéticamente predispuestos. Dicho diagnostico se inicia habitualmente desde la atención primaria y su único tratamiento es una dieta sin gluten. Esto hace que el mayor problema desde su diagnóstico sea una mala adherencia terapéutica, especialmente en pacientes adultos.*

Este trabajo pretende enfatizar los puntos clave en la educación sanitaria de estos pacientes así como el rol de la enfermera en dicho proceso.

Palabras Clave: *Enfermedad celiaca - Educación para la salud - Diagnóstico*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La enfermedad celiaca, comúnmente conocida como celiaquía, se diferencia de la intolerancia al gluten por tratarse de un trastorno crónico autoinmune. Únicamente aparece en individuos genéticamente predispuestos y puede debutar en cualquier momento de la vida, siendo más común en la infancia.

El diagnostico diferencial se inicia desde la atención primaria habitualmente, retirando el gluten de la dieta y evaluando la mejora y evolución en la salud del paciente. Si dicho diagnóstico diferencial apunta a estar en lo cierto, se pondrá en contacto con atención especializada, el servicio de digestivo concretamente de su hospital de referencia para determinar el diagnostico de certeza a través de una gastroscopia y biopsia de tejido intestinal, así como mediante pruebas de laboratorio de anticuerpos específicos en sangre.

Objetivos:

Los objetivos de este trabajo son definir los puntos clave de la educación para la salud en paciente celiacos

Enfocar el rol de la enfermera en el proceso educativo como central en la adherencia y participación activa del paciente en su propia salud.

Material y Métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos “Google académico”, “PubMed” y el “Global Index Medicus” de la OMS utilizando términos de búsqueda junto a operadores boleanos: “enfermedad celiaca” [AND] “diagnóstico” [OR] “educación para la salud”. Se seleccionaron tres documentos para su revisión en base a su relevancia para el tema y año de publicación.

Resultados:

De acuerdo con la revisión, una buena base educativa no solo facilita, si no que mejora la adhesión terapéutica y fomenta una mayor seguridad en el paciente respecto a su propia salud, hacién-

dolo participe de la misma y dándole control sobre la evolución de la enfermedad. Las diferencias socioeconómicas de la población generan desigualdad en acceso, recursos, redes de apoyo y capacidad de comprensión y adherencia, por lo que la enfermera deberá adaptar su lenguaje y medios a las necesidades del paciente, utilizando las herramientas pertinentes para asegurar la mayor comprensión, participación y adherencia, manteniendo una comunicación y abierta y asertiva con las dudas y dificultades que cada paciente pueda tener.

Conclusiones:

La educación sanitaria debe buscar la mayor autonomía posible en el paciente a la hora de participar en su proceso, dado que es una condición crónica y cuyo tratamiento consiste en un cambio de hábitos de vida como es la dieta.

La enfermera, junto al equipo multidisciplinar (MAP y trabajador social si fuera necesario), debe tratar al paciente individualmente atendiendo a sus necesidades particulares, mencionadas previamente. Un lenguaje adaptado a su capacidad de comprensión, claridad a la hora de explicar los riesgos que supone para su salud no seguir la dieta sin gluten a corto, medio y largo plazo, compresión y asertividad en sus dudas y preocupaciones y consciencia de su situación socioeconómica y red de apoyo, ya que son 2 de factores que mas pueden desestabilizar la adherencia al tratamiento.

Bibliografía

1. Bibliografía 1

Celíaca E. Protocolo para el diagnóstico precoz de la [Internet]. Gob.es. [citado el 24 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Celiaquia/enfermedadCeliaca.pdf#page=50&zoom=100,91,233

2. Bibliografía 2

de Celiaquía Y A Sus Cuidadores PDEEPLASDAJRD. TRABAJO FIN DE GRADO [Internet]. Ehu.eus:8080. [citado el 24 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://addi3.ehu.eus:8080/bitstream/handle/10810/61946/TFG_Nogales.pdf?sequence=1&isAllowed=y

3. Bibliografía 3

Al-Toma A, Volta U, Auricchio R, Castillejo G, Sanders DS, Cellier C, et al. European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) guideline for coeliac disease and other gluten?related disorders. United European Gastroenterol J [Internet]. 2019 [citado el 24 de septiembre de 2023];7(5):583–613. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210940/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 86

La enfermería y los Hospitales Magnéticos

Rodríguez Martin, Noelia
Martinez Naranjo, Maria Gracia

LA ENFERMERÍA Y LOS HOSPITALES MAGNÉTICOS

Los hospitales magnéticos son instituciones sanitarias que han obtenido la certificación Magnet reconocidos por promover un entorno laboral óptimo para el personal de enfermería lo que se traduce en una atención segura, efectiva y centrada en el paciente. Su certificación se basa en 5 pilares: liderazgo, empoderamiento estructural, práctica profesional, mejora continua e innovación. La evidencia demuestra que estos hospitales logran mayores niveles de satisfacción laboral, menor rotación del personal y mejores indicadores clínicos. Sin embargo, su implementación presenta desafíos como la inversión en liderazgo, formación y practicas basadas en la evidencia.

Autores
Rodriguez Martin, Noelia
Martinez Naranjo, Maria Gracia

INTRODUCCIÓN

La sociedad actual, caracterizada por su rápida evolución y un enfoque creciente en el bienestar integral, exige cambios en la atención sanitaria, claro ejemplo de ello son los hospitales magnéticos que representan un modelo de excelencia en la atención sanitaria, reconocido por la American Nurses Credentialing Center (ANCC). Este modelo se centra en crear un entorno de trabajo que atraiga y retenga a profesionales de enfermería altamente cualificados, promoviendo su satisfacción y empoderamiento. A través de la implementación de principios como liderazgo transformacional, empoderamiento estructural, práctica profesional ejemplar, innovación y resultados empíricos, se busca mejorar tanto el bienestar del personal como la calidad de la atención al paciente.

OBJETIVO

Analizar los beneficios del personal de enfermería sobre las características de los hospitales magnéticos, así como las mejoras para los pacientes, e investigar estos hospitales a nivel nacional.

PALABRAS CLAVE

- Hospitales magnéticos
- Enfermería
- Calidad asistencial

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de estudios recientes publicados en revistas utilizando bases de datos como PubMed, Medline, Google Scholar... Los criterios de inclusión fueron: estudios que compararan hospitales con y sin certificación Magnet e investigaciones que evaluaran la satisfacción del personal de enfermería, acotando por fecha de publicación desde 2020 hasta la actualidad.

RESULTADOS

Los artículos revisados coinciden en que los hospitales magnéticos representan un entorno ideal para el desarrollo de la práctica enfermería, ofreciendo beneficios significativos tanto para los profesionales de enfermería como para los pacientes. Fomentan la autonomía clínica y facilitan la educación avanzada y continua, observándose una atención más segura, eficaz y centrada en el paciente, promoviendo la práctica basada en la evidencia y con un gran enfoque para que las enfermeras participen de forma activa en el proceso de toma de decisiones clínicas.
En cuanto al personal de enfermería, los estudios destacan un impacto positivo, ya que mejora la satisfacción laboral contando con mayor autonomía, reconocimientos y oportunidades de desarrollo. Ademas, disminuye la rotación y agotamiento de los profesionales, reduciendo así el síndrome de Burnout. También estos hospitales promueven entornos más seguros donde hay una identificación temprana de riesgos, una comunicación más efectiva y una mejora continua, potenciando la autonomía profesional.
En base a la organización de los hospitales, estos logran consolidarse como instituciones más atractivas para el personal sanitario, fortaleciendo continuidad, creando un liderazgo que emerge como un componente esencial ya que fomenta la motivación, la innovación y la colaboración entre equipos multidisciplinares.
Finalmente, varios de los artículos señalan que, si bien el modelo Magnet se originó en Estados Unidos, su implementación en otros países, como España o América Latina, es viable y beneficiosa, requiriendo de una adaptación cultural e institucional importante, además de un compromiso organizacional continuo.
A nivel del territorio español, recientemente se ha otorgado la certificación Magnet a la Clínica Universidad de Navarra con sede en Pamplona, única acreditación a nivel nacional en España.

CONCLUSIÓN

El modelo de hospital magnético beneficia tanto a pacientes como enfermeras y organizaciones, fomentando una práctica enfermera autónoma basada en la evidencia mejorando la calidad asistencial y los cuidados, promoviendo la excelencia, la seguridad, el respeto profesional y la mejora continua. La evidencia destaca que la implementación de este modelo es una estrategia eficaz para transformar la atención sanitaria desde una perspectiva enfermera, sin dejar atrás una serie de desafíos como la inversión en liderazgo, formación y practicas basadas en la evidencia.

Bibliografía

1. **Hernández-Cantoral, A., & Zárate-Grajales, R. (2023). Hospital magnético: escenario ideal que garantiza calidad del cuidado y la satisfacción laboral en enfermería. Enfermería Universitaria, 20(1), 45-50.**
2. **Castro Carrique, C. (2021). Ventajas de un hospital magnético: Revisión bibliográfica. Universidad de Almería.**
3. **Domínguez-Sánchez, P., Zárate-Grajales, R., & Serrano-Diosdado, J. J. (2023). Hospital Magnético, ¿qué es y cómo funciona? Enfermería Universitaria, 20(2), 30-35.**
4. **Rodríguez-García, M., Martínez, M., & Lasater, K. (2020). How Magnet Hospital Status Affects Nurses, Patients, and Organizations: A Systematic Review. AJN The American Journal of Nursing, 120(7), 24-31.**
5. **Santillán García, M. (2023). Evidencia para determinar el impacto de la designación de "Hospital Imán" sobre la práctica en enfermería y los resultados de los pacientes. Revista Ene de Enfermería, 15(1), 12-18.**

SATSE

Resumen: *Los hospitales magnéticos son instituciones sanitarias que han obtenido la certificación Magnet reconocidos por promover un entorno laboral óptimo para el personal de enfermería lo que se traduce en una atención segura, efectiva y centrada en el paciente. Su certificación se basa en 5 pilares: liderazgo, empoderamiento estructural, práctica profesional, mejora continua e innovación. La evidencia demuestra que estos hospitales logran mayores niveles de satisfacción laboral, menor rotación del personal y mejores indicadores clínicos. Sin embargo, su implementación presenta desafíos como la inversión en liderazgo, formación y practicas basadas en la evidencia.*

Palabras Clave: *Hospitales magnéticos - Enfermería - Calidad asistencial*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La sociedad actual, caracterizada por su rápida evolución y un enfoque creciente en el bienestar integral, exige cambios en la atención sanitaria, claro ejemplo de ello son los hospitales magnéticos que representan un modelo de excelencia en la atención sanitaria, reconocido por la American Nurses Credentialing Center (ANCC). Este modelo se centra en crear un entorno de trabajo que atraiga y retenga a profesionales de enfermería altamente cualificados, promoviendo su satisfacción y empoderamiento. A través de la implementación de principios como liderazgo transformacional, empoderamiento estructural, práctica profesional ejemplar, innovación y resultados empíricos, se busca mejorar tanto el bienestar del personal como la calidad de la atención al paciente.

Objetivos:

Analizar los beneficios del personal de enfermería sobre las características de los hospitales magnéticos, así como las mejoras para los pacientes, e investigar estos hospitales a nivel nacional.

Material y Métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica de estudios recientes publicados en revistas utilizando bases de datos como PubMed, Medline, Google Scholar... Los criterios de inclusión fueron: estudios que compararan hospitales con y sin certificación Magnet e investigaciones que evaluaran la satisfacción del personal de enfermería, acotando por fecha de publicación desde 2020 hasta la actualidad.

Resultados:

Los artículos revisados coinciden en que los hospitales magnéticos representan un entorno ideal para el desarrollo de la práctica enfermería, ofreciendo beneficios significativos tanto para los profesionales de enfermería como para los pacientes. Fomentan la autonomía clínica y facilitan la educación avanzada y continua, observándose una atención más segura, eficaz y centrada en el paciente, promoviendo la práctica basada en la evidencia y con un gran enfoque para que las enfermeras participen de forma activa en el proceso de toma de decisiones clínicas.

En cuanto al personal de enfermería, los estudios destacan un impacto positivo, ya que mejora la satisfacción laboral contando con mayor autonomía, reconocimientos y oportunidades de desarrollo. Ademas, disminuye la rotación y agotamiento de los profesionales, reduciendo así el síndrome de Burnout. También estos hospitales promueven entornos más seguros donde hay una identificación temprana de riesgos, una comunicación más efectiva y una mejora continua, potenciando la autonomía profesional.

En base a la organización de los hospitales, estos logran consolidarse como instituciones más atractivas para el personal sanitario, fortaleciendo continuidad, creando un liderazgo que emerge como un componente esencial ya que fomenta la motivación, la innovación y la colaboración entre equipos multidisciplinares.

Finalmente, varios de los artículos señalan que, si bien el modelo Magnet se originó en Estados Unidos, su implementación en otros países, como España o América Latina, es viable y beneficiosa, requiriendo de una adaptación cultural e institucional importante, además de un compromiso organizacional continuo.

A nivel del territorio español, recientemente se ha otorgado la certificación Magnet a la Clínica Universidad de Navarra con sede en Pamplona, única acreditación a nivel nacional en España.

Conclusiones:

El modelo de hospital magnético beneficia tanto a pacientes como enfermeras y organizaciones, fomentando una práctica enfermera autónoma basada en la evidencia mejorando la calidad asistencial y los cuidados, promoviendo la excelencia, la seguridad, el respeto profesional y la mejora continua. La evidencia destaca que la implementación de este modelo es una estrategia eficaz para transformar la atención sanitaria desde una perspectiva enfermera, sin dejar atrás una serie de desafíos como la inversión en liderazgo, formación y practicas basadas en la evidencia.

Bibliografía

1. Hernández-Cantoral, A., & Zárate-Grajales, R. (2023). Hospital magnético: escenario ideal que garantiza calidad del cuidado y la satisfacción laboral en enfermería. Enfermería Universitaria, 20(1), 45-50.

2. Castro Carrique, C. (2021). Ventajas de un hospital magnético: Revisión bibliográfica. Universidad de Almería.

3. Domínguez-Sánchez, P., Zárate-Grajales, R., & Serrano-Diosdado, J. J. (2023). Hospital Magnético, ¿qué es y cómo funciona? Enfermería Universitaria, 20(2), 30-35.

4. Rodríguez-García, M., Martínez, M., & Lasater, K. (2020). How Magnet Hospital Status Affects Nurses, Patients, and Organizations: A Systematic Review. AJN The American Journal of Nursing, 120(7), 24-31.

5. Santillán García, M. (2023). Evidencia para determinar el impacto de la designación de "Hospital Imán" sobre la práctica en enfermería y los resultados de los pacientes. Revista Ene de Enfermería, 15(1), 12-18.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 87

La musicoterapia como herramienta para mejorar la calidad de vida en pacientes geriátricos

Nieves Rodríguez, Carlos Manuel

La musicoterapia como herramienta para mejorar la calidad de vida en pacientes geriátricos.

Autor: Carlos Manuel Nieves Rodriguez.

Palabras clave: "Geriatric, cognitive functioning, music therapy, quality of life".

INTRODUCCIÓN: En el año 2050 se estima que una de cada seis personas tendrá 65 años o más. Los problemas cognitivos y las enfermedades que afectan directamente a ellos, como demencia o Alzheimer (1), son uno de los grandes problemas que encontramos en esta población. Suelen afectar a la memoria, dar problemas visuales-espaciales y las funciones ejecutivas.

Hoy en día la musicoterapia se ha demostrado su eficacia como una terapia para complementar el tratamiento habitual de las personas. La musicoterapia es un proceso sistemático (2) de intervención en el que los pacientes buscan mejorar su salud utilizando experiencias musicales y las relaciones que se establecen a partir de ellas. Su objetivo consiste en mejorar, mantener o restaurar el estado de la salud física, mental, cognitiva y emocional de las personas.

OBJETIVO: Explicar los beneficios de la musicoterapia para las funciones cognitivas del paciente geriátrico.

RESULTADOS:

La musicoterapia en pacientes con demencia ha demostrado mejoras significativas en la fluidez verbal y del lenguaje, alivio de Síntomas Conductuales y Psicológicos de la Demencia (BPSD) incluyendo ansiedad y depresión, y niveles reducidos de apatía. Se han encontrado beneficios potenciales para mejorar los síntomas conductuales, pero no lograron mejorar significativamente los aspectos generales de la cognición (como la memoria y la orientación), la agitación, el funcionamiento diario y la calidad de vida. De hecho, en uno de los estudios se ha mostrado que la musicoterapia no es adecuada para pacientes con demencia grave (3), ya que sus habilidades cognitivas y físicas pueden estar demasiado deterioradas para participar plenamente en las sesiones. En contraste, hay otros estudios que proporcionan evidencia de que la musicoterapia activa ayuda a los pacientes a mejorar su cognición y la calidad de vida a base de mejorar los problemas de comportamiento en general y el bienestar emocional.

En otro estudio con pacientes con la enfermedad de Alzheimer se vio que la musicoterapia puede mejorar el estado de ánimo (4), las funciones cognitivas, la memoria, los problemas visoespaciales, las dificultades con las funciones ejecutivas, proporcionar una sensación de conexión y socialización para los pacientes que pueden estar aislados. Además, se vieron muchas ventajas a la hora de abordar los síntomas neuropsiquiátricos, como la apatía, la depresión y la agitación, comúnmente observados en estos individuos.

Se han demostrado que las intervenciones de musicoterapia individualizada, que consisten en las listas de reproducción de música seleccionada según las preferencias del paciente, mostraron mejoras en las funciones cognitivas, especialmente en la memoria. Además, escuchar música clásica resultó mejorar temporalmente ciertas tareas cognitivas como pruebas de razonamiento abstracto/espacial. La musicoterapia ha demostrado inducir cambios plásticos en algunas redes cerebrales, facilitar procesos de recuperación cerebral, modular emociones y promover la comunicación social, lo que la convierte en un enfoque de rehabilitación prometedor.

METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica de la literatura en abril de 2025.

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scopus, Cinahl y Pubmed. Se han formado cadenas de búsqueda empleando las palabras claves y operadores Booleanos AND y OR.

Criterios de inclusión: artículos escritos en español o inglés, publicados en los años 2020 –2025, a texto completo, de acceso gratuito y referidos a humanos.

Criterios de exclusión: No se ha podido acceder a artículos de pago, y el titulo no se adapte al tema.

-Se seleccionan 10 documentos para la revisión bibliográfica que ofrecen la información más relevante.

CONCLUSIONES:

La musicoterapia podría ser vista como una alternativa y complemento útil a las intervenciones existentes que no son farmacéuticas, ya que es económica, de carácter no invasivo, sin efectos secundarios, fácil de implementar y es capaz de abordar múltiples síntomas a la vez.

Sin embargo, consideramos necesario continuar investigando para comprender completamente los mecanismos detrás de los efectos de la musicoterapia a las funciones cognitivas y definición sobre el valor terapéutico de la misma, en esta población.

Finalmente, podemos concluir que la musicoterapia definitivamente puede aportar el bienestar, promoviendo una mejor calidad de vida (5) y mejorando los síntomas depresivos, las funciones cognitivas y el estado de ánimo del paciente geriátrico.

SATSE

Resumen: *INTRODUCCIÓN: Los problemas cognitivos y las enfermedades como demencia o Alzheimer se presentan como uno de los grandes problemas que encontramos en población mayor de 65 años.*

OBJETIVO: Explicar los beneficios de la musicoterapia para las funciones cognitivas del paciente geriátrico.

METODOLOGÍA. Revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus y Cinahl entre el 2020 - 2025.

RESULTADOS. La musicoterapia ha demostrado inducir cambios plásticos en algunas redes cerebrales, facilitar procesos de recuperación cerebral, modular emociones y promover la comunicación social, lo que la convierte en un enfoque

Palabras Clave: *Geriatric -Cognitive functioning - Music therapy - Quality of life.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En el año 2050 se estima que una de cada seis personas tendrá 65 años o más. Los problemas cognitivos y las enfermedades que afectan directamente a ellos, como demencia o Alzheimer (1), son uno de los grandes problemas que encontramos en esta población. Suelen afectar a la memoria, dar problemas visuales-espaciales y las funciones ejecutivas.

Hoy en día la musicoterapia se ha demostrado su eficacia como una terapia para complementar el tratamiento habitual de las personas. La musicoterapia es un proceso sistemático (2) de intervención en el que los pacientes buscan mejorar su salud utilizando experiencias musicales y las relaciones que se establecen a partir de ellas. Su objetivo consiste en mejorar, mantener o restaurar el estado de la salud física, mental, cognitiva y emocional de las personas.

Objetivos:

Explicar los beneficios de la musicoterapia para las funciones cognitivas del paciente geriátrico.

Metodología:

Revisión bibliográfica de la literatura en abril de 2025.

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scopus, Cinahl y Pubmed. Se han formado cadenas de búsqueda empleando las palabras claves y operador Booleano AND y OR.

Criterios de inclusión: artículos escritos en español o inglés, publicados en los años 2020 – 2025, a texto completo, de acceso gratuito y referidos a humanos.

Criterios de exclusión: No se ha podido acceder a artículos de pago, literatura gris y el titulo no se adapte al tema.

-Se seleccionan 10 documentos para la revisión bibliográfica que ofrecen la información más relevante.

Resultados:

La musicoterapia en pacientes con demencia ha demostrado mejoras significativas en la fluidez verbal y del lenguaje, alivio de Síntomas Conductuales y Psicológicos de la Demencia (BPSD) incluyendo ansiedad y depresión, y niveles reducidos de apatía. Se han encontrado beneficios potenciales para mejorar los síntomas conductuales, pero no lograron mejorar significativamente los aspectos generales de la cognición (como la memoria y la orientación), la agitación, el funcionamiento diario y la calidad de vida.

De hecho, en uno de los estudios se ha mostrado que la musicoterapia no es adecuada para pacientes con demencia grave (3), ya que sus habilidades cognitivas y físicas pueden estar demasiado deterioradas para participar plenamente en las sesiones. En contraste, hay otros estudios que proporcionan evidencia de que la musicoterapia activa ayuda a los pacientes a mejorar su cognición y la calidad de vida a base de mejorar los problemas de comportamiento en general y el bienestar emocional.

En otro estudio con pacientes con la enfermedad de Alzheimer se vio que la musicoterapia puede mejorar el estado de ánimo (4), las funciones cognitivas, la memoria, los problemas visoespaciales, las dificultades con las funciones ejecutivas, proporcionar una sensación de conexión y socialización para los pacientes que pueden estar aislados. Además, se vieron muchas ventajas a la hora de abordar los síntomas neuropsiquiátricos, como la apatía, la depresión y la agitación, comúnmente observados en estos individuos.

Se han demostrado que las intervenciones de musicoterapia individualizada, que consisten en las listas de reproducción de música seleccionada según las preferencias del paciente, mostraron mejoras en las funciones cognitivas, especialmente en la memoria. Además, escuchar música clásica resultó mejorar temporalmente ciertas tareas cognitivas como pruebas de razonamiento abstracto/espacial. La musicoterapia ha demostrado inducir cambios plásticos en algunas redes cerebrales, facilitar procesos de recuperación cerebral, modular emociones y promover la comunicación social, lo que la convierte en un enfoque de rehabilitación prometedor.

Conclusiones:

La musicoterapia podría ser vista como una alternativa y complemento útil a las intervenciones existentes que no son farmacéuticas, ya que es económica, de carácter no invasivo, sin efectos secundarios, fácil de implementar y es capaz de abordar múltiples síntomas a la vez.

Sin embargo, consideramos necesario continuar investigando para comprender completamente los mecanismos detrás de los efectos de la musicoterapia a las funciones cognitivas y definición sobre el valor terapéutico de la misma, en esta población.

Finalmente, podemos concluir que la musicoterapia definitivamente puede aportar el bienestar, promoviendo una mejor calidad de vida (5) y mejorando los síntomas depresivos, las funciones cognitivas y el estado de ánimo del paciente geriátrico.

Bibliografía

1. Lam HL, Li WTV, Laher I, Wong RY. Effects of music therapy on patients with dementia-A systematic review. Geriatrics (Basel) [Internet]. 2020 [citado el 02 de Abril de 2025];5(4):62.

2. Bleibel M, El Cheikh A, Sadier NS, Abou-Abbas L. The effect of music therapy on cognitive functions in patients with Alzheimer's disease: a systematic review of randomized controlled trials. Alzheimer's Res Ther [Internet]. 2023 [citado el 02 de abril de 2025];15(1).

3.Gassner L, Geretsegger M, Mayer-Ferbas J. Effectiveness of music therapy for autism spectrum disorder, dementia, depression, insomnia and schizophrenia: update of systematic reviews. Eur J Public Health [Internet]. 2022 [citado el 03 de Abril de 2025];32(1):27–34.

4.Yang J. Study on the effect of music therapy on middle-aged and elderly individuals with depression. Rev Brasil Med Esporte [Internet]. 2021 [citado el 04 de Abril de 2025];27(supl):47–9.

5.González-Ojea MJ, Domínguez-Lloria S, Pino-Juste M. Can music therapy improve the quality of life of institutionalized elderly people? Healthcare (Basel) [Internet]. 2022 [citado el 04 de Abril de 2025];10(2):310

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 88

Lactancia Materna, mastitis y uso de Probióticos

Vidal Ivars, Arabela
García Mulas, Isabel
Rabanal Marcos, Marta

LACTANCIA MATERNA, MASTITIS Y USO DE PROBIÓTICOS

AUTORAS: García Mulas I., Rabanal Marcos M. y Vidal Ivars A.

INTRODUCCIÓN

La mastitis es una de las complicaciones más frecuentes durante el periodo de lactancia materna. Supone la primera causa de abandono de la misma. Se produce por una inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria y generalmente es infecciosa. Los síntomas principales son enrojecimiento, calor y dolor de un cuadrante de la mama. De manera tradicional la mastitis se ha tratado con antibioterapia y antiinflamatorios.

La leche humana contiene diferentes clases de microorganismos que viven en equilibrio, incluyendo bacterias patógenas , lo que se conoce como microbiota.
Microorganismos como Lactobacillus Fermentum, L. Salivarius y L. Gasseri pueden contribuir a mantener esta microbiota sana.

OBJETIVOS

Analizar y revisar la evidencia científica acerca de la utilidad de los probióticos durante la lactancia materna y como prevención de la mastitis puerperal.

METODOLOGIA

Búsqueda bibliográfica en bases de datos ENFISPO, PubMed y Cochrane mediante DeCs: “lactancia materna” “probióticos” “mastitis” entre los años 2020-2025

PROBIOTICOS VS PLACEBO

En uno de los artículos revisados se concluye que los probióticos podrían reducir el riesgo de mastitis más que el placebo (riesgo relativo [RR] 0,51; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,35 a 0,75; dos ensayos; 399 mujeres; evidencia de certeza baja).
No se conoce con certeza si los probióticos reducen el riesgo de dolor en los senos o de daño en los pezones porque la certeza de la evidencia es muy baja.

RESULTADOS

L. Fermentum, I. Salivarius y L. Gasseri
La revisión Cochrane estudió diferentes intervenciones como el uso de probióticos. Las cepas incluidas fueron L. fermentum CECT5716, L. salivarius PS2 y una cepa no identificada de L. fermentum. Este trabajo concluyó que los probióticos pueden reducir el riesgo de mastitis más que el placebo, pero no está claro si reducen el riesgo de dolor en el pecho o lesiones en el pezón.
En la misma revisión cochrane, otra ntervención con probioticos comenzó en la semana 35 de embarazo y se continuó hasta la semana 12 posparto. El resultado principal fue que las mujeres en el grupo de probióticos tenían un 58% menos de probabilidad de sufrir mastitis.
En otro estudio se evaluó la cepa L.Fermentum para reducir la carga de estafilococos de la leche materna y si esto podía ser útil para el manejo del dolor. Respecto al dolor, la puntuación de éste disminuyó en todos los grupos de mujeres que tomaron el probiótico por lo que se concluyó que esta cepa probiótica es eficaz en el manejo del dolor relacionado con la mastitis.
En una de las revisiones bibliográfiicas se concluYe que tomar Lactobacillus Fermentum reduce el dolor causado en la infección por Staphylococcus.

CONCLUSIONES

En la mayoría de estudios analizados concluyen que el uso de probióticos durante el ultimo trimestre del embarazo y durante la lactancia podría disminuir el dolor y ayudar en casos de mastitis. Se necesitan más estudios para determinar la eficacia de los probióticos.

Fernández G, Santagada AL, Vecchiarelli C, Vinderola G. Lactation, mastitis, and probiotics. Arch Argent Pediatr. 2025;e202410490. Online ahead of print 23-JAN-2025
Crepinsek MA, Taylor EA, Michener K, Stewart F. Interventions for preventing mastitis after childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 9. Art. No.: CD007239. DOI: 10.1002/14651858.CD007239.pub4. Accessed 06 June 2025.
Vargas Artajona S, Royo del Río M, Labián Díaz B, Lugo Baile M, Pascual Pelegrino L. Uso de los probióticos orales en el manejo de las mastitis puerperales. Revisión bibliográfica. ENFISCO. 26 de junio 2024
Gonzales Gil J, Loras Quintana I, Alustiza Lozano N, Fonseca Castillo TM, Lasusín Morales V, Roy Asensio LC. Mastitis y el uso de probióticos durante la lactancia. Una revisión sistemática. ENFISCO. 18 de Julio 2024

Resumen: *La mastitis es una de las complicaciones más frecuentes durante el periodo de lactancia materna. Se produce por una inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria y generalmente es infecciosa. Los síntomas principales son enrojecimiento, calor y dolor de un cuadrante de la mama. De manera tradicional la mastitis se ha tratado con antibioterapia y antiinflamatorios.*

La leche humana contiene microorganismos que viven en equilibrio, es la microbiota.

Se ha analizado y revisado la evidencia científica para determinar si la toma de probióticos durante la lactancia materna ayudaría a prevenir o tratar las mastitis puerperales.

En la mayoría de estudios analizados concluyen que el uso de probióticos durante el último trimestre del embarazo y durante la lactancia podría disminuir el dolor y ayudar en casos de mastitis. Se necesitan más estudios para determinar la eficacia de los probióticos.

Palabras Clave: *Lactancia Materna - Mastitis - Probioticos*

Desarrollo del Trabajo:

Objetivos:

Analizar y revisar la evidencia científica acerca de la utilidad de los probióticos durante la lactancia materna y como prevención de la mastitis puerperal.

Metodología:

Búsqueda bibliográfica en bases de datos ENFISPO, PubMed y Cochrane mediante DeCs: “lactancia materna” “probióticos” “mastitis” entre los años 2020-2025

Resultados:

L. Fermentum, l. Salivariusy L. Gasseri. La revisión Cochrane estudió diferentes intervenciones como el uso de probióticos. Las cepas incluidas fueron L. fermentumCECT5716, L. salivariusPS2 y una cepa no identificada de L. fermentum. Este trabajo concluyó que los probióticos pueden reducir el riesgo de mastitis más que el placebo, pero no está claro si reducen el riesgo de dolor en el pecho o lesiones en el pezón. En la misma revisión cochrane, otra intervención con probioticos comenzó en la semana 35 de embarazo y se continuó hasta la semana 12 posparto. El resultado principal fue que las mujeres en el grupo de probióticos tenían un 58% menos de probabilidad de sufrir mastitis. En otro estudio se evaluó la cepa L.Fermentum para reducir la carga de estafilococos de la leche materna y si esto podía ser útil para el manejo del dolor.

Respecto al dolor, la puntuación de éste disminuyó en todos los grupos de mujeres que tomaron el probiótico por lo que se concluyó que esta cepa probiótica es eficaz en el manejo del dolor relacionado con la mastitis.

En una de las revisiones bibliográficas se concluye que tomar Lactobacillus Fermentum reduce el dolor causado en la infección por Staphylococcus.

Bibliografía

1. Fernández G, SantagadaAL, VecchiarelliC, VinderolaG. Lactation, mastitis, and probiotics. ArchArgent Pediatr. 2025;e202410490. Online aheadof print23-JAN-2025

2. CrepinsekMA, Taylor EA, MichenerK, Stewart F. Interventionsforpreventingmastitis afterchildbirth. Cochrane Databaseof SystematicReviews2020, Issue9. Art. No.: CD007239. DOI: 10.1002/14651858. CD007239.pub4. Accessed06 June 2025.

3. Vargas ArtajonaS, Royo del Río M, LabiánDíaz B, Lugo Baile M, Pascual Pelegrino L. Uso de los probióticosorales en el manejo de las mastitis puerperales. Revisión bibliográfica. ENFISCO. 26 de junio 2024

4. Gonzales Gil J, Loras Quintana I, AlustizaLozano N, Fonseca Castillo TM, LasusínMorales V, Roy Asensio LC. Mastitis y el uso de probióticosdurante la lactancia. Una revisión sistemática. ENFISCO. 18 de Julio 2024

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 89

Las Ostomías en el Embarazo desde Atención Primaria.

Gómez-Caraballo Jiménez de los Galanes, Jesús Manuel

LAS OSTOMÍAS EN EL EMBARAZO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

AUTOR: Gómez-Caraballo Jiménez-Galanes, J. Manuel. (Enfermero PEAC Daimiel 2)

INTRODUCCIÓN

La ostomía es una intervención quirúrgica en la pared abdominal por donde se exterioriza una víscera (estoma) por la cual se desechan a una bolsa orina y heces. Pueden ser temporales o permanentes en función de la patología. Se utilizan para tratar ciertas enfermedades de los sistemas digestivos o urinarios. En general, se realizan en el intestino delgado, el colon, el recto o la vejiga. Tras el alta el paciente recibe cierta información, siendo derivados a su enfermera de atención primaria, la cual llevara a cabo los cuidados necesarios a la paciente. Para ello deberá contar de los conocimientos suficientes.
Se dan algunos casos en las que usuarias con enfermedad inflamatoria intestinal u otra patología y portadoras de ostomías se quedan embarazadas. Estas mujeres no sólo sufren los cambios propios del embarazo, sino que además tienen que acarrear con el estrés habitual del cuidado del estoma.

OBJETIVOS

-Identificar los conocimientos enfermeros que desde Atención Primaria existen para el cuidado de las ostomías.
-Conocer los cuidados necesarios de las ostomías durante el embarazo y evitar así complicaciones.
-Conocer el nivel de satisfacción de la embarazada ostomizada sobre los cuidados recibidos.

MATERIAL Y MÉTODO

Realización de una revisión bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud: Medline, Cochrane library. Consulta de protocolos y diversas guías de práctica clínica sobre cuidados en las ostomías.
Descriptores: “estomas quirúrgicos”, “enfermería”, “embarazo”. Se incluyeron los artículos más relevantes de los últimos 12 años.

RESULTADOS

Existe una importante falta de conocimientos mínimos en enfermería sobre los cuidados de las ostomías y más aún si es durante el embarazo. Muchos profesionales tienen interés en formarse y actualizarse en este campo. Esto hará que la mujer embarazada ostomizada deje de sufrir una insatisfacción y no pierdan la confianza en su enfermera de Atención Primaria. Se logrará así no perjudicar la evolución en los cuidados de este tipo de pacientes, aumentando la calidad asistencial.
El Estomaterapeuta, es el profesional de Enfermería, encargado de suministrar y fomentar unos Cuidados de Enfermería de Excelencia, que den respuesta a las necesidades que demandan las Personas Ostomizadas. Las enfermeras de ostomías y las matronas son las figuras de referencia y de mayor accesibilidad para este tipo de embarazadas. El cuidado de estas pacientes requiere de la atención de un equipo multidisciplicar. El estoma sufre cambios durante el embarazo con el agrandamiento del abdomen, por lo general aumenta de tamaño y se vuelve más ovalado. Es posible que se necesite un tamaño y tipo de dispositivo diferente con un orificio de corte personalizado para garantizar un ajuste adecuado. Tras el parto el estoma vuelve a su normalidad.
Las náuseas y vómitos propios del primer trimestre del embarazo deben llevar un control especial ya que pueden presentar deshidratación. Otras complicaciones que pueden aparecer son obstrucción intestinal, estreñimiento, hernia paraostomal, sangrado, estenosis, retracción o laceración y prolapso. Es importante durante todo el embarazo vigilar la piel periostomal para controlar la aparición de erosiones. Las obstrucciones intestinales pueden ser un serio problema para la ostomizada, suelen producirse en el segundo y más frecuentemente en el tercer trimestre y son complicadas de diagnosticar, siendo el dolor el principal síntoma.
.

CONCLUSIONES

Dos de las revisiones blibliográficas encontradas indagan en técnicas de relajación que la enfermera puede aplicar para reducir la ansiedad y el estrés de la embarazara ostomizada así como el tratamiento de cierta sintomatología como las náuseas y vómitos.
El prolapso y la obstrucción intestinal serían las complicaciones más habituales en esta paciente. Se han encontrado pocos artículos que manejen el cuidado de la ostomía durante el embarazo y no es un tema que se trate en las guías de cuidados de los estomas. Sin embargo, se nos presentan casos de este tipo en la consulta que tenemos que atender y por ello se hace necesario seguir trabajando en este aspecto.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Coca Pereira C, Fernández de Larrainoa Arcal I, Serrano Gómez R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomías. Metas Enferm. 2014; 17(1): 3-9.
2. Martinez Riera, Jose Ramón. Manual Práctico de Enfermería Comunitaria.2020.
3. Mariné, Leopoldo. Heridas, Ulceras y ostomías. Manejo clínico y administrativo. 2023.

Resumen: *La ostomía es una intervención quirúrgica en la pared abdominal por donde se exterioriza una víscera (estoma) por la cual se desechan a una bolsa orina y heces. Pueden ser temporales o permanentes en función de la patología. Tras el alta el paciente recibe cierta información, siendo derivados a su enfermera de atención primaria, la cual llevara a cabo los cuidados necesarios a la paciente. Se dan algunos casos en las que usuarias con enfermedad inflamatoria intestinal u otra patología y portadoras de ostomías se quedan embarazadas. Existe una importante falta de conocimientos mínimos en enfermería sobre los cuidados de las ostomías y más aún si es durante el embarazo. Muchos profesionales tienen interés en formarse y actualizarse en este campo. Esto hará que la mujer embarazada ostomizada deje de sufrir una insatisfacción y no pierdan la confianza en su enfermera de Atención Primaria.*

Palabras Clave: *Estomas quirúrgicos - Enfermería - Embarazo.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La ostomía es una intervención quirúrgica en la pared abdominal por donde se exterioriza una víscera (estoma) por la cual se desechan a una bolsa orina y heces. Pueden ser temporales o permanentes en función de la patología. Se utilizan para tratar ciertas enfermedades de los sistemas digestivos o urinarios. En general, se realizan en el intestino delgado, el colon, el recto o la vejiga. Tras el alta el paciente recibe cierta información, siendo derivados a su enfermera de atención primaria, la cual llevara a cabo los cuidados necesarios a la paciente. Para ello deberá contar de los conocimientos suficientes. Se dan algunos casos en las que usuarias con enfermedad inflamatoria intestinal u otra patología y portadoras de ostomías se quedan embarazadas. Estas mujeres no sólo sufren los cambios propios del embarazo, sino que además tienen que acarrear con el estrés habitual del cuidado del estoma.

Objetivos:

Identificar los conocimientos enfermeros que desde Atención Primaria existen para el cuidado de las ostomías. Conocer los cuidados necesarios de las ostomías durante el embarazo y evitar así complicaciones. Conocer el nivel de satisfacción de la embarazada ostomizada sobre los cuidados recibidos

Material y Método:

Realización de una revisión bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud: Medline, Cochrane library. Consulta de protocolos y diversas guías de práctica clínica sobre cuidados en las ostomías. Se incluyeron los artículos más relevantes de los últimos 12 años.

Resultados:

Existe una importante falta de conocimientos mínimos en enfermería sobre los cuidados de las ostomías y más aún si es durante el embarazo. Muchos profesionales tienen interés en formarse y actualizarse en este campo. Esto hará que la mujer embarazada ostomizada deje de sufrir una insatisfacción y no pierdan la confianza en su enfermera de Atención Primaria. Se logrará así no perjudicar la evolución en los cuidados de este tipo de pacientes, aumentando la calidad asistencial. El Estomaterapeuta, es el profesional de Enfermería, encargado de suministrar y fomentar unos Cuidados de Enfermería de Excelencia, que den respuesta a las necesidades que demandan las Personas Ostomizadas. Las enfermeras de ostomías y las matronas son las figuras de referencia y de mayor accesibilidad para este tipo de embarazadas. El cuidado de estas pacientes requiere de la atención de un equipo multidisciplicar. El estoma sufre cambios durante el embarazo con el agrandamiento del abdomen, por lo general aumenta de tamaño y se vuelve más ovalado. Es posible que se necesite un tamaño y tipo de dispositivo diferente con un orificio de corte personalizado para garantizar un ajuste adecuado. Tras el parto el estoma vuelve a su normalidad. Las náuseas y vómitos propios del primer trimestre del embarazo deben llevar un control especial ya que pueden presentar deshidratación. Otras complicaciones que pueden aparecer son obstrucción intestinal, estreñimiento, hernia paraostomal, sangrado, estenosis, retracción o laceración y prolapso. Es importante durante todo el embarazo vigilar la piel periostomal para controlar la aparición de erosiones. Las obstrucciones intestinales pueden ser un serio problema para la ostomizada, suelen producirse en el segundo y más frecuentemente en el tercer trimestre y son complicadas de diagnosticar, siendo el dolor el principal síntoma.

Conclusiones:

Dos de las revisiones blibliográficas encontradas indagan en técnicas de relajación que la enfermera puede aplicar para reducir la ansiedad y el estrés de la embarazara ostomizada así como el tratamiento de cierta sintomatología como las náuseas y vómitos. El prolapso y la obstrucción intestinal serían las complicaciones más habituales en esta paciente. Se han encontrado pocos artículos que manejen el cuidado de la ostomía durante el embarazo y no es un tema que se trate en las guías de cuidados de los estomas. Sin embargo, se nos presentan casos de este tipo en la consulta que tenemos que atender y por ello se hace necesario seguir trabajando en este aspecto.

Bibliografía

1. Coca Pereira C, Fernández de Larrainoa Arcal I, Serrano Gómez R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomías. Metas Enferm. 2014; 17(1): 3-9.

2. Martinez Riera, Jose Ramón. Manual Práctico de Enfermería Comunitaria.2020.

3. Mariné, Leopoldo. Heridas, Ulceras y ostomías. Manejo clínico y administrativo. 2023.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 90

Lipedema: una realidad invisibilizada. Abordaje desde la enfermería para el diagnóstico y cuidado integral.

López-Zarco Sánchez, María Eugenia
Castro Carretero, Olga

LIPEDEMA:

UNA REALIDAD INVISIBILIZADA

ABORDAJE DESDE LA ENFERMERÍA PARA EL DIAGNÓSTICO Y CUIDADO INTEGRAL

AUTORES: LÓPEZ-ZARCO SÁNCHEZ, MARIA EUGENIA; CASTRO CARRETERO, OLGA

INTRODUCCIÓN

El lipedema es una enfermedad crónica del tejido adiposo subcutáneo, caracterizada por una acumulación simétrica y dolorosa de grasa en piernas y brazos, que afecta casi exclusivamente a mujeres. La enfermería tiene un rol clave en su detección precoz, educación y apoyo emocional.

OBJETIVOS

1. Reconocer el papel de enfermería en la detección temprana del lipedema.
2. Identificar estrategias de intervención y educación sanitaria.
3. Sensibilizar sobre la necesidad de mayor formación del personal de salud.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos científicos (2018–2024) en PubMed, SciELO y literatura especializada. Se analizaron publicaciones centradas en cuidados de enfermería aplicados al lipedema.

RESULTADOS

El personal de enfermería puede identificar signos clínicos clave:

- Acumulación de grasa simétrica en extremidades.
- Dolor al tacto, hematomas frecuentes, pies sin afectación.

Se destacan intervenciones efectivas como:

- Educación sobre uso de prendas de compresión.
- Apoyo psicoemocional.
- Coordinación con equipos multidisciplinares.

CONCLUSIONES

- El lipedema sigue siendo infradiagnosticado.
- La enfermería puede mejorar el pronóstico mediante detección temprana, educación continua y acompañamiento.
- Urge incorporar el lipedema en los planes de estudio y protocolos clínicos de atención primaria.

1. FETT W, ET AL. LIPEDEMA: A PARADIGM SHIFT AND CONSENSUS. J VASC SURG VENOUS LYMPHAT DISORD. 2020:8(3):805-814.
2. HERBST KL. LIPEDEMA AND THE LYMPHATIC SYSTEM: A NEGLECTED DISEASE WITH IMPLICATIONS FOR WOMEN'S HEALTH. PHLEBOLOGY. 2019:34(9):611-622.
3. CHILD AH, ET AL. LIPEDEMA: AN INHERITED CONDITION. AM J MED GENET A. 2010:152A(12):970-976.

Resumen: *El lipedema es una enfermedad crónica que provoca acumulación dolorosa y simétrica de grasa en piernas y brazos, afectando casi exclusivamente a mujeres. La enfermería desempeña un papel esencial en su detección precoz, educación del paciente y apoyo emocional. A través de una revisión bibliográfica (2018–2024), se identificaron signos clínicos clave como el dolor al tacto y hematomas frecuentes. Las intervenciones más efectivas incluyen el uso de prendas de compresión y trabajo en equipo multidisciplinar. Se concluye que el lipedema está infradiagnosticado y es necesario incluirlo en la formación del personal sanitario y en los protocolos de atención primaria.*

Palabras Clave: *Lipedema - Enfermería - Educación para la Salud.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El lipedema es una enfermedad crónica del tejido adiposo subcutáneo, caracterizada por una acumulación simétrica, progresiva y dolorosa de grasa, que afecta predominantemente a las extremidades inferiores y superiores, respetando manos y pies. Esta patología afecta casi exclusivamente a mujeres y suele estar infradiagnosticada o malinterpretada como obesidad o linfedema.

En este contexto, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la detección precoz, la educación sanitaria y el apoyo emocional, contribuyendo significativamente a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Objetivos:

1. Reconocer el papel de la enfermería en la detección temprana del lipedema.
2. Identificar estrategias de intervención y educación sanitaria.
3. Sensibilizar sobre la necesidad de mayor formación del personal de salud.

Material y Método:

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos científicos publicados entre 2018 y 2024 en bases de datos reconocidas como PubMed, SciELO y literatura especializada. La búsqueda se centró en estudios relacionados con los cuidados de enfermería aplicados al lipedema, seleccionando aquellos que abordaran intervenciones clínicas, estrategias educativas y el rol del personal de enfermería en la detección, manejo y acompañamiento de pacientes. Se priorizaron publicaciones en español e inglés que ofrecieran evidencia sobre la práctica enfermera y el abordaje integral de esta enfermedad crónica.

Palabras clave (DeCS):

Lipedema, Enfermería, Educación en Salud.

Resultados:

El personal de enfermería está capacitado para identificar signos clínicos clave que orientan al diagnóstico temprano del lipedema. Entre ellos destacan la acumulación simétrica de grasa en las extremidades, principalmente en piernas y, en algunos casos, brazos; dolor a la palpación, tendencia a hematomas espontáneos y la ausencia de afectación en pies y manos, lo que permite diferenciarlo de otros trastornos como el linfedema.

Asimismo, se identificaron intervenciones de enfermería efectivas, tales como:

• Educación sanitaria enfocada en el uso correcto de prendas de compresión, fundamentales para el alivio sintomático.

• Apoyo psicoemocional, clave para mejorar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

• Coordinación con equipos multidisciplinares, que permite un abordaje integral desde distintas áreas de la salud.

Conclusiones:

El lipedema continúa siendo una patología infradiagnosticada, lo que retrasa el inicio de intervenciones terapéuticas y agrava su impacto físico y emocional. En este contexto, la enfermería desempeña un papel esencial para mejorar el pronóstico de las pacientes, a través de la detección temprana, la educación sanitaria continua y el acompañamiento integral durante el proceso de atención.

Ante esta realidad, es urgente incorporar el lipedema en los planes de estudio de enfermería y en los protocolos clínicos de atención primaria, con el fin de garantizar una atención más eficaz, sensible y basada en la evidencia.

Bibliografía

1. Fett W, et al. Lipedema: A paradigm shift and consensus. J Vasc SurgVenous Lymphat Disord. 2020;8(3):805-814.

2. Herbst KL. Lipedema and the lymphatic system: a neglected disease with implications for women's health. Phlebology. 2019;34(9):611-622.

3. Child AH, et al. Lipedema: an inherited condition. Am J Med Genet A. 2010;152A(12):970-976.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 91

Manejo de La Bolsa de Bogotá en el Abdomen abierto

Marin Herranz, Gloria
Garrido Ruiz, Vanessa

MANEJO DE LA BOLSA DE BOGOTÁ EN EL ABDOMEN ABIERTO

INTRODUCCIÓN

La bolsa de Bogotá *(BB),* fue creada por **Borraez** en Colombia en los años 20 se utiliza en pacientes con laparotimía contenida *(LC)* para tratar el manejo de la sepsis abdominal, cirugía de control de daños, presencia de síndrome compartimental y en la perdida de la pared abdominal o dificultad para el cierre de la misma. Consiste en la fijación a la fascia o piel de una bolsa de polivinilo o un material similar, que provee de una cobertura atraumática a las vísceras expuestas y permite su visualización y monitorización constante.

Borraez añadió posteriormente a su técnica otra lámina de polietileno fenestrada con el objetivo de eliminar las adherencias víscera-parietales.

El **objetivo** de esta técnica es superar la etapa critica de indicación de abdomen abierto (AA), resulta muy importante identificar las ventajas e inconvenientes de su uso, por ser una técnica muy utilizada en las Unidades de Cuidados Críticos y conocer el manejo que enfermería debe tener en en este procedimiento debido a la gran importancia que tiene su intervención para que el proceso tenga éxito.

METODOLOGÍA

De acuerdo con los objetivos de nuestro estudio, hemos hecho una **revisión bibliográfica digital** de artículos relacionados con las ventajas de utilizar la bolsa de Bogotá en los casos de abdomen abierto y artículos sobre cuidados de enfermería**, priorizando los que tratan sobre cuidados de enfermería**. Esta búsqueda ha servido para mejorar y actualizar los conocimientos de esta técnica. Hemos utilizado los buscadores digitales*: Pubmed, The Cochrane Database of Reviews, SCIELO y ELSEVIER*.

Criterios de inclusión

- Revisiones bibliográficas acerca del tema.
- Artículos sobre las ventajas de la utilización de la bolsa de Bogotá
- Artículos sobre las complicaciones de dicha técnica.
- Artículos sobre el manejo de enfermería de esta técnica.
- Artículos en castellano e inglés.
- Artículos actuales (fecha corte 2015).

Criterios de exclusión

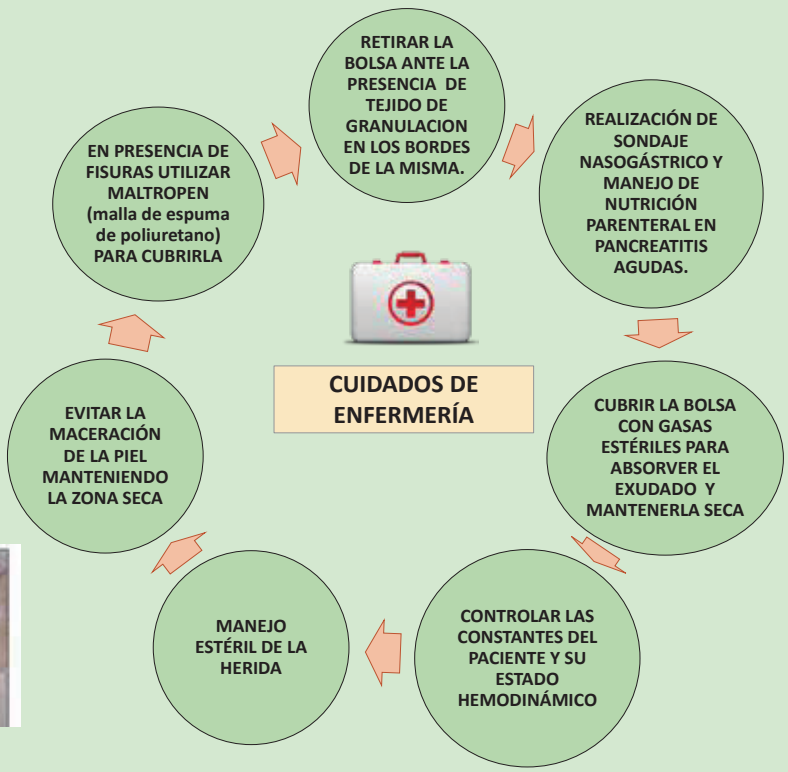
- Artículos sobre contenido puramente médico, sin contenido de cuidados enfermeros.
- Artículos anteriores a 2015.

Palabras clave: *Cuidados Críticos/ Critical Care, Laparotomía/ Laparotomy, Músculos Abdominales/ Abdominal Muscles.*

RESULTADOS

Se han identificado un total de 8 publicaciones acordes con nuestro estudio, de las cuales hemos priorizado 2; debido a ser los estudios mas actuales y que abordan mejor el tema elegido, ya que abarcan el tema desde el punto de vista de los cuidados de enfermería y aportan las ventajas y los inconvenientes de esta técnica; los cuales han sido los objetivos de nuestro trabajo. Hemos rechazado las otras 6 publicaciones. Estos dos artículos son revisiones bibliografías que hablan de las ventajas e inconvenientes del uso de esta técnica y los cuidados enfermeros que hay que realizar en ella, cuyos resultados hemos sintetizado en estos dos cuadros.

VENTAJAS	INCONVENIENTES
• Permite el control hemodinámico e hidroelectrolítico. • Disminuciónon de la presión abdominal en el síndrome compartimental. • Facilitación del cierre definitivo del abdomen. • Visualizaciónon directa de la herida • Permite un drenaje periódico de la cavidad y prevención de la evisceración. • Disminución de la mortalidad por casos de abdomen agudo, apendicitis secundaria y pancreatitis aguda. • Bajo coste económico.	• Gran riesgo de infección, requiere un manejo totalmente estéril. • Necesidad de conocimientos muy especializados para la técnica. • Producción de abundante exudado.



CONCLUSIONES

Tras analizar los datos y artículos seleccionados, podemos confirmar que la bolsa de Bogotá posee más ventajas que inconvenientes, lo que avala que sea una de las técnicas más utilizadas en pacientes con AA. Se ha demostrado en varios estudios, que facilita que estos pacientes superen la fase crítica con el menor número de complicaciones favoreciendo el cierre definitivo del abdomen y disminuyendo la mortalidad. Queda probado, que es de vital importancia que enfermería conozca la técnica para minimizar el riesgo de infecciones iniciales haciendo un manejo totalmente estéril y aplique cuidados especializados para que el proceso tenga éxito.

Resumen:

Palabras Clave: *Cuidados Críticos / Critical Care - Laparotomía / Laparotomy, Músculos Abdominales / Abdominal Muscles.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La bolsa de Bogotá (BB), fue creada por Borraez en Colombia en los años 20 se utiliza en pacientes con laparotomía contenida (LC) para tratar el manejo de la sepsis abdominal, cirugía de control de daños, presencia de síndrome compartimental y en la pérdida de la pared abdominal o dificultad para el cierre de la misma. Consiste en la fijación a la fascia o piel de una bolsa de polivinilo o un material similar, que provee de una cobertura atraumática a las vísceras expuestas y permite su visualización y monitorización constante.

Borraez añadió posteriormente a su técnica otra lámina de polietileno fenestrada con el objetivo de eliminar las adherencias vísceroparietales.

El objetivo de esta técnica es superar la etapa crítica de indicación de abdomen abierto (AA), resulta muy importante identificar las ventajas e inconvenientes de su uso, por ser una técnica muy utilizada en las Unidades de Cuidados Críticos y conocer el manejo que enfermería debe tener en en este procedimiento debido a la gran importancia que tiene su intervención para que el proceso tenga éxito.

Metodología:

De acuerdo con los objetivos de nuestro estudio, hemos hecho una revisión bibliográfica digital de artículos relacionados con las ventajas de utilizar la bolsa de Bogotá en los casos de abdomen abierto y artículos sobre cuidados de enfermería, priorizando los que tratan sobre cuidados de enfermería. Esta búsqueda ha servido para mejorar y actualizar los conocimientos de esta técnica. Hemos utilizado los buscadores digitales: Pubmed, The Cochrane Database of Reviews, SCIELO y ELSEVIER.

- Criterios de inclusión

- Revisiones bibliográficas acerca del tema.
- Artículos sobre las ventajas de la utilización de la bolsa de Bogotá
- Artículos sobre las complicaciones de dicha técnica.
- Artículos sobre el manejo de enfermería de esta técnica.
- Artículos en castellano e inglés.
- Artículos actuales (fecha corte 2015).

- Criterios de exclusión

• Artículos sobre contenido puramente médico, sin contenido de cuidados enfermeros.

• Artículos anteriores a 2015.

Resultados:

Se han identificado un total de 8 publicaciones acordes con nuestro estudio, de las cuales hemos priorizado 2; debido a ser los estudios más actuales y que abordan mejor el tema elegido, ya que abarcan el tema desde el punto de vista de los cuidados de enfermería y aportan las ventajas y los inconvenientes de esta técnica; los cuales han sido los objetivos de nuestro trabajo. Hemos rechazado las otras 6 publicaciones.

Estos dos artículos son revisiones bibliografías que hablan de las ventajas e inconvenientes del uso de esta técnica y los cuidados enfermeros que hay que realizar en ella, cuyos resultados hemos sintetizado en estos dos cuadros.

- Ventajas

Permite el control hemodinámico e hidroelectrolítico.

Disminución de la presión abdominal en el síndrome compartimental.

Facilitación del cierre definitivo del abdomen.

Visualización directa de la herida

Permite un drenaje periódico de la cavidad y prevención de la evisceración.

Disminución de la mortalidad por casos de abdomen agudo, apendicitis secundaria y pancreatitis aguda.

Bajo coste económico.

- Inconvenientes

Gran riesgo de infección, requiere un manejo totalmente estéril.

Necesidad de conocimientos muy especializados para la técnica.

Producción de abundante exudado

Conclusiones:

Tras analizar los datos y artículos seleccionados, podemos confirmar que la bolsa de Bogotá posee más ventajas que inconvenientes, lo que avala que sea una de las técnicas más utilizadas en pacientes con AA. Se ha demostrado en varios estudios, que facilita que estos pacientes superen la fase crítica con el menor número de complicaciones favoreciendo el cierre definitivo del abdomen y disminuyendo la mortalidad.

Queda probado, que es de vital importancia que enfermería conozca la técnica para minimizar el riesgo de infecciones iniciales haciendo un manejo totalmente estéril y aplique cuidados especializados para que el proceso tenga éxito.

Bibliografía

1. Cardozo-Arias HR, Verdecchia-Insfrán C, Fretes-Gómez AM, Caballero-Rodrígues A. Experiencia en el manejo del abdomen abierto contenido con bolsa de Bogotá en el Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas. Cir Parag. 2021;45(1):9-

2. Camilo Ramírez AF, Borroto Martínez K, Vilar Vilar K. Manejo del abdomen abierto mediante la técnica de bolsa de Bogotá modificada. Invest Medicoquir. 2020;12(1).

3. Karakose O, Benzin MF, Pulat H, Sabuncuoglu MZ, Eken H, Zihni I, et al. Bogota bag use in planned re-laparotomies. Med Sci Monit. 2016;22:2900–2904. [pmc.ncbi.nlm.nih.gov]

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 92

Manejo del dolor en el paciente oncológico

Buceta Martínez, Silvia
Castro Gil, María De Las Mercedes
Becerro Sánchez, Itsaso

XVI CONGRESO DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA: INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO

MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Silvia Buceta Martínez, María De las Mercedes Castro Gil, Itsaso Becerro Sánchez

Introducción

El dolor oncológico es uno de los síntomas más prevalentes en pacientes con cáncer, especialmente en estadios avanzados. Su manejo adecuado es esencial para mejorar la calidad de vida del paciente. El tratamiento del dolor oncológico debe ser integral, considerando tanto enfoques farmacológicos como no farmacológicos. La Escala Analgésica de la OMS ha sido tradicionalmente la guía para su tratamiento, pero las evidencias recientes sugieren la necesidad de enfoques más individualizados.

Objetivos

- Analizar las estrategias actuales en el manejo del dolor oncológico.
- Evaluar la eficacia de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.
- Identificar las mejores prácticas basadas en evidencia para el tratamiento del dolor en pacientes con cáncer.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica recopilando información de diferentes bases de datos como PubMed, Scopus, CINAHL y Fisterra.

Las palabras clave utilizadas han sido: Cáncer, pain, dolor, opiáceos.

- **Criterios de inclusión:** Estudios publicados en los últimos 10 años, en español o inglés, que aborden el manejo del dolor en pacientes oncológicos.
- **Criterios de exclusión:** Estudios que no aporten datos relevantes sobre el tratamiento del dolor oncológico (elsevier)

Resultados

- La combinación de opiáceos con fármacos no opioides y coadyuvantes mejora el control del dolor.
- Las terapias no farmacológicas, como la fisioterapia y las técnicas psicológicas, son efectivas como complemento al tratamiento farmacológico.
- La individualización del tratamiento, considerando las características específicas de cada paciente, es clave para un manejo eficaz del dolor.

Conclusiones

- El manejo del dolor oncológico debe ser integral, combinando enfoques farmacológicos y no farmacológicos.
- Es fundamental una valoración continua del dolor para ajustar el tratamiento según la evolución del paciente.
- Para aplicar las mejores prácticas en el tratamiento del dolor oncológico es esencial la formación continua de los profesionales de la salud.

Bibliografía

- Fombellida CN. Manejo y abordaje del dolor en pacientes oncológicos desde una perspectiva de género. Revisión sistemática [Trabajo Fin de Grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2020. Disponible en: http://uvadoc.uva.es/handle/10324/41918uvadoc.uva.es+1revistas.itsup.edu.ec+1
- Giral Aguirre E. Manejo del dolor en el paciente oncológico desde la Fisioterapia: revisión de la literatura [Trabajo Fin de Grado]. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears; 2023. Disponible en: http://hdl.handle.net/11201/161806dspace.uib.es
- Guía clínica de Manejo del dolor oncológico. Fisterra. 2024. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/manejo-dolor-oncológico

Resumen: *El dolor oncológico es común en pacientes con cáncer, especialmente en fases avanzadas, un manejo adecuado mejora significativamente la calidad de vida.*

Esta revisión bibliográfica analiza estrategias actuales, destacando la importancia de combinar tratamientos farmacológicos con terapias no farmacológicas. Además, se subraya la necesidad de individualizar el tratamiento según las características del paciente. La evaluación continua del dolor permite ajustar las intervenciones de forma efectiva. Esta revisión se basa en estudios recientes y concluye que la formación continua del personal sanitario es clave para aplicar las mejores prácticas en el tratamiento del dolor oncológico.

Palabras Clave: *Cáncer - pain - opiáceos*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El dolor oncológico es uno de los síntomas más prevalentes en pacientes con cáncer, especialmente en estadios avanzados. Su manejo adecuado es esencial para mejorar la calidad de vida del paciente. El tratamiento del dolor oncológico debe ser integral, considerando tanto enfoques farmacológicos como no farmacológicos. La Escala Analgésica de la OMS ha sido tradicionalmente la guía para su tratamiento, pero las evidencias recientes sugieren la necesidad de enfoques más individualizados.

Objetivos:

• Analizar las estrategias actuales en el manejo del dolor oncológico.

• Evaluar la eficacia de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

• Identificar las mejores prácticas basadas en evidencia para el tratamiento del dolor en pacientes con cáncer.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión bibliográfica recopilando información de diferentes bases de datos como PubMed, Scopus, CINAHL y Fisterra.

Las palabras clave utilizadas han sido: Cáncer, pain, dolor, opiáceos.

• Criterios de inclusión: Estudios publicados en los últimos 10 años, en español o inglés, que aborden el manejo del dolor en pacientes oncológicos.

• Criterios de exclusión: Estudios que no aporten datos relevantes sobre el tratamiento del dolor oncológico (Elsevier).

Resultados:

• La combinación de opiáceos con fármacos no opioides y coadyuvantes mejora el control del dolor.

• Las terapias no farmacológicas, como la fisioterapia y las técnicas psicológicas, son efectivas como complemento al tratamiento farmacológico.

• La individualización del tratamiento, considerando las características específicas de cada paciente, es clave para un manejo eficaz del dolor.

Conclusiones:

• El manejo del dolor oncológico debe ser integral, combinando enfoques farmacológicos y no farmacológicos.

• Es fundamental una evaluación continua del dolor para ajustar el tratamiento según la evolución del paciente.

• Para aplicar las mejores prácticas en el tratamiento del dolor oncológico es esencial la formación continua de los profesionales de la salud.

Bibliografía

1. Fombellida CN. Manejo y abordaje del dolor en pacientes oncológicos desde una perspectiva de género. Revisión sistemática [Trabajo Fin de Grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2020. Disponible en: http://uvadoc.uva.es/handle/10324/41918uvadoc.uva.es+1revistas.itsup.edu.ec+1

2. Giral Aguirre E. Manejo del dolor en el paciente oncológico desde la Fisioterapia: revisión de la literatura [Trabajo Fin de Grado]. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears; 2023. Disponible en: http://hdl.handle.net/11201/161806dspace.uib.es

3. Guía clínica de Manejo del dolor oncológico. Fisterra. 2024. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/manejo-dolor-oncologico/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 93

Manejo del dolor postoperatorio tras amputación: a propósito de un caso

Pérez Calvillo, David
Peco Moreno, Cristina

MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO TRAS AMPUTACIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cristina Peco Moreno (1), David Pérez Calvillo (1)
(1) Estudiante de Enfermería (Facultad de Enfermería de Ciudad Real)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La enfermedad arterial periférica (EAP) es la disminución o interrupción del aporte sanguíneo a una parte del cuerpo debido a la estenosis u obstrucción de las arterias que irrigan esa zona. La EAP se origina por la obstrucción progresiva de las arterias de las extremidades inferiores, siendo la arterioesclerosis la causa más frecuente (1).
La presentación clínica es variada; algunos pacientes permanecen asintomáticos en etapas precoces, mientras que otros pueden sufrir síntomas más comunes como claudicación intermitente, dolor en reposo y lesiones tróficas avanzadas (1).
El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se usa el índice tobillo-brazo (ITB) para cuantificar la gravedad de esta enfermedad, siendo además un buen indicador de pronóstico y de posible desarrollo de eventos cardiovasculares (2).
En general, el plan terapéutico que se establece en esta enfermedad es aliviar la sintomatología, especialmente el dolor, evitar la progresión de la enfermedad y reducir el riesgo de amputación (3).

El objetivo de este trabajo es ofrecer una serie de indicaciones de cuidados de Enfermería en un paciente que ha sufrido una amputación por EAP complicada.

METODOLOGÍA

Varón de 62 años que ingresa en la unidad de hospitalización de Ginecología y Obstetricia como paciente periférico de Cirugía Vascular, a la espera de intervención quirúrgica para amputación del primer y segundo dedo del miembro inferior derecho por isquemia crónica. Sin DM ni alergias medicamentosas conocidas. Historia clínica de HTA, dislipemia, obesidad, exfumador y fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol. También presenta insuficiencia mitral moderada-severa y síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) manejado con CPAP nocturna que controla el propio paciente. En el momento del ingreso, el paciente tiene suspendido su tratamiento con acenocumarol de cara a la intervención. Se somete a sesiones crónicas de hemodiálisis a través de CVC los lunes, miércoles y viernes.

Se indica ayuno durante las 6 horas previas a la cirugía y administración de inhaladores, nevibolol y levotiroxina. Se somete a intervención quirúrgica, donde se decide realizar una amputación metatarsiana completa. Tras su recuperación en REA, vuelve a planta de Ginecología y Obstetricia para cuidados de Enfermería y manejo del dolor:

- No levantar de la cama tras la intervención quirúrgica, hasta nueva valoración por parte de Cirugía Vascular.
- Mantener el miembro inferior derecho elevado, para evitar hemorragias y favorecer el retorno venoso.
- Realizar valoración del dolor mediante escalas validadas, indicando al paciente que avise de cualquier cambio para administrar analgesia de rescate.
- Lavado de la herida con suero fisiológico y coagulación con nitrato de plata (Argenpal).
- Curas de la herida con apósito carbón activado + plata (Actisorb) cada 24 horas y posterior vendaje de crepé no compresivo.

Imagen 1. Herida quirúrgica por amputación metatarsiana durante la primera cura posterior a la intervención. Fuente: elaboración propia.

INTERVENCIONES

NANDA	NIC	NOC
(00085) Movilidad física deteriorada	(1800) Ayuda al autocuidado: movilidad	(0208) Movilidad: extremidades inferiores
(00118) Imagen corporal alterada	(5230) Aumentar el afrontamiento	(1201) Aceptación: estado de salud
(00266) Riesgo de infección del sitio quirúrgico	(3660) Cuidados de las heridas	(0702) Estado de la herida: cicatrización
(00132) Dolor agudo	(2210) Administración de analgésicos	(1605) Control del dolor

CONCLUSIONES

Las amputaciones por isquemia crónica son intervenciones quirúrgicas relativamente frecuentes que tienen como objetivo evitar complicaciones en el paciente. Sin embargo, producen un alto grado de dolor y alteraciones en la imagen corporal que deben ser tratadas de manera adecuada. En las unidades de hospitalización, el papel de las enfermeras es crucial no solo para el manejo del dolor, sino también para ofrecer apoyo psicológico al paciente ante la dismorfia corporal y el miedo a perder habilidades motoras.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Laín Baile Á, García García M, del Val Clariana C, y col. Isquemia de miembros inferiores: clasificación, diagnóstico y tratamiento. *Rev Sanit Invest*; 2023.
(2) Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Isquemia crónica de miembros inferiores: enfermedad arterial periférica. 2017;12(41):2440-2447. https://doi.org/10.1016/j.med.2017.09.012
(3) Feito Castex T, Perurena Llamosa C, Aparicio Suárez JL, y col. Implante de células madre hematopoyéticas en pacientes con isquemia crónica de miembros inferiores. *Rev Cub Angiol Cirug Vasc*. 2015;16(1):64-75.
(4) Herdman TH, Kamitsuru S, eds. NANDA International: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª ed. Nueva York: Thieme; 2021.
(5) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes. 6ª ed. St. Louis: Elsevier; 2018.
(6) Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Nursing Interventions Classification (NIC). 7ª ed. St. Louis: Elsevier; 2018.

Resumen: *La enfermedad arterial periférica (EAP) puede llevar a complicaciones graves como la amputación. Este trabajo presenta el caso de un paciente con múltiples comorbilidades que se somete a una amputación metatarsiana por isquemia crónica. Se describen los cuidados de Enfermería enfocados en el control del dolor, prevención de infecciones y apoyo psicológico ante el impacto emocional de la pérdida de un miembro. Se aplican diagnósticos NANDA, intervenciones NIC y resultados NOC adaptados a las necesidades del paciente. El rol enfermero es esencial para favorecer la recuperación física y emocional, evitando complicaciones y promoviendo la autonomía postoperatoria.*

Palabras Clave: *Enfermedad Arterial Periférica - Cuidados de Enfermería - Amputación*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La enfermedad arterial periférica (EAP) es la disminución o interrupción del aporte sanguíneo a una parte del cuerpo debido a la estenosis u obstrucción de las arterias que irrigan esa zona. La EAP se origina por la obstrucción progresiva de las arterias de las extremidades inferiores, siendo la arterioesclerosis la causa más frecuente (1).

La presentación clínica es variada; algunos pacientes permanecen asintomáticos en etapas precoces, mientras que otros pueden sufrir síntomas más comunes como claudicación intermitente, dolor en reposo y lesiones tróficas avanzadas (1).

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se usa el índice tobillo-brazo (ITB) para cuantificar la gravedad de esta enfermedad, siendo además un buen indicador de pronóstico y de posible desarrollo de eventos cardiovasculares (2).

En general, el plan terapéutico que se establece en esta enfermedad es aliviar la sintomatología, especialmente el dolor, evitar la progresión de la enfermedad y reducir el riesgo de amputación (3).

El objetivo de este trabajo es ofrecer una serie de indicaciones de cuidados de Enfermería en un paciente que ha sufrido una amputación por EAP complicada.

Metodología:

Varón de 62 años que ingresa en la unidad de hospitalización de Ginecología y Obstetricia como paciente periférico de Cirugía Vascular, a la espera de intervención quirúrgica para amputación del primer y segundo dedo del miembro inferior derecho por isquemia crónica. Sin DM ni alergias medicamentosas conocidas. Historia clínica de HTA, dislipemia, obesidad, exfumador y fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol. También presenta insuficiencia mitral moderada-severa y síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) manejado con CPAP nocturna que controla el propio paciente. En el momento del ingreso, el paciente tiene suspendido su tratamiento con acenocumarol de cara a la intervención. Se somete a sesiones crónicas de hemodiálisis a través de CVC los lunes, miércoles y viernes.

Se indica ayuno durante las 6 horas previas a la cirugía y administración de inhaladores, nevibolol y levotiroxina. Se somete a intervención quirúrgica, donde se decide realizar una amputación metatarsiana completa. Tras su recuperación en REA, vuelve a planta de Ginecología y Obstetricia para cuidados de Enfermería y manejo del dolor:

• No levantar de la cama tras la intervención quirúrgica, hasta nueva valoración por parte de Cirugía Vascular.

• Mantener el miembro inferior derecho elevado, para evitar hemorragias y favorecer el retorno venoso.

• Realizar valoración del dolor mediante escalas validadas, indicando al paciente que avise de cualquier cambio para administrar analgesia de rescate.

• Lavado de la herida con suero fisiológico y coagulación con nitrato de plata (Argenpal).

• Curas de la herida con apósito carbón activado + plata (Actisorb) cada 24 horas y posterior vendaje de crepé no compresivo.

Intervenciones:

DIAGNÓSTICO NANDA 00085: Movilidad física deteriorada

• NIC: (1800) Ayuda al autocuidado: movilidad

• NOC: (0208) Movilidad: extremidades inferiores

DIAGNÓSTICO NANDA 00118: Imagen corporal alterada

• NIC: (5230) Aumentar el afrontamiento

• NOC: (1201) Aceptación: estado de salud

DIAGNÓSTICO NANDA 00266: Riesgo de infección del sitio quirúrgico

• NIC: (3660) Cuidados de las heridas

• NOC: (0702) Estado de la herida: cicatrización

DIAGNÓSTICO NANDA 00132: Dolor agudo

• NIC: (2210) Administración de analgésicos

• NOC: (1605) Control del dolor

Conclusiones:

Las amputaciones por isquemia crónica son intervenciones quirúrgicas relativamente frecuentes que tienen como objetivo evitar complicaciones en el paciente. Sin embargo, producen un alto grado de dolor y alteraciones en la imagen corporal que deben ser tratadas de manera adecuada. En las unidades de hospitalización, el papel de las enfermeras es crucial no solo para el manejo del dolor, sino también para ofrecer apoyo psicológico al paciente ante la dismorfia corporal y el miedo a perder habilidades motoras.

Bibliografía

1) Laín Baile Á, García García M, del Val Clariana C, y col. Isquemia de miembros inferiores: clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev Sanit Invest; 2023.

(2) Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Isquemia crónica de miembros inferiores: enfermedad arterial periférica. 2017;12(41):2440-2447. https://doi.org/10.1016/j.med.2017.09.012

(3) Feito Castex T, Perurena Llamosa C, Aparicio Suárez JL, y col. Implante de células madre hematopoyéticas en pacientes con isquemia crónica de miembros inferiores. Rev Cub Angiol Cirug Vasc. 2015;16(1):64-75.

(4) Herdman TH, Kamitsuru S, eds. NANDA International: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª ed. Nueva York: Thieme; 2021.

(5) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes. 6ª ed. St. Louis: Elsevier; 2018.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 94

Manejo no farmacológico del estrés en el puerperio de la madre primeriza desde la consulta de enfermería en Atención Primaria

Patón Zúñiga, Esther
Meco Román, José Carlos
Martín Trujillo, María del Pilar

XVI CONGRESO DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA: INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO

Manejo no farmacológico del estrés en el puerperio de la madre primeriza desde la consulta de enfermería en Atención Primaria.

Patón Zúñiga, Esther; Meco Román, José Carlos; Martín Trujillo, María del Pilar.

SATSE

Introducción.

El puerperio es un periodo desafiante para las madres primerizas, marcado por cambios físicos y emocionales. En el contexto actual, el estrés y el aislamiento son frecuentes debido a la disminución del apoyo tradicional.

La enfermería en atención primaria es clave para identificar este estrés precozmente y ofrecer intervenciones no farmacológicas, promoviendo el bienestar materno y una adaptación saludable.

Objetivos.

1. Identificar los principales factores de estrés que experimentan las madres primerizas durante el puerperio.

1. Describir estrategias de manejo no farmacológico del estrés que pueden ser implementadas por el profesional de enfermería en la consulta de atención primaria.

Material y método.

Bases de datos empleadas en la búsqueda
PubMed/Medline
CINHAL
Scopus
Google Scholar

Se priorizó la búsqueda de artículos de revisión, guías clínicas, estudios cualitativos y cuantitativos publicados en los últimos diez años, aunque se incluyeron referencias seminales que aportaran una base teórica sólida.
La información se analizó para extraer datos clave sobre la identificación del estrés y la efectividad de las intervenciones no farmacológicas desde el ámbito de la consulta de enfermería en atención primaria.

Palabras clave.

MeSH	DeCS
Puerperium	Puerperio
Stress, Psychological	Estrés Psicológico
Primary Health Care	Atención Primaria de Salud
Nursing	Enfermería
Social Support	Apoyo Social

Resultados.

Factores Estresores Comunes	Privación de Sueño	Dificultades en Lactancia	Aislamiento Social	Incertidumbre	Expectativas Irreales	Desafíos del Vínculo
Intervenciones Clave de Enfermería en Atención Primaria	Educación sobre sueño neonatal; técnicas de relajación.	Orientación experta y resolución de problemas.	Fomento de redes de apoyo; derivación a grupos.	Educación prenatal y posnatal anticipatoria.	Escucha activa; orientación sobre límites y delegación.	Orientación sobre contacto piel con piel y apego.
Impacto Directo	**Reduce fatiga, mejora resiliencia.**	Disminuye ansiedad, promueve éxito.	**Reduce soledad, fortalece soporte.**	Normaliza experiencias, reduce ansiedad.	Valida emociones, promueve visión realista.	Fortalece vínculo, aumenta competência.

Conclusiones.

El puerperio genera estrés significativo en madres primerizas. La enfermería en atención primaria es fundamental para su manejo no farmacológico.

Nuestras estrategias incluyen educación, autocuidado, técnicas de relajación y fomento de redes de apoyo. Estas intervenciones empoderan a la madre para una transición saludable.

Es vital integrar la salud mental materna en la atención posnatal y explorar futuras investigaciones con programas estructurados de enfermería.

Bibliografía.

1. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. Obstet Gynecol. 2018;131(5):e140-e150.
4. Grigoriadis S, et al. Perinatal mental health: a framework for primary care. CMAJ. 2020;192(1):E13-E20.
5. Kendall-Tackett KA. Postpartum depression: a common but often unrecognized medical illness. Am J Clin Nutr. 2007;86(5):1426-1430.

Resumen: *El puerperio es una etapa de grandes cambios fisiológicos y psicológicos, especialmente para la madre primeriza, que a menudo experimenta elevados niveles de estrés. Este capítulo explora el papel fundamental del profesional de enfermería en atención primaria para identificar y abordar este estrés mediante intervenciones no farmacológicas. Se analizan estrategias como la educación prenatal, el apoyo emocional, las técnicas de relajación, el fomento del vínculo madre-hijo y la promoción de redes de apoyo. El objetivo es proporcionar herramientas prácticas y basadas en la evidencia para mejorar el bienestar materno y facilitar una adaptación saludable a la maternidad, previniendo así complicaciones a largo plazo.*

Palabras Clave: *MeSH: Puerperium; DeCS: Puerperio - MeSH: Stress, Psychological; DeCS: Estrés Psicológico*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El nacimiento de un hijo es, sin lugar a dudas, uno de los acontecimientos más trascendentales en la vida de una mujer. Sin embargo, detrás de la inmensa alegría y expectación, se esconde una etapa de profundos desafíos físicos, emocionales y sociales: el puerperio. Este periodo, que se extiende desde el parto hasta aproximadamente las seis semanas posteriores, implica una cascada de cambios hormonales, la recuperación física del alumbramiento y la adaptación a un nuevo rol, el de madre. Para la madre primeriza, la inexperiencia añade una capa adicional de vulnerabilidad, haciendo que el manejo del estrés sea un componente crucial de su bienestar integral.

Históricamente, la atención al puerperio se ha centrado primordialmente en los aspectos físicos y la prevención de complicaciones médicas. Si bien esta aproximación es vital, la dimensión emocional y psicológica de la mujer, especialmente en lo referente al estrés, ha sido, en ocasiones, relegada a un segundo plano o minimizada. En sociedades pasadas, las estructuras familiares y comunitarias solían ofrecer un soporte natural más robusto, donde las nuevas madres contaban con una red de apoyo informal que les permitía afrontar los desafíos de la maternidad con mayor serenidad. La abuela, las tías o vecinas con experiencia actuaban como consejeras y cuidadoras, aliviando la carga y compartiendo conocimientos transmitidos de generación en generación.

En la actualidad, sin embargo, el contexto ha cambiado drásticamente. La fragmentación de las familias, la reducción de las redes de apoyo cercanas y el ritmo de vida acelerado han dejado a muchas madres primerizas sintiéndose aisladas y abrumadas. A esto se suma la presión social por la "maternidad perfecta", alimentada muchas veces por las redes sociales, que genera expectativas irreales y un sentimiento de insuficiencia. Es en este escenario donde la figura del profesional de enfermería en atención primaria cobra una relevancia incalculable. Situado en la primera línea de contacto con las mujeres, el personal de enfermería no solo supervisa la recuperación física, sino que tiene una oportunidad única para identificar precozmente los signos de estrés materno y ofrecer estrategias de manejo no farmacológico, empoderando a la madre

para afrontar esta etapa con mayor resiliencia y bienestar. Es imperativo que la atención en el puerperio evolucione para abrazar una visión holística que reconozca y aborde la salud mental y emocional como un pilar fundamental de la salud materna.

Objetivos:

• Identificar los principales factores de estrés que experimentan las madres primerizas durante el puerperio.

• Describir estrategias de manejo no farmacológico del estrés que pueden ser implementadas por el profesional de enfermería en la consulta de atención primaria.

Material y Método:

Para la elaboración de este capítulo, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diversas bases de datos científicas y plataformas académicas. Las bases de datos consultadas incluyeron PubMed, Scopus, CINAHL y Google Scholar, utilizando descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) como "puerperio", "estrés psicológico", "atención primaria de salud", "enfermería", "apoyo social", "manejo no farmacológico", "salud mental materna" y "bienestar materno". Se priorizó la búsqueda de artículos de revisión, guías clínicas, estudios cualitativos y cuantitativos publicados en los últimos diez años, aunque se incluyeron referencias seminales que aportaran una base teórica sólida. Además, se consultaron manuales de obstetricia y ginecología, así como publicaciones de organismos de salud relevantes. La información recolectada fue analizada y sintetizada, seleccionando aquella que aportaba evidencia sobre la identificación del estrés y la efectividad de las intervenciones no farmacológicas desde el ámbito de la consulta de enfermería en atención primaria, con el fin de proporcionar un contenido actualizado y relevante.

Resultados:

El puerperio, caracterizado por una montaña rusa emocional y física, expone a la madre primeriza a una serie de factores estresores que, si no se gestionan adecuadamente, pueden comprometer su salud mental y bienestar. Uno de los estresores más significativos es la privación de sueño crónica, consecuencia de la demanda constante del recién nacido. Esta falta de descanso afecta directamente la capacidad de la madre para afrontar el día a día, exacerba la fatiga y disminuye su resiliencia emocional. La lactancia materna, a pesar de sus múltiples beneficios, también puede ser una fuente de estrés considerable, especialmente cuando surgen dificultades como dolor, grietas o percepción de producción insuficiente, generando ansiedad y frustración.

Los profesionales de enfermería, desde la consulta de atención primaria, desempeñan un papel crucial en el manejo de este estrés a través de intervenciones no farmacológicas, que empoderan a la madre y fomentan su autonomía. La educación prenatal y posnatal es una herramienta fundamental. Anticipar a la madre sobre los cambios esperados en el puerperio, tanto físicos como emocionales, normaliza muchas de sus experiencias y reduce la incertidumbre. Informar sobre la importancia del autocuidado, la alimentación saludable y la necesidad de buscar apoyo, prepara a la madre para afrontar los desafíos. Asimismo, enseñar técnicas de relajación como la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva o la meditación guiada puede ser de gran utilidad. Estas técnicas, fáciles de aprender y practicar en casa, ayudan a reducir los niveles de ansiedad y a mejorar la calidad del sueño.

Otro pilar esencial es el fomento del vínculo madre-hijo y el apego seguro. El profesional de enfermería puede orientar a la madre sobre la importancia del contacto piel con piel, el masaje infantil y la respuesta sensible a las señales del bebé, lo que no solo fortalece el vínculo, sino que también contribuye a la reducción del estrés materno al promover sentimientos de competencia y conexión. Además, el profesional de enfermería tiene la capacidad de identificar y promover la creación y utilización de redes de apoyo social. Esto incluye animar a la madre a buscar el apoyo de la pareja, familiares y amigos, así como derivarla a grupos de apoyo para madres, donde puede compartir experiencias y sentirse comprendida. El apoyo de iguales es invaluable para disipar el sentimiento de aislamiento.

Finalmente, la escucha activa y el apoyo emocional son herramientas poderosas. Permitir que la madre exprese sus miedos, preocupaciones y frustraciones en un espacio seguro y sin juicios, validando sus emociones, es un primer paso fundamental para abordar el estrés. El profesional de enfermería puede ofrecer orientación sobre cómo gestionar las expectativas, establecer límites y delegar responsabilidades, promoviendo una visión más realista y compasiva de la maternidad. Todas estas intervenciones, aplicadas de manera personalizada, contribuyen significativamente a mejorar el bienestar emocional de la madre primeriza en el puerperio.

Conclusiones:

El puerperio es un periodo de adaptación intensa que, para la madre primeriza, a menudo se asocia con niveles significativos de estrés. El profesional de enfermería, desde la consulta de atención primaria, juega un rol indispensable en la identificación temprana y el manejo no farmacológico de este estrés. Las estrategias basadas en la educación, el fomento del autocuidado, la promoción de técnicas de relajación y respiración, y la creación de sólidas redes de apoyo social son fundamentales para empoderar a la madre y facilitar una transición saludable hacia la maternidad. Es crucial que la atención posnatal evolucione para integrar de manera más enfática la salud mental y emocional de la mujer. Futuras investigaciones podrían explorar la efectividad de programas estructurados de intervención no farmacológica liderados por profesionales de enfermería, así como la implementación de herramientas de cribado de estrés validadas en el contexto de atención primaria, para optimizar el bienestar materno y prevenir complicaciones a largo plazo.

Bibliografía

1. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2017.

2. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.

3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. Obstet Gynecol. 2018;131(5):e140-e150.

4. Grigoriadis S, et al. Perinatal mental health: a framework for primary care. CMAJ. 2020;192(1):E13-E20.

5. Kendall-Tackett KA. Postpartum depression: a common but often unrecognized medical illness. Am J Clin Nutr. 2007;86(5):1426-1430.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 95

Mantenimiento del Reservorio Subcutáneo: Heparinización vs Salinización

Lara Lozano, Elena
Núñez Sánchez- Migallón, Ana Belén
Piqueras Crespo, Lourdes
Moreno Delgado, Tania
García- Muñoz López Menchero, Diana

Mantenimiento del Reservorio Subcutáneo: Heparinización VS Salinización

Elena Lara Lozano;Ana Belén Núñez Sánchez- Migallón; Lourdes Piqueras Crespo; Tania Moreno Delgado; Diana García- Muñoz López Menchero.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, numerosos pacientes, especialmente aquellos con diagnóstico oncológico, requieren el uso de reservorios subcutáneos debido a las características específicas de sus tratamientos, como la administración de ciertos medicamentos o la necesidad frecuente de análisis de sangre. Este dispositivo proporciona un acceso directo y confiable al sistema venoso, preferentemente a través de la vena subclavia, lo que facilita significativamente su manejo diario. Sin embargo, existe una considerable variabilidad clínica en cuanto a los cuidados y el mantenimiento a largo plazo de estos sistemas, lo que hace importante un enfoque estandarizado y bien informado para su gestión.

OBJETIVOS

- Evaluar la eficacia de solución salina vs. heparina en la prevención de obstrucción e infección en reservorios subcutáneos..
- Unificar criterios de manipulación de reservorios subcutáneos entre profesionales de salud.

METODOLOGÍA

- Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, y Cochrane incluyendo aquellos metaanálisis, revisiones sistemáticas y protocolos posteriores al 2021.
- Se han usado como palabras claves las proporcionadas por el DeCS como: Obstrucción del Catéter (Catheter Obstruction); Heparina (Heparin); Acceso Vascular (Vascular Access Devices).

RESULTADOS

Tras analizar diversos estudios y protocolos sobre el mantenimiento de reservorios subcutáneos, se destacan los hallazgos de dos investigaciones recientes que comparan la eficacia del uso de solución salina frente a heparina. Ambos estudios evalúan parámetros clave como la permeabilidad del catéter, la aparición de complicaciones y los costos asociados, con el objetivo de aportar evidencia que facilite la toma de decisiones clínicas fundamentadas.

	Estudio 1 (Ensayo clínico)	Estudio 2 (Cuasi experimental)
Número de pacientes	143	56
Grupos / protocolos	3 grupos: - Solución salina (47). - Heparina 60 UI/ml por 2 meses (45). - Heparina 60 UI/ml por 4 meses (51).	2 fases secuenciales: - Meses 1–2: Salina + Heparina. - Meses 3–4: Solo solución salina
Técnica utilizada	No especificada	Técnica “push-pause”
Resultados principales	- No diferencias significativas en complicaciones ni permeabilidad. - Flujo sanguíneo adecuado hasta 10 meses.	- No diferencias significativas entre protocolos. - Solución salina igual de efectiva que heparina.
Riesgos asociados a heparina	No reportados	Alergias, sangrados, trombocitopenia
Costos	No evaluados	Heparina con mayor costo económico

CONCLUSIÓN

Aunque los estudios revisados no muestran diferencias significativas entre el uso de heparina y solución salina en el mantenimiento de reservorios subcutáneos, la evidencia disponible sigue siendo limitada en cuanto a su alcance y calidad. Ambos métodos parecen ser eficaces cuando se aplican correctamente, especialmente con técnicas como el “push-pause”. Sin embargo, los datos actuales sugieren que el uso rutinario de heparina podría no ser necesario en todos los casos, ya que la solución salina se presenta como una alternativa segura, efectiva y más económica. Se requiere mayor investigación para establecer recomendaciones concluyentes y unificar criterios clínicos basados en evidencia sólida y actualizada.

Resumen: *El uso de reservorios subcutáneos en pacientes con cierto tipo de patologías es fundamental, pero su mantenimiento varía según el profesional. Este estudio compara la eficacia de heparina y solución salina en su cuidado. Ambos métodos mostraron resultados similares en cuanto a permeabilidad y prevención de complicaciones. La solución salina, además de ser más económica, evita riesgos asociados a la heparina. Aunque los hallazgos son prometedores, la evidencia aún es limitada, por lo que se necesita más investigación para unificar protocolos y garantizar prácticas seguras basadas en evidencia clínica actualizada.*

Palabras Clave: *Obstrucción del Catéter (Catheter Obstruction) - Heparina (Heparin) Acceso Vascular (Vascular Access Devices)*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En la actualidad, numerosos pacientes, especialmente aquellos con diagnóstico oncológico, requieren el uso de reservorios subcutáneos debido a las características específicas de sus tratamientos, como la administración de ciertos medicamentos o la necesidad frecuente de análisis de sangre. Este dispositivo proporciona un acceso directo y confiable al sistema venoso, preferentemente a través de la vena subclavia, lo que facilita significativamente su manejo diario. Sin embargo, existe una considerable variabilidad clínica en cuanto a los cuidados y el mantenimiento a largo plazo de estos sistemas, lo que hace importante un enfoque estandarizado y bien informado para su gestión.

Objetivos:

● Evaluar la eficacia de solución salina vs. heparina en la prevención de obstrucción e infección en reservorios subcutáneos.

● Unificar criterios de manipulación de reservorios subcutáneos entre profesionales de salud.

Material y Método:

● Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, y Cochrane incluyendo aquellos metaanálisis, revisiones sistemáticas y protocolos posteriores al 2021.

● Se han usado como palabras claves las proporcionadas por el DeCS como: Obstrucción del Catéter (Catheter Obstruction); Heparina (Heparin); Acceso Vascular (Vascular Access Devices).

Resultados:

Tras analizar diversos estudios y protocolos sobre el mantenimiento del reservorio subcutáneo, se destacan los hallazgos de dos investigaciones recientes que comparan la eficacia del uso de solu-

ción salina frente a heparina. Ambos estudios evalúan parámetros clave como la permeabilidad del catéter, la aparición de complicaciones y los costos asociados, con el objetivo de aportar evidencia que facilite la toma de decisiones clínicas fundamentadas:

• El primer estudio revisado corresponde a un ensayo clínico aleatorizado realizado en 2022, en el que se incluyeron 143 pacientes con catéteres venosos centrales, distribuidos en tres grupos según el método de sellado utilizado: uno con solución salina, otro con heparina a 60 UI/ml durante dos meses, y un tercero con heparina a la misma concentración durante cuatro meses. A lo largo del seguimiento, que se extendió durante 10 meses, no se observaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la aparición de complicaciones o a la permeabilidad del catéter. Todos los pacientes mantuvieron un flujo sanguíneo adecuado, lo que sugiere que tanto la solución salina como la heparina fueron eficaces cuando se aplicaron correctamente.

• El segundo estudio, de tipo cuasi experimental y realizado en Arizona, evaluó a 56 pacientes aplicando dos protocolos de mantenimiento de forma secuencial, utilizando siempre la técnica de sellado “push-pause”. Durante los dos primeros meses, se empleó una combinación de solución salina seguida de heparina, mientras que en los dos meses siguientes se utilizó únicamente solución salina. Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas entre ambos protocolos, indicando que la solución salina es igual de efectiva que el uso combinado con heparina para el mantenimiento del reservorio. Además, se destacaron posibles riesgos asociados al uso de heparina, como reacciones alérgicas, sangrados o trombocitopenia, así como su mayor coste económico, lo que refuerza el valor de la solución salina como alternativa segura y eficiente.

Conclusiones:

Aunque los estudios revisados no muestran diferencias significativas entre el uso de heparina y solución salina en el mantenimiento de reservorios subcutáneos, la evidencia disponible sigue siendo limitada en cuanto a su alcance y calidad. Ambos métodos parecen ser eficaces cuando se aplican correctamente, especialmente con técnicas como el “push-pause”. Sin embargo, los datos actuales sugieren que el uso rutinario de heparina podría no ser necesario en todos los casos, ya que la solución salina se presenta como una alternativa segura, efectiva y más económica. Se requiere mayor investigación para establecer recomendaciones concluyentes y unificar criterios clínicos basados en evidencia sólida y actualizada.

Bibliografía

1. Cia-Arriaza M, Cabrera-Jaime S, Cano-Soria R, Manzano-Castro M, Domínguez-Gómez M, Prieto-Arenas DM, et al. Evidencia sobre el bloqueo de puertos con heparina versus solución salina en pacientes con cáncer que no reciben quimioterapia: Un ensayo clínico aleatorizado. Asia Pac J Oncol Nurs [Internet]. 2022;9(9):100085. Disponible en: https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/188896/1/main%20%281%29.pdf

2. Egnatios D, Gloria C. Permeabilidad del puerto implantado: Comparación de heparina y solución salina normal. Clin J Oncol Nurs [Internet]. 2021;25(2):169–73. Disponible en: https://www.ons.org/system/files/journal-article-pdfs/EgnatiosApril2021.pdf?utm_source

3. Port-A-Cath® S. MANEJO Y CUIDADO DEL RESERVORIO [Internet]. Chospab.es. [citado el 3 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/a66ad933577ac111f1466b0eede53e80.pdf

4. PC-Huvn PC. CUIDADOS DEL RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO [Internet]. Huvn.es. [citado el 3 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.huvn.es/archivos/cms/enfermeria-en-huvn/archivos/publico/Protocolos/Protocolo%20RVS%20actualizado%2016-06-2023%20edici%C3%B3n%202.pdf

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 96

Manual práctico de vendajes: innovación docente para la formación enfermera en la Facultad de Ciudad Real

Suárez-Bárcena González, Laura
López Fernández-Cañadas, Virginia María
Pliego Nieto, Lorena
Gómez López, Belén Encarnación
Mora Fernández-Pacheco, Eva María
Battaner Moreno, Marta

XVI Congreso de la Evidencia a la Práctica: Innovación y Ciencia en el Cuidado

MANUAL PRÁCTICO DE VENDAJES

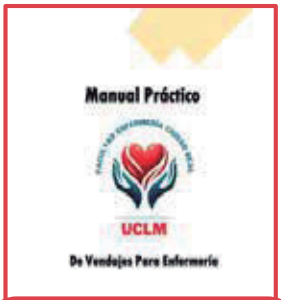
Innovación docente para la formación de enfermera en la facultad de Ciudad Real

Suárez-Bárcena Glez., Laura; López Fdez.-Cañadas, Virginia Mª; Pliego Nieto, Lorena;
Gómez López, Belén E.; Mora Fdez.-Pacheco, Eva Mª; Battaner Moreno, Marta.

Introducción

El **vendaje** es una técnica frecuente en enfermería. Una mala ejecución puede generar complicaciones.

Para su aprendizaje, se ha aplicado la **práctica puntual** y la **observación**, con recursos limitados.



Se propone un manual con texto, imágenes y códigos QR con vídeos explicativos.

Material y métodos

El manual se implementó durante **2 cursos académicos** (241 estudiantes). La evaluación entre marzo-abril 2025, con una encuesta estructurada (SUS, TAM) y una prueba de conocimientos. El análisis se realizó con SPSS Statistics v.28.

Objetivos

Principal

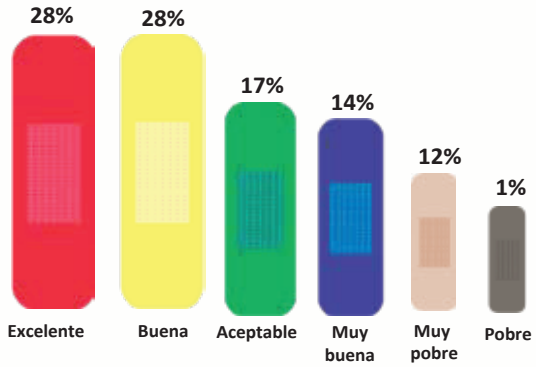
Crear e implementar un manual en la Facultad de Enfermería de Ciudad Real.

Específicos

· Evaluar la usabilidad (SUS) y la aceptación tecnológica (TAM).
· Valorar su impacto en el aprendizaje teórico.
· Identificar mejoras para futuras ediciones.

Resultados

Distribución de categorías SUS (total)



Participaron **83 estudiantes** (81,9 % mujeres; edad media 23,8 años). 2º curso (n=46) utilizó el manual durante la asignatura, mientras que el 3º (n=37) lo recibió al finalizarla.

Usabilidad (SUS): media general de 78,34/100 → **buena percepción**. 3º curso valoró mejor la usabilidad.

Aceptación tecnológica (TAM): media total 46,43/50. 3º curso mostró puntuaciones más altas en utilidad y facilidad.

SUS y TAM correlacionaron significativamente (p<0,001).

Conocimientos: 2º curso (uso activo del manual) obtuvo una media más alta, aunque sin alcanzar significación estadística (p=0,059).

Conclusiones

El formato práctico y visual del manual se valoró positivamente.

Además, favoreció el aprendizaje a corto plazo y la retención a largo plazo.

Bibliografía

1. Natarajan J, Joseph MA, Al Shibli ZS, Al Hajji SS, Al Hanawi DK, Al Kharusi AN, Al Maqbali IM. Effectiveness of an Interactive Educational Video on Knowledge, Skill and Satisfaction of Nursing Students. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2022 Nov; 22(4): 546–553. doi:10.18295/squmj.2.2022.013
2. Girão A.L. Araújo, Cavalcante M.L. Silva Nunes, Oliveira I. Costa Lima de, Aires S. Freitas, Oliveira S.K. Paz de, Carvalho R.E. Fontenele Lima de. Tecnologías en la enseñanza en enfermería, innovación y uso de TICs: revisión integrativa. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2020 Dic [citado 2025 Jun 08]; 17(4): 475-489. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632020000400475&lng=es. Epub 24-Sep-2021. https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.4.763.
3. Bangor A, Kortum PT, Miller JT. Determining what individual SUS scores mean: Adding an adjective rating scale. J Usability Stud. 2009; 4(3): 114–23. Disponible en: https://uxpajournal.org/wp-content/uploads/sites/7/pdf/JUS_Bangor_May2009.pdf
4. Lewis JR. Comparison of Four TAM Item Formats: Effect of Response Option Labels and Order. *J Usability Stud*. 2019; 14(4): 224–236.
5. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual Clínico de Procedimientos Generales de Enfermería. Sevilla. Julio2022. Disponible en:https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/documentos/MANUAL-CLINICO-DE PROCEDIMIENTOS-GENERALES-DE-ENFERMERIA.pdf

Resumen: *Se diseñó e implementó un manual práctico de vendajes con enfoque visual e interactivo para alumnado de Enfermería, combinando texto, ilustraciones y códigos QR enlazados a vídeos explicativos. Fue evaluado mediante los cuestionarios System Usability Scale y Technology Acceptance Model, junto con una prueba objetiva de conocimientos. Participaron 83 estudiantes. El recurso fue altamente valorado por su usabilidad y utilidad percibida. Aunque no se observaron correlaciones directas con el rendimiento académico, se identificó una tendencia favorable en el grupo con intervención reciente y una buena retención a medio-largo plazo, lo que respalda su valor como herramienta docente eficaz y sostenible.*

Palabras Clave: *Educación en Enfermería / Education nursing - Vendajes / Bandages Materiales de Enseñanza / Teaching Materials*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En el ámbito de la enfermería, el vendaje es una técnica clínica esencial, pero su aparente simplicidad puede llevar a errores si no se aplica correctamente, generando complicaciones para el paciente. Tradicionalmente, el aprendizaje de esta técnica ha dependido de la observación y la práctica directa, sin contar siempre con recursos pedagógicos actualizados. Ante esta necesidad, se diseñó un manual práctico de vendajes dirigido a estudiantes de segundo curso del Grado en Enfermería. Este recurso combina teoría y práctica a través de un enfoque multimedia, incluyendo texto, imágenes y vídeos explicativos accesibles mediante códigos QR, con el objetivo de reforzar el aprendizaje técnico, reducir errores y prevenir complicaciones.

Objetivos:

General:

Diseñar e implementar un manual práctico de vendajes en la Facultad de Enfermería de Ciudad Real, para mejorar la formación técnica del alumnado.

Específicos:

- Evaluar la usabilidad percibida del manual mediante el cuestionario System Usability Scale (SUS).
- Medir su aceptación tecnológica utilizando el cuestionario Technology Acceptance Model (TAM).
- Analizar su impacto en el aprendizaje teórico mediante una prueba de conocimientos.
- Identificar fortalezas y áreas de mejora para optimizar futuras ediciones.

Material y Método:

El manual se distribuyó en los cursos académicos 2023–2024 y 2024–2025 a 241 estudiantes (119 matriculados el primer año y 122 en el segundo). La principal diferencia fue el momento de entrega: en 2024–2025 se entregó al inicio de la asignatura Médico-Quirúrgica III, mientras que en 2023–2024 se proporcionó al finalizar, por retrasos en la edición e impresión.

Para la evaluación, participaron voluntariamente 83 estudiantes, lo que constituye una muestra estadísticamente válida. El tamaño muestral requerido fue de 93 estudiantes, calculado con un 95% de confianza, 8% de margen de error y una proporción esperada del 50%. Aunque la muestra final fue ligeramente menor, el error estándar se mantuvo dentro de los límites aceptables, lo que garantiza la fiabilidad y representatividad de los resultados.

La recogida de datos se efectuó entre marzo y abril de 2025 mediante una encuesta estructurada en tres bloques: el cuestionario SUS para evaluar usabilidad (escala de 0 a 100), el TAM para aceptación tecnológica y cinco preguntas objetivas para medir conocimientos. El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 28.

Resultados:

De un total de 83 participantes, el 81,9% eran mujeres y el 18,1% hombres, con una edad media de 23,87 años (DE=5,91), sin diferencias relevantes entre sexos. El 55,4% cursaba segundo, correspondiente al grupo con intervención reciente, y el 44,6% tercero, el grupo con intervención diferida.

Usabilidad: La puntuación media del cuestionario SUS fue de 78,34 (DE=9,60) sobre 100, clasificada dentro del rango de buena usabilidad, cercana al umbral de excelencia. Según la categorización cualitativa de Bangor et al. (2009), la mayoría consideró el manual como “Bueno” o “Excelente”. Solo una minoría lo evaluó negativamente.

El grupo de tercer curso —que recibió el manual después de finalizar la asignatura— puntuó más alto en usabilidad (media de 80,74) que el grupo de segundo curso (media de 76,41). Esta diferencia, estadísticamente significativa (p=0,0401), sugiere que el momento de entrega influye en la percepción del recurso. Una posible explicación es que el grupo de tercero valoró el manual como material de refuerzo sin presión evaluativa, lo que puede haber generado una impresión más positiva. En contraste, el grupo de segundo curso, que utilizó el manual de manera activa durante su formación, aplicó una evaluación más crítica basada en su experiencia directa.

Aceptación tecnológica (TAM): la puntuación media del cuestionario TAM fue de 46,43 sobre 50, lo que refleja una alta aceptación. Nuevamente, el tercer curso presentó una valoración más alta (47,54), frente al segundo cuso (45,54). Las subescalas también mostraron este patrón, tanto en utilidad percibida como en facilidad de uso, con diferencias estadísticamente significativas. Esto sugiere que recibir el manual como complemento posterior mejora su percepción.

Además, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones de usabilidad (SUS) y las dimensiones de aceptación tecnológica (TAM), indicando que cuanto mayor es la percepción de usabilidad, mayor es la aceptación tecnológica, tanto en términos de utilidad como de facilidad de uso.

Conocimientos adquiridos: Se evaluó mediante una prueba objetiva con cinco preguntas de opción múltiple. El grupo de segundo curso obtuvo una media de 8,87 sobre 10, frente a 8,22 del tercer curso. Aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0,0592), se considera marginal, mostrando una ligera tendencia a favor del grupo con intervención activa y reciente. También se

evidenció una buena retención de conocimientos en el tercer curso, posiblemente gracias a vídeos y prácticas previas.

No se hallaron correlaciones significativas entre la usabilidad o aceptación tecnológica y el rendimiento académico, lo que indica que valorar positivamente el recurso no implica mejores resultados teóricos, aunque sí mejora la motivación y la percepción del aprendizaje.

Conclusiones:

La implementación del manual práctico de vendajes ha sido eficaz para mejorar la formación en Enfermería, destacando por su alta valoración en usabilidad y aceptación tecnológica. Aunque no se traduce directamente en mejores notas, se observa una tendencia positiva en el aprendizaje cuando se usa durante la formación y una buena retención con el apoyo de materiales audiovisuales. El estudio refuerza la importancia de recursos accesibles y bien estructurados, útiles tanto en la enseñanza como en la práctica clínica, con potencial para consolidarse como herramienta de formación continua.

Bibliografía

1. Natarajan J, Joseph MA, Al Shibli ZS, Al Hajji SS, Al Hanawi DK, Al Kharusi AN, Al Maqbali IM. Effectiveness of an Interactive Educational Video on Knowledge, Skill and Satisfaction of Nursing Students. Sultan Qaboos Univ Med J. 2022 Nov; 22(4): 546–553. doi:10.18295/squmj.2.2022.013

2. Girão A.L. Araújo, Cavalcante M.L. Silva Nunes, Oliveira I. Costa Lima de, Aires S. Freitas, Oliveira S.K. Paz de, Carvalho R.E. Fontenele Lima de. Tecnologías en la enseñanza en enfermería, innovación y uso de TICs: revisión integrativa. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2020 dic [citado 2025 Jun 08]; 17(4): 475-489. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632020000400475&lng=es. Epub 24-Sep-2021. https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.4.763.

3. Bangor A, Kortum PT, Miller JT. Determining what individual SUS scores mean: Adding an adjective rating scale. J Usability Stud. 2009; 4(3): 114–23. Disponible en: https://uxpajournal.org/wp-content/uploads/sites/7/pdf/JUS_Bangor_May2009.pdf

4. Lewis JR. Comparison of Four TAM Item Formats: Effect of Response Option Labels and Order. J Usability Stud. 2019; 14(4): 224–236.

5. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual Clínico de Procedimientos Generales de Enfermería. Sevilla. Julio2022. Disponible en:https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/documentos/MANUAL-CLINICO-DE PROCEDIMIENTOS-GENERALES-DE-ENFERMERIA.pdf

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 97

Mapeo de activos y la salud comunitaria

Ocaña Galindo, María
Galindo Gómez, María de los Santos
Badillo Guerra, Marta
López Angulo, Ana Raquel

MAPEO DE ACTIVOS Y LA SALUD COMUNITARIA

Ocaña Galindo, María; Galindo Gómez, María de los Santos;
Badillo Guerra, Marta; López Angulo, Ana Raquel

1 INTRODUCCIÓN

La enfermería familiar y comunitaria es la enfermera que se encuentra presente en los centros de salud de atención primaria pero además de realizar la actividad asistencial en los centros de salud también es la responsable de la atención comunitaria. Actualmente están apareciendo cada vez más diferentes iniciativas y formas de acción comunitaria en nuestro país. El mapeo de activos en salud está siendo utilizado por enfermeros de atención primaria cada vez más pero sigue siendo un desconocido por muchos enfermeros.

2 OBJETIVO

Los enfermeros de atención primaria y comunitaria debemos saber que es la atención comunitaria, como se realiza y diferentes formas de trabajo. El objetivo de este trabajo es dar a conocer que son los mapeos de activos y como se realizan según la bibliografía actual.

3 METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica de diferentes estudios que analizaban como se realizaba el mapeo de activos desde atención primaria. La búsqueda se realizó en 3 bases de datos (Dialnet, Google académico, Scielo). Se utilizaron los términos “mapeo de activos”, “acción comunitaria”, “atención primaria”. La evaluación de dichos estudios se realizó siguiendo unos criterios que se fijaron previamente. Se incluyeron los estudios sobre el mapeo de activos con fecha posterior al 2015.

4 RESULTADOS

Se localizaron diversos estudios, se excluyeron los estudios que pertenecían a ponencias o comunicaciones orales de diferentes congresos, los estudios que pertenecían a trabajos fin de grado y los estudios que eran previos al 2016. Se localizaron y analizaron 3 artículos. Los artículos analizaban que es un mapeo de activos y como se realiza. A la vista de los resultados obtenidos observamos que el mapeo de activos es un modelo de salud comunitaria. El mapeo de activos tiene como objetivos mejorar la prevención y la promoción de salud desde el punto de vista comunitario y no individual como se realiza en la consulta.

Lo que busca es encontrar entornos que ayuden a mejorar la salud de la comunidad teniendo en cuenta que el activo puede ser individual, familiar y/o comunitario.

Tenemos en cuenta que el profesional sanitario puede desde los centros de atención primaria prescribir o recomendar activos a los pacientes que acuden a su consulta. Para poder prescribir de forma correcta activos en salud se debe hacer un mapeo de buena calidad para poder tener una comunidad con elevada participación comunitaria, empoderamiento sobre la salud y mejorar el bienestar.

Se destaca que no aparezcan muchas publicaciones donde se estudie la metodología para trabajar los activos de salud para la salud comunitaria.

Un mapa de activos o mapeo es un inventario donde aparecen todos los activos, los cuales son recursos que aparecen y que pueden ser beneficiosos para la población.

Las etapas para el mapeo son: preparación y contexto, recogida de información donde identificaremos los activos, análisis e interpretación de la información, difusión de los activos, conexiones y dinamización de los activos, evaluación.

5 CONCLUSIÓN

Como conclusión podemos observar que actualmente la atención comunitaria toma menos protagonismo en la atención primaria que la atención realizada en los centros de atención primaria en las consultas aunque aparecen cada vez más actividades comunitarias que se empiezan a realizar desde estos centros por sus profesionales. El mapeo de activos es uno de los elementos más utilizados en los últimos años donde encontramos que tiene distintas fases y su objetivo es encontrar diferentes activos en una zona determinada y así poder prescribir dichos activos a la comunidad para conseguir un beneficio a nivel de salud de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

1.Cemeli Cano Mercedes, Montesinos Escartín Tamara, Monforte Campillo Marina, Martín-Albo Francés Verónica. Iniciación en el mapeo de activos en un centro de salud urbano de Zaragoza. Comunidad [Internet]. 2023 Feb [citado 2025 Jun 16] ; 25(3): 80-87. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2339-78962023000300005&lng=es. Epub 15-Ene-2024. Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Nullam molestie id ligula pretium tincidunt. Aenean ac ante a nisi eleifend facilisis. Nullam condimentum turpis sit amet ex varius aliquet. Suspendisse ut dapibus elit. Quisque blandit ante et velit rhoncus, ac iaculis mi .
2.Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit [Internet]. 2016;30:93–8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004
3.Pou-Martí N, Oliveras-Casadellà S, Batlle-Amat P, Del Acebo Peña X, Estrada-Ocon M, Juvinyà-Canal D. La toma de decisiones en salud comunitaria a través del mapeo de activos en salud. Gac Sanit [Internet]. 2022;36(4):392–5. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.01.006

Resumen: *Los enfermeros de atención primaria y comunitaria se encargan de la atención primaria a la población en los centros de salud, pero también son los encargados en realizar la atención comunitaria. Dentro de la atención comunitaria aparece el mapeo de activos en salud, que se encarga de hacer un inventario de los activos, que son los recursos que se encuentran en la comunidad y que la comunidad puede sacar un beneficio a nivel de salud. Estos mapeos de activos los realizan los equipos de atención primaria y en muchos casos enfermería.*

Palabras Clave: *"mapeo de activos" - "acción comunitaria" - "atención primaria"*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La enfermería familiar y comunitaria es la enfermera que se encuentra presente en los centros de salud de atención primaria pero además de realizar la actividad asistencial en los centros de salud también es la responsable de la atención comunitaria. Actualmente están apareciendo cada vez más diferentes iniciativas y formas de acción comunitaria en nuestro país. El mapeo de activos en salud está siendo utilizado por enfermeros de atención primaria cada vez más, pero sigue siendo un desconocido por muchos enfermeros

Objetivos:

Los enfermeros de atención primaria y comunitaria debemos saber que es la atención comunitaria, como se realiza y diferentes formas de trabajo. El objetivo de este trabajo es dar a conocer que son los mapeos de activos y como se realizan según la bibliografía actual.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de diferentes estudios que analizaban como se realizaba el mapeo de activos desde atención primaria. La búsqueda se realizó en 3 bases de datos (Dialnet, Google académico, Scielo). Se utilizaron los términos "mapeo de activos", "acción comunitaria", "atención primaria". La evaluación de dichos estudios se realizó siguiendo unos criterios que se fijaron previamente. Se incluyeron los estudios sobre el mapeo de activos con fecha posterior al 2015.

Resultados:

Se localizaron diversos estudios, se excluyeron los estudios que pertenecían a ponencias o comunicaciones orales de diferentes congresos, los estudios que pertenecían a trabajos fin de grado y los estudios que eran previos al 2016. Se localizaron y analizaron 3 artículos. Los artículos analizaban que es un mapeo de activos y como se realiza. A la vista de los resultados obtenidos observamos que el mapeo de activos es un modelo de salud comunitaria. El mapeo de activos tiene como objetivos mejorar la prevención y la promoción de salud desde el punto de vista comunitario y no individual como se realiza en la consulta.

Lo que busca es encontrar entornos que ayuden a mejorar la salud de la comunidad teniendo en cuenta que el activo puede ser individual, familiar y/o comunitario.

Tenemos en cuenta que el profesional sanitario puede desde los centros de atención primaria prescribir o recomendar activos a los pacientes que acuden a su consulta. Para poder prescribir de forma correcta activos en salud se debe hacer un mapeo de buena calidad para poder tener una comunidad con elevada participación comunitaria, empoderamiento sobre la salud y mejorar el bienestar.

Se destaca que no aparezcan muchas publicaciones donde se estudie la metodología para trabajar los activos de salud para la salud comunitaria.

Un mapa de activos o mapeo es un inventario donde aparecen todos los activos, los cuales son recursos que aparecen y que pueden ser beneficiosos para la población.

Las etapas para el mapeo son: preparación y contexto, recogida de información donde identificaremos los activos, análisis e interpretación de la información, difusión de los activos, conexiones y dinamización de los activos, evaluación.

Conclusiones:

Podemos observar que aparecen mejores resultados a nivel de entrenamiento en las mujeres deportistas que adaptaron el entrenamiento a las diferentes fases del ciclo menstrual que las que siguieron entrenamientos de hombres. Estos resultados permiten en la prescripción de ejercicio físico adaptar y diseñar entrenamientos en casos de mujeres con ciclos regulares y que no estén recibiendo anticonceptivos. Se destaca que se precisaría realizar estudios con mujeres no deportistas o completamente sedentarias que comenzarían a realizar cualquier tipo de ejercicio para comprobar que no apareciesen diferencias significativas. A nivel de aplicabilidad con los resultados obtenidos se podrían diseñar una adaptación física de ejercicio teniendo en cuenta el rendimiento y la fatiga alternando dependiendo de la fase del ciclo una mayor carga o realización de ejercicio de alta intensidad como en el caso de la fase de ovulación y la realización de ejercicio como yoga o de baja intensidad en fase folicular temprana o fase premenstrual.

Bibliografía

1. Cemeli Cano Mercedes, Montesinos Escartín Tamara, Monforte Campillo Marina, Martín-Albo Francés Verónica. Iniciación en el mapeo de activos en un centro de salud urbano de Zaragoza. Comunidad [Internet]. 2023 feb [citado 2025 Jun 16]; 25(3): 80-87. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2339-78962023000300005&lng=es. Epub 15-Ene-2024. https://dx.doi.org/10.55783/comunidad.250305.

2. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit [Internet]. 2016; 30:93–8. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004

3. Pou-Martí N, Oliveras-Casadellà S, Batlle-Amat P, Del Acebo Peña X, Estrada-Ocon M, Juvinyà-Canal D. La toma de decisiones en salud comunitaria a través del mapeo de activos en salud. Gac Sanit [Internet]. 2022;36(4):392–5. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.01.006

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 98

Más allá de Braden y Norton: IA aplicada a la prevención de UPP en pacientes hospitalizados

Perpiñán Sánchez, Laura
Antón Simarro, María

MÁS ALLÁ DE BRADEN Y NORTON:

IA APLICADA A LA PREVENCIÓN DE UPP EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

PERPIÑÁN SÁNCHEZ, LAURA
ANTÓN SIMARRO, MARÍA

SATSE

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son un gran desafío en el cuidado del paciente hospitalizado y un indicador de la calidad asistencial. El estándar para la valoración del riesgo de aparición de UPP son escalas como Braden o Norton, herramientas valiosas pero estáticas y subjetivas. Su uso no captura la dinámica de la condición clínica del paciente en tiempo real. La Inteligencia Artificial (IA) ofrece la evolución de una valoración de riesgo estática a una predicción dinámica y personalizada

OBJETIVOS

PRINCIPALES

- Analizar las limitaciones de las escalas de valoración de riesgo tradicionales
- Presentar un modelo conceptual describiendo cómo la IA puede integrarse en el flujo de trabajo enfermero para crear un sistema de predicción dinámica del riesgo de UPP

SECUNDARIOS

- Describir el funcionamiento de un modelo predictivo basado en IA utilizando datos de la Historia Clínica Electrónica (HCE)
- Proponer un nuevo método de prevención de UPP

MÉTODO

PUBMED
SCIELO
CINAHL

- Términos clave: Pressure Ulcer, Artificial Intelligence y Nursing Care
- Publicados en inglés y español (2014-2024), comparando modelos de IA y escalas tradicionales
- Metodología PRISMA y CASPe

RESULTADOS

VALORACIÓN ESTÁTICA

1. **Predicción** del riesgo de UPP por la IA hasta 5 días pre-aparición clínica
2. Mejores **resultados** con el uso combinado de escalas tradicionales e IA
3. Ningún modelo sustituye el **juicio clínico**

APLICACIÓN:

PREVENCIÓN PERSONALIZADA
OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS
DECISIONES CON DATOS
ROL ENFERMERO
COMPETENCIAS

VALORACIÓN DINÁMICA

ENTRADA DE DATOS DE LA HCE

- Demográficos: edad, sexo, IMC
- Clínicos: constantes vitales
- Laboratorio: albúmina, hemoglobina, creatinina
- Farmacología: sedantes, vasopresores, corticoides
- Registros de enfermería: incontinencia, piel

PROCESAMIENTO

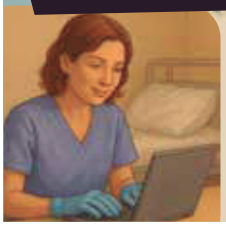
Algoritmo entrenado que analiza datos en tiempo real, identificando patrones complejos y correlaciones que incrementan el riesgo de UPP

SALIDA

Puntuación de riesgo dinámica visible en el panel de enfermería con emisión de alertas inteligentes

	Modelos Tradicionales (Braden/Norton)	Modelo Predictivo (Inteligencia Artificial)
Fuente de Datos	Observación y juicio clínico (5-6 variables principales)	Cientos de variables de la HCE en tiempo real
Naturaleza	Estática (una foto cada 24h)	Dinámica (una película continua del riesgo)
Evaluación	Subjetiva y dependiente del evaluador	Subjetiva y dependiente del evaluador
Output	Puntuación de riesgo general	Puntuación de riesgo personalizada y actualizada
Enfoque	Reactivo	Proactivo y Predictivo

CONCLUSIÓN



La prevención de UPP está en la antesala de una revolución impulsada por la ciencia de datos. Los modelos predictivos basados en IA ofrecen el potencial de superar las limitaciones de las escalas tradicionales como Braden y Norton, permitiendo una prevención proactiva, dinámica y personalizada. La integración de estas tecnologías en la práctica diaria representa el siguiente paso lógico en la evolución del cuidado enfermero, transformando la evidencia en predicción y la predicción en prevención de excelencia.

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: *La valoración del riesgo de úlceras por presión (UPP) con escalas como Braden o Norton es estática. Este trabajo muestra la superioridad de los modelos predictivos basados en Inteligencia Artificial (IA) y presenta un modelo conceptual donde la IA, analizando datos clínicos en tiempo real, genera predicciones de riesgo dinámicas y alertas proactivas. La evidencia muestra que estos sistemas pueden anticipar el riesgo de UPP con días de antelación. Esta innovación transforma el rol de enfermería, potenciando el juicio clínico con herramientas de precisión y permitiendo asignar recursos más eficientemente para una prevención personalizada y de alto impacto.*

Palabras Clave: *Úlcera por Presión - Inteligencia Artificial - Cuidados de Enfermería*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las úlceras por presión (UPP) representan uno de los mayores desafíos en el cuidado del paciente hospitalizado, siendo un indicador clave de la calidad asistencial. Actualmente, el estándar para la valoración del riesgo de aparición de UPP es el uso de escalas como la de Braden o Norton, herramientas valiosas pero limitadas en su naturaleza estática y subjetiva. Su uso no logra capturar la dinámica de la condición clínica del paciente en tiempo real. La era de la digitalización sanitaria y la Inteligencia Artificial (IA) nos ofrece la oportunidad de evolucionar de una valoración de riesgo estática a una predicción de riesgo dinámica y personalizada, marcando un nuevo horizonte en la prevención. Así, El papel de la enfermería en este nuevo contexto se redefine, no solo como ejecutora de cuidados preventivos, sino como intérprete de datos y decisora basada en predicción avanzada.

Objetivos:

• Objetivos principales:

o Analizar las limitaciones de las escalas de valoración de riesgo tradicionales.

o Presentar un modelo conceptual describiendo cómo la IA puede integrarse en el flujo de trabajo enfermero para crear un sistema de predicción dinámica del riesgo de UPP.

• Objetivos secundarios:

o Describir el funcionamiento de un modelo predictivo basado en IA utilizando datos de la Historia Clínica Electrónica (HCE).

o Proponer un nuevo paradigma de prevención de UPP: de la intervención universal a la intervención personalizada y proactiva.

Material y Método:

Realización de una revisión bibliográfica de la literatura científica en las bases de datos PubMed, CINAHL y Scopus utilizando como palabras clave Pressure Ulcer, Artificial Intelligence y Nursing Care.

Se incluyeron artículos en inglés y español con evidencia clínica o teórica sobre modelos predictivos de IA aplicables al entorno hospitalario publicados entre 2014 y 2024 utilizando metodología PRISMA y CASPe. Este trabajo sintetiza la evidencia sobre la superioridad de los modelos de IA frente a las escalas tradicionales y propone un marco conceptual para su implementación en la práctica clínica enfermera.

Resultados:

1. VALORACIÓN ESTÁTICA:

Como resultado de la comparativa entre escalas tradicionales e IA se observa:

1. Predicción del riesgo de UPP por parte de la IA de hasta 5 días antes de su aparición clínica según algunos estudios.

2. Mejores resultados con el uso combinado de escalas tradicionales e IA.

3. Reafirmación de que ningún modelo sustituye el juicio clínico, aunque puede complementarlo para una intervención más temprana.

2. PREDICCCIÓN DINÁMICA:

Creación del Modelo Conceptual del Sistema de Predicción por IA:

1. ENTRADA DE DATOS (Big Data): el sistema extrae continuamente datos de la HCE:

o Demográficos: edad, sexo, IMC.

o Clínicos: constantes vitales (T.A., F.C.), diagnósticos, nivel de movilidad.

o Laboratorio: albúmina, hemoglobina, creatinina.

o Farmacología: sedantes, vasopresores, corticoides.

o Registros de Enfermería: episodios de incontinencia, estado de la piel.

2. PROCESAMIENTO (Motor de IA - Machine Learning): un algoritmo previamente entrenado analiza estos datos en tiempo real, identificando patrones complejos y correlaciones no evidentes que incrementan el riesgo de UPP.

3. SALIDA (Información para la Acción):

o El sistema genera una puntuación de riesgo dinámica visible en el panel de enfermería.

o Emite alertas inteligentes y proactivas al dispositivo de la enfermera: "ALERTA: Paciente Cama 302. Riesgo de UPP aumentado en 30%. Factor principal: Hipotensión sostenida. Acción recomendada: Valorar piel de sacro y talones".

Discusión e Implicaciones para la práctica Enfermera:

La implementación de un sistema de predicción por IA no busca reemplazar el juicio clínico enfermero, sino aumentarlo y potenciarlo. Este cambio de paradigma implica:

• Prevención personalizada: se pasa de aplicar el mismo protocolo a todos los pacientes de riesgo a focalizar las intervenciones más intensivas en aquellos con mayor probabilidad real de desarrollar una UPP.

• Optimización de recursos: permite una asignación más eficiente del tiempo y los recursos de enfermería, enfocándolos donde más se necesitan.

• Toma de decisiones basada en datos: proporciona a la enfermera una herramienta objetiva que complementa su valoración, aumentando la seguridad y la precisión de sus decisiones.

• Rol de Enfermería: la enfermera se convierte en la gestora e intérprete de esta información avanzada, liderando la aplicación de intervenciones de alta precisión.

• Adquisición de competencias: lectura de modelos, evaluación crítica de predicciones, y adaptación de cuidados personalizados. Las barreras principales son la formación, la confianza en la tecnología y la ética de la delegación diagnóstica.

Conclusiones:

La prevención de UPP está en la antesala de una revolución impulsada por la ciencia de datos. Los modelos predictivos basados en IA ofrecen el potencial de superar las limitaciones de las escalas tradicionales como Braden y Norton, permitiendo una prevención proactiva, dinámica y personalizada. La integración de estas tecnologías en la práctica diaria representa el siguiente paso lógico en la evolución del cuidado enfermero, transformando la evidencia en predicción y la predicción en prevención de excelencia.

Bibliografía

1. Jiang M, Ma Y, Guo S, Jin L, Lv L, Han L, et al. Using machine learning technologies in pressure injury management: Systematic review. JMIR Med Inform [Internet]. 2021;9(3): e25704. Disponible en: https://medinform.jmir.org/2021/3/e25704/

2. Pei J, Guo X, Tao H, Wei Y, Zhang H, Ma Y, et al. Machine learning-based prediction models for pressure injury: A systematic review and meta-analysis. Int Wound J [Internet]. 2023;20(10):4328–39. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/iwj.14280

3. Capon A, Pavoni N, Mastromattei A, Di Lallo D. Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors. J Adv Nurs [Internet]. 2007;58(3):263–72. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04232.x

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 99

Más allá del apósito: decisiones enfermeras que cronifican o curan

Castro Carretero, Olga
López-Zarco Sánchez, María Eugenia

MÁS ALLÁ DEL APÓSITO: DECISIONES ENFERMERAS QUE CRONIFICAN O CURAN

Autores: López-Zarco Sánchez, María Eugenia; Castro Carretero, Olga

INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas representan una carga significativa en términos de recursos sanitarios, sufrimiento del paciente y desgaste profesional. Sin embargo, muchas de ellas podrían haberse resuelto si se hubieran abordado correctamente desde el inicio.

OBJETIVOS

Principal: conocer el impacto de las decisiones enfermeras en la evolución de heridas inicialmente crónicas hacia procesos de cronificación.
Específicos:

- Identificar prácticas que favorecen la cronificación.
- Promover un enfoque proactivo basado en la evaluación integral.
- Reivindicar el papel de la enfermería como agente terapéutico clave en la cicatrización.

MÉTODO

Revisión narrativa y reflexiva de la práctica clínica habitual en el abordaje de heridas en el ámbito de Atención Primaria, con base en la experiencia profesional, revisión bibliográfica y análisis crítico de casos clínicos simulados. Se utilizaron como referencia guías clínicas, protocolos y literatura científica sobre factores que influyen en la cronificación de heridas.

RESULTADOS

Se identificaron múltiples **factores vinculados a la práctica enfermera que favorecen la cronificación**: diagnóstico incompleto o ausente, repetición de curas sin revaloración, uso inadecuado de apósitos por rutina o desconocimiento, falta de abordaje etiológico, escasa implicación del paciente y su entorno, deficiencias en formación continua.
Al mismo tiempo se evidenció que cuando enfermería actúa con mirada diagnóstica, reevaluación y enfoque individualizado, las probabilidades de cicatrización aumentan significativa.

CONCLUSIONES

-No toda herida crónica nace siendo crónica. Algunas se perpetúan por decisiones evitables.
-La enfermería tiene un rol clave en frenar la cronificación y promover la cicatrización.
-Es imprescindible fomentar el pensamiento crítico, el diagnóstico diferencial y la revisión continua de cada caso.
-Necesidad de protocolos que acompañen, pero no sustituyan el juicio clínico.
-Curar heridas es también acompañar personas: la parte emocional y educativa es clave para lograr resultados.

Inicio - GNEAUPP. (s.f.). GNEAUPP. https://gneaupp.info/
Iruela Sánchez, M., García-Sierra, R., Lladó Blanch, M., Naveros Almenara, F., Seda, G., & Torán-Monserrat, P. (2023). Tipología de las heridas atendidas en atención primaria: estudio transversal multicéntrico. Medicina de Familia. SEMERGEN, 49(5), 101964. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.101964
Wound Infection In Clinical Practice: Principles of best practice – Wounds International. (s.f.). Wounds International – Delivering latest news and innovative content for wound healing. https://woundsinternational.com/consensus-documents/wound-infection-in-clinical-practice-principles-of-best-practice/

Resumen: *Las decisiones enfermeras en el abordaje inicial de las heridas pueden determinar su evolución hacia la curación o la cronificación. Al revisar de manera reflexiva la práctica clínica habitual en la consulta de enfermería de Atención Primaria, se identificaron factores clave que influyen en este proceso, resaltando la necesidad de un enfoque proactivo, centrado en la valoración integral, el juicio clínico y la participación activa del paciente. La enfermera se posiciona como agente terapéutico clave en la evolución de las heridas.*

Palabras Clave: *Cicatrización de Heridas - Educación Continua - Enfermería de Atención Primaria.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las heridas crónicas representan una carga asistencial significativa, no solo por el consumo de recursos sanitarios, sino también por el impacto emocional que tienen en los pacientes y el desgaste que generan en los profesionales. Sin embargo, muchas de estas heridas podrían haberse evitado o resuelto si se hubieran abordado correctamente desde su aparición. La toma de decisiones clínicas por parte de la enfermera, especialmente en Atención Primaria, puede tener un efecto crucial en su evolución.

Objetivos:

El objetivo principal fue conocer cómo las decisiones de las enfermeras impactan en la evolución de las heridas inicialmente agudas hacia procesos de cronificación.

Como objetivos específicos se propuso:

- Identificar prácticas clínicas que favorecen la cronificación.
- Fomentar un enfoque proactivo basado en una evaluación integral.
- Reforzar el papel de la enfermera como agente terapéutico esencial en el proceso de cicatrización.

Material y Método:

Se llevó a cabo una revisión narrativa y reflexiva de la práctica clínica habitual en el abordaje de heridas en Atención Primaria, basada en la experiencia profesional de las autoras. Se combinaron fuentes bibliográficas y guías clínicas con un análisis crítico de casos clínicos simulados que reproducen situaciones reales observadas en consulta.

La búsqueda de información se llevó a cabo en bases de datos científicas como PubMed y CUIDEN, seleccionando literatura relevante de los últimos diez años. Se utilizaron también protocolos institucionales y literatura especializada para identificar factores que influyen en la cronificación de heridas.

Este enfoque permitió detectar prácticas comunes que pueden favorecer la cronificación y resaltar la importancia de un abordaje proactivo, individualizado y fundamentado en la evidencia.

Resultados:

El análisis reflexivo ha revelado varios factores que influyen en la toma de decisiones enfermeras y que pueden contribuir a la cronificación de las heridas. Entre los más significativos se encuentran un diagnóstico incompleto o ausente, lo que dificulta la identificación de la etiología y la elección del tratamiento adecuado. Además, se detectó una tendencia a la repetición mecánica de curas sin una reevaluación adecuada de la evolución de la lesión. También se observó un uso inapropiado de ciertos productos, bien por desconocimiento de su correcta aplicación, por falta de actualización en la evidencia disponible o por la elección de materiales según disponibilidad y no en función de criterios clínicos.

Otro punto importante es la falta de una planificación del tratamiento a medio y largo plazo, donde las decisiones se toman de manera fragmentada y sin un objetivo terapéutico claro. También se detectó un escaso conocimiento sobre factores sistémicos que afectan a la cicatrización, como el control de la glucosa, el estado nutricional o la presencia de infecciones, así como deficiencias en la evaluación del entorno social y el nivel de adherencia del paciente.

El seguimiento irregular o discontinuo, junto con la rotación frecuente de profesionales, también impacta negativamente en la evolución de las heridas, ya que dificulta la continuidad en la atención. Además, se observó que la baja implicación del paciente, que suele ocurrir cuando no recibe información clara o no participa en la toma de decisiones, representa un obstáculo significativo para el éxito del tratamiento.

Por otro lado, se constató que las intervenciones enfermeras basadas en una valoración integral del paciente, un juicio clínico sólido, una planificación personalizada y un seguimiento activo conducen a una evolución más favorable de las heridas. La toma de decisiones proactiva, centrada en el paciente y basada en la evidencia, mejora la efectividad del tratamiento y los resultados en salud.

Conclusiones:

No todas las heridas crónicas nacen crónicas: algunas lo son por decisiones que se podrían haber evitado. La enfermera juega un papel fundamental en la evolución de las mismas, y es esencial promover un tratamiento personalizado, el juicio clínico y una revisión continua del caso. Aplicar protocolos de manera mecánica no reemplaza la necesidad de una valoración experta. Curar heridas también implica acompañar a las personas: la conexión emocional y educativa que establece la enfermera es crucial para alcanzar resultados positivos.

Bibliografía

1. M. Iruela Sánchez, Sierra RG, Blanch ML, F. Naveros Almenara, Gombau GS, Pere Torán. Tipología de las heridas atendidas en atención primaria: estudio transversal multicéntrico (Pag.-e 101964). Semergen: revista española de medicina de familia [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 11];(5):6–6. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=902536

2. Wound Infection In Clinical Practice: Principles of best practice - Wounds International [Internet]. 2022. Available from: https://woundsinternational.com/consensus-documents/wound-infection-in-clinical-practice-principles-of-best-practice/

3. GNEAUPP - Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas [Internet]. gneaupp.info. Available from: https://gneaupp.info/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 100

Modelos de liderazgo enfermero en SVAE: una revisión bibliográfica

González de la Aleja Martín, Jorge

XVI CONGRESO DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA: INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO

Modelos de liderazgo enfermero en el equipo SVAE.

González de la Aleja Martín, Jorge

SATSE

Introducción.

El liderazgo efectivo resulta crucial para el óptimo desempeño de los equipos de Soporte Vital Avanzado de Enfermería (SVAE) en la desafiante atención prehospitalaria.

Este entorno dinámico y exigente requiere un liderazgo adaptado a la alta presión, la toma de decisiones ágiles y la colaboración entre diversas disciplinas.

Tradicionalmente, la formación en liderazgo para enfermeros de emergencias no ha tenido la misma prioridad que sus habilidades clínicas.

Objetivos.

- Identificar y describir modelos de liderazgo para enfermeros líderes en SVAE.
- Analizar la aplicabilidad y efectividad de estos modelos en la dinámica del equipo SVAE y los resultados del paciente.
- Explorar ventajas y limitaciones de los modelos de liderazgo en la enfermería de urgencias extrahospitalaria.

Material y método.

Búsqueda	**Bases de datos:** PubMed, CINAHL, Scopus
	Periodo: Enero 2020 - Marzo 2025
Selección	**Inclusión:** Modelos de liderazgo en enfermeros líderes de equipos SVAE.
	Exclusión: Teorías generales sin aplicación específica; enfoque exclusivo en liderazgo médico.
Proceso	1. Relevancia de título y resumen. 2. Lectura completa de artículos seleccionados.

Palabras clave MeSH.

- Leadership, Nursing
- Emergency Nursing
- Leadership
- Emergency Medical Services
- Advanced Cardiac Life SupporT
- Teamwork
- Communication
- Patient Outcome Assessment
- Decision Making

Resultados. Modelos de liderazgo en enfermería SVAE.

Modelo de liderazgo	Descripción	Potencial en SVAE
Situacional	Adaptación del estilo de liderazgo.	Variabilidad de situaciones clínicas en SVAE.
Transformacional	Inspiración y motivación del equipo, visión compartida y desarrollo individual.	Equipos cohesionados y comprometidos con la excelencia en la atención.
De servicio	Priorización de las necesidades del equipo y empoderamiento de sus miembros.	Reducir estrés y agotamiento.

Conclusiones.

Varios modelos de liderazgo, incluyendo el situacional, transformacional y de servicio, junto con enfoques específicos para emergencias, se presentan como potencialmente beneficiosos para el liderazgo enfermero en SVAE.

Más investigación para evaluar su efectividad específica en este contexto y determinar las mejores estrategias para la formación de líderes enfermeros en SVAE.

Bibliografía.

1. Malloy, T., Penprase, B., & Watson, J. (2022). Authentic leadership in nursing: A concept analysis and systematic review. Nursing Outlook, 70(1), 3-17.
2. Zhang, Y.,ীয়, Z., Li, X., Wang, L., & Liu, Y. (2024). Transformational leadership and team performance in emergency medical teams: The mediating role of team cohesion. BMC Health Services Research, 24(1), 1-10.
3. Huber, D. L. (2022). *Leadership and Nursing Care Management*. Elsevier Health Sciences.

Resumen: *Esta revisión bibliográfica explora los modelos de liderazgo específicamente diseñados o adaptados para enfermeros que lideran equipos de Soporte Vital Avanzado de Enfermería (SVAE). Se analizan las características, la aplicabilidad y la evidencia de efectividad de diversos modelos en el contexto de la atención prehospitalaria crítica. El objetivo es identificar enfoques de liderazgo que optimicen la actuación del equipo SVAE, mejoren la seguridad del paciente y fomenten un ambiente de trabajo colaborativo y eficiente.*

Palabras Clave: *Leadership - Advanced Cardiac Life Support - Leadership*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El liderazgo efectivo es un componente esencial para el funcionamiento óptimo de los equipos de Soporte Vital Avanzado de Enfermería (SVAE) en el entorno dinámico y exigente de la atención prehospitalaria. Si bien existen teorías generales sobre el liderazgo, la especificidad del contexto del SVAE, con su alta presión, la necesidad de toma de decisiones rápidas y la colaboración interdisciplinaria, sugiere la necesidad de modelos de liderazgo adaptados a las particularidades de la enfermería de emergencias. Históricamente, la formación en liderazgo para enfermeros en este campo ha sido menos prioritaria que el desarrollo de habilidades clínicas. Sin embargo, el reconocimiento creciente del impacto del liderazgo enfermero en los resultados del paciente y la eficiencia del equipo ha impulsado la exploración de modelos de liderazgo más específicos y relevantes para esta disciplina. La presente revisión bibliográfica se centra en analizar los modelos de liderazgo que han sido propuestos o aplicados en el contexto del liderazgo enfermero en equipos SVAE.

Objetivos:

1. Identificar y describir los modelos de liderazgo que han sido específicamente diseñados o adaptados para enfermeros que lideran equipos de Soporte Vital Avanzado de Enfermería.

2. Analizar la aplicabilidad y la evidencia de efectividad de estos modelos de liderazgo en la mejora de la dinámica del equipo SVAE y los resultados de la atención al paciente.

3. Explorar las ventajas y limitaciones de los diferentes modelos de liderazgo identificados en el contexto de la enfermería de urgencias y emergencias extrahospitalarias.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CINAHL y Scopus desde enero de 2020 hasta marzo de 2025. Se utilizaron los términos de búsqueda "nursing leadership models", "emergency nursing leadership", "prehospital advanced life support leadership", "SVAE leadership", combinados con palabras clave como "team performance", "patient outcomes", "communication", y "decision making". Se incluyeron artículos que describieran, aplicaran o evaluaran

modelos de liderazgo en el contexto específico de enfermeros liderando equipos de SVAE. Se excluyeron aquellos artículos que trataran sobre teorías generales de liderazgo sin una aplicación específica a la enfermería de emergencias prehospitalarias o que se centraran exclusivamente en el liderazgo médico. La selección de los artículos se basó en la relevancia del título y el resumen, seguida de la lectura completa de los artículos seleccionados.

Resultados:

La revisión de la literatura identificó varios modelos de liderazgo que han sido discutidos o aplicados en el contexto del liderazgo enfermero en equipos SVAE. Entre ellos, se destaca el liderazgo situacional, que enfatiza la adaptación del estilo de liderazgo a la competencia y el compromiso de los miembros del equipo en una tarea específica. Este modelo parece particularmente relevante en el SVAE, donde las situaciones clínicas varían ampliamente y requieren diferentes niveles de dirección y apoyo.

Otro modelo identificado fue el liderazgo transformacional, que se centra en inspirar y motivar a los miembros del equipo, fomentando una visión compartida y promoviendo el desarrollo individual. Este enfoque podría ser beneficioso para construir equipos SVAE cohesionados y comprometidos con la excelencia en la atención.

El liderazgo de servicio también emergió como un modelo potencialmente aplicable, priorizando las necesidades del equipo y buscando empoderar a sus miembros para que alcancen su máximo potencial. En el entorno del SVAE, donde el bienestar del equipo es crucial bajo condiciones de alta demanda, este modelo podría contribuir a reducir el estrés y el agotamiento.

Además de estos modelos más generales adaptados a la enfermería de SVAE, se encontraron algunas propuestas de modelos de liderazgo específicos para la enfermería de emergencias, aunque no exclusivamente centrados en el SVAE. Estos modelos a menudo enfatizan la importancia de la comunicación clara y concisa, la toma de decisiones rápidas y efectivas, la delegación apropiada y el mantenimiento de la conciencia situacional.

La evidencia directa sobre la efectividad comparativa de estos diferentes modelos en el contexto específico del liderazgo enfermero en SVAE es limitada. Algunos estudios sugieren que la adopción de un estilo de liderazgo participativo y colaborativo se asocia con una mejor comunicación y coordinación del equipo. Sin embargo, se necesita más investigación para determinar qué modelos de liderazgo son más efectivos para mejorar los resultados del paciente y la eficiencia del equipo SVAE.

Resultados:

La revisión bibliográfica sugiere que varios modelos de liderazgo, tanto generales como adaptados, tienen potencial para mejorar el liderazgo enfermero en equipos de Soporte Vital Avanzado de Enfermería. El liderazgo situacional, transformacional y de servicio ofrecen marcos valiosos para guiar la práctica del liderazgo en este entorno exigente. Además, existen modelos específicos para la enfermería de emergencias que resaltan competencias clave como la comunicación y la toma de decisiones. Sin embargo, se requiere investigación adicional para evaluar rigurosamente la efectividad de estos modelos en el contexto específico del SVAE y para identificar las mejores prácticas en la formación de líderes enfermeros en este campo crucial de la atención sanitaria.

Bibliografía

1. Malloy, T., Penprase, B., & Watson, J. (2022). Authentic leadership in nursing: A concept analysis and systematic review. Nursing Outlook, 70(1), 3-17.

2. Zhang, Y., , Z., Li, X., Wang, L., & Liu, Y. (2024). Transformational leadership and team performance in emergency medical teams: The mediating role of team cohesion. BMC Health Services Research, 24(1), 1-10.

3. Huber, D. L. (2022). Leadership and Nursing Care Management. Elsevier Health Sciences.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 101

Mucho más que tratamiento: la Enfermería como clave en la experiencia del paciente con Insuficiencia Cardiaca

Rodríguez López, Rosa María
Barranquero Fuentes, Alicia
Ruiz García, María Pilar
Galán Mora, Aránzazu
Rodríguez Morales, Dario
Martín-Grande Morales, Silvia María

MUCHO MÁS QUE TRATAMIENTO: LA ENFERMERÍA COMO CLAVE EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Barranquero A, Rodríguez RM, Ruiz MP, Galán A, Rodríguez D, Martín-Grande S.

SATSE

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. La enfermería no solo ofrece cuidados directos, sino que también juega un papel fundamental en la prevención, control de factores de riesgo y apoyo emocional.

OBJETIVO

Mostrar el impacto del seguimiento enfermero continuo en un caso de insuficiencia cardiaca

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se presenta el caso de un paciente diagnosticado de insuficiencia cardiaca ingresado en planta de hospitalización. Paciente (AIAM) mujer de 65 años, exfumadora, sin otros antecedentes relevantes, diagnosticada de miocardiopatía dilatada idiopática con fracción de eyección ligeramente reducida (46%), insuficiencia mitral ligera-moderada y portadora de TRC-DAI. En tratamiento con sacubitrilo/valsartán, carvedilol, espironolactona y recientemente dapagliflozina. Se ha contado con el consentimiento de la paciente para participar en este trabajo.

PLAN DE CUIDADOS

El paciente

	Paciente MG
Edad	65 años
Antecedentes	Obesidad (113 kgs)
TA hospitalizada	130/80 mmHg
TA domiciliaria	90/70 mmHg

Revisiones realizadas

	INGRESO	2-3 días	7-10 días	2 sem	1 mes	1.5 mes	2 m	2.5m	3 m	4.5 m
ENF PRESENCIAL	10 dic		23 dic	8 ene		5 feb		5 mar		30 abr
ENF TLF		16 dic			22 ene		19 feb		19 mar	
FEA CARDIO			23 dic		22 ene		19 feb		19 mar	

NANDA: 00078 Gestión ineficaz de la salud r/c conocimiento insuficiente de la enfermedad, del régimen terapéutico y de los cambios en el estilo de vida requeridos.

NOC: 1601 Conducta de cumplimiento. Indicadores: 160103 toma correcta de medicación, 180217 Realiza automonitorización y 160806 Adopta conductas de prevención.

Actividades realizadas en la consulta de enfermería

NIC: 7370. Planificación del alta
Preparación para salir del centro sanitario y continuar los cuidados en el domicilio.

NIC: 5602. Enseñanza de la enfermedad
Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso patológico específico.

NIC: 1160. Monitorización nutricional
Recogida y análisis de datos del paciente para determinar el estado nutricional y sus necesidades.

NIC: 7400. Orientación en el sistema sanitario
Determinar las necesidades del paciente y su familia respecto al uso de los recursos del sistema sanitario.

NIC: 4480. Facilitar la autorresponsabilidad
Recogida y análisis de datos del paciente para evaluar la capacidad y disposición de este para asumir la responsabilidad de su salud.

Beneficios obtenidos hasta la fecha

MEJOR CONTROL DE LOS SÍNTOMAS: menos disnea, menos edemas. → **MAYOR CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD** → **AUMENTO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO** → **REDUCCIÓN DE SENSACIÓN DE ABANDONO** → **FOMENTO DEL AUTOCUIDADO** → **AUMENTO DE LA CALIDAD DE VIDA**

CONCLUSIONES Y TRABAJO FUTURO

Incluir a enfermería desde el inicio permite un seguimiento más cercano y humano. Este enfoque mejora el control de la enfermedad y la calidad de vida de quienes viven con insuficiencia cardiaca. Además, facilita que el paciente y su entorno comprendan mejor cómo cuidarse en su día a día, aumentando la adherencia al tratamiento y su seguridad durante el seguimiento.

Resumen: *Este trabajo presenta la experiencia de seguimiento enfermero de una paciente con insuficiencia cardiaca y TRC-DAI, centrado en mejorar su estado clínico y calidad de vida. A través de una consulta de enfermería específica, se realiza educación terapéutica, control de constantes, ajuste farmacológico conjunto y vigilancia de signos de alarma. El enfoque permite detectar precozmente descompensaciones, reforzar la adherencia al tratamiento y empoderar a la paciente en su autocuidado. Se trata de un ejemplo real que pone en valor el papel de enfermería en la continuidad asistencial. Se cuenta con autorización de la paciente para su presentación.*

Palabras Clave: *Insuficiencia cardiaca - Atención de enfermería - Autocuidado*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad crónica con gran impacto en la calidad de vida de quienes la padecen. Requiere un seguimiento estrecho y coordinado, especialmente tras el diagnóstico o tras un empeoramiento clínico. La enfermería puede desempeñar un papel esencial en la continuidad de los cuidados, promoviendo el autocuidado y facilitando una mejor comprensión del tratamiento. En este trabajo presentamos el seguimiento individualizado de una paciente con IC mediante consulta enfermera, donde se priorizó el acompañamiento, la evaluación continua y la educación sanitaria como ejes principales del abordaje.

Observación clínica:

Mujer de 65 años, exfumadora, sin antecedentes personales relevantes, aunque con obesidad. Diagnosticada de miocardiopatía dilatada idiopática con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) ligeramente deprimida (46 %). Portadora de TRC-DAI por disincronía ventricular. Insuficiencia mitral ligera-moderada. En domicilio mantiene cifras de tensión arterial en torno a 120–130/70–80 mm Hg, frecuencia cardíaca (FC) 65 lpm y peso habitual de 110 kg.

Durante la consulta de enfermería presenta cifras de TA 90/70 mm Hg, FC 63 lpm y peso 113 kg. La paciente refiere sensación de hinchazón leve en extremidades inferiores, pero sin disnea de esfuerzo ni ortopnea. Se encuentra estabilizada a nivel clínico y funcional.

Tratamiento farmacológico actual: Sacubitrilo/Valsartan 24/26 mg (1-0-1), carvedilol 25 mg (1-0-1), espironolactona 25 mg (½ al mediodía), y se añade dapagliflozina 10 mg (1-0-0) como optimización del tratamiento habitual.

Durante el seguimiento se revisan constantes, evolución clínica, adherencia terapéutica, sintomatología y peso. Se refuerza la educación en signos de alarma, ajuste de líquidos, alimentación baja en sal y seguimiento de la pauta farmacológica. La paciente comprende y participa activamente en los cuidados, y se mantiene contacto telefónico y presencial programado. Se cuenta con su consentimiento para presentar este caso clínico con fines divulgativos.

Plan de Cuidados:

Diagnóstico NANDA:

1. Manejo ineficaz del régimen terapéutico (00078), relacionado con conocimiento insuficiente de la enfermedad, del régimen terapéutico y de los cambios en el estilo de vida requeridos.

Objetivo NOC:

1. [1601] Conducta de cumplimiento del tratamiento: adecuada (toma medicación, consulta dudas, reconoce signos de alerta).

Intervenciones NIC:

• [7370] Planificación del alta: con preparación adecuada y pormenorizada para salir del centro sanitario y continuar los cuidados en el domicilio.

• [5602] Enseñanza: proceso de la enfermedad: se explican causas, evolución y tratamiento de la insuficiencia cardiaca.

• [1160] Monitorización nutricional: con recogida y análisis periódicos para valorar el estado nutricional de la paciente y sus necesidades.

• [7400] Orientación en el sistema sanitario: Determinando las necesidades de la paciente y su familia respecto al uso de los recursos del sistema sanitario.

• [4480] Facilitar la autorresponsabilidad: Ayudando y evaluando la capacidad y disposición de la paciente para asumir su responsabilidad en su propia salud.

BENEFICIOS HASTA LA FECHA

Desde que se inició este seguimiento enfermero, los beneficios observados en la evolución de la paciente han sido notables. Se ha logrado un mejor control de los síntomas, con disminución de los episodios de disnea y reducción de los edemas en extremidades inferiores, lo que se ha traducido en una mayor tolerancia a la actividad física y un descanso nocturno de mejor calidad. Además, la paciente ha adquirido un conocimiento más profundo sobre su enfermedad y sobre la importancia de mantener unos hábitos saludables. Esto ha favorecido su implicación activa en el autocuidado y una mayor adherencia al tratamiento farmacológico. En cada consulta, se han reforzado conceptos clave, resuelto dudas y proporcionado herramientas adaptadas a su realidad cotidiana. Todo ello ha contribuido también a reducir su sensación de abandono por parte del sistema sanitario, generando un vínculo de confianza con el equipo de enfermería. Esta atención continuada y centrada en la persona ha favorecido no solo una mejor evolución clínica, sino también una mejora clara en su calidad de vida, con una percepción más positiva de su estado de salud y mayor autonomía en el manejo de su patología.

Conclusiones:

Incluir a enfermería desde el inicio permite un seguimiento más cercano y humano. Este enfoque mejora el control de la enfermedad y la calidad de vida de quienes viven con insuficiencia cardiaca. Además, facilita que el paciente y su entorno comprendan mejor cómo cuidarse en su día a día.

El caso expuesto muestra cómo el acompañamiento enfermero aporta seguridad, mejora el cumplimiento terapéutico y ayuda a detectar precozmente signos de descompensación. La educación

y el refuerzo del autocuidado permiten transformar el seguimiento en una herramienta activa de salud.

Bibliografía

1. Pérez Paloma P, González Urmeneta I, Roda-Casado C, Vázquez-Calatayud M. Una revisión sistemática de las intervenciones para empoderar al paciente con insuficiencia cardiaca crónica en el entorno hospitalario. An Sist Sanit Navar. 2020;43(3):393–403.

2. Padilla Just MN, Ros del Hoyo N, Raventós Castany À, Escribano Rueda V, Luengo Cascudo C, Fabrellas i Padrès N, Martí Aguasca ML. Seguimiento telefónico enfermero a pacientes con insuficiencia cardiaca. Metas Enferm. 2011;14(3):22–6.

3. Rabelo ER, Aliti GB, Domingues FB, Clausell N, Rohde LEP. ¿Qué enseñar a los pacientes con insuficiencia cardiaca y por qué?: el papel de los enfermeros en clínicas de insuficiencia cardíaca. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007 Feb;15(1):165–70.

SATSE Sindicato de Enfermería

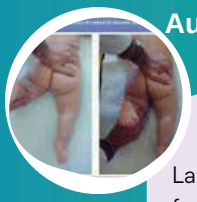
Capítulo 102

Oblicuidad Pélvica Congénita. Tratamiento de Fisioterapia

Casas Manzanas, Almudena
León Antón, Patricia
De La Iglesia Fernández, Leticia

OBLICUIDAD PÉLVICA CONGÉNITA TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

Autores: Casas Manzanas, Almudena; León Antón, Patricia y De La Iglesia Fernández, Leticia



INTRODUCCIÓN

La oblicuidad pélvica congénita es una patología frecuente del lactante caracterizada por una contractura de la musculatura abductora de la cadera. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, pero se necesitan pruebas de imagen para su confirmación y valoración del riesgo de inestabilidad de cadera contralateral

OBJETIVO

Analizar medidas más relevantes del tratamiento fisioterapéutico para la oblicuidad pélvica congénita y sus posibles alteraciones asociadas con el fin de minimizar el impacto de los posibles alteraciones en el desarrollo del niño.

MATERIAL Y MÉTODO

Realiza
Revisión bibliográfica

Bases de datos
Google Scholar
PEDro
PubMed

Palabras clave
- Oblicuidad Pélvica Congénita
- Tratamiento
- Fisioterapia

Periodo
Últimos 10 años

RESULTADOS

El tratamiento de fisioterapia en la oblicuídad pélvica congénita ayuda a la resolución del cuadro y a minimizar las posibles alteraciones asociadas (tortícolis, incurvaciones del raquis, contractura en addución de la cadera contralateral, displasia...) Este tratamiento se realizará de forma personalizada en función de las alteraciones que presente el bebé respetando los hitos de desarrollo normal del paciente y consistirá:

- Movilizaciones generales ambas caderas, enfasis limitación movimientos
- Estiramiento de abductores (gluteo medio y tensor fascia lata homolateral y adductores contralaterales
- Recomendaciones de ejercicios domiciliarios y su enseñanza a los padres
- Recomendaciones posturales e instrucción en el uso de ortesis si fuera necesario

CONCLUSIÓN

Además de un correcto y temprano diagnóstico de la oblicuidad pélvica congénita también se precisa un precoz tratamiento de fisioterapia que facilitará la resolución de la oblicuidad y reducirá el tiempo de evolución y de las posibles alteraciones asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Blanco JM, Martínez BF, Carrera MF, Castañón CS. Oblicuidad pélvica o contractura congénita en abducción de la cadera: una entidad poco conocida. Revista Pediatría de Atención Primaria [Internet]. 2016 [citado 7 de junio de 2025];18:9. Disponible en: *https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v18n69/12_nota6.pdf*
- 2. Pérez Miras, A. R. Tratamiento rehabilitador de la abducción de la cadera en el lactante. Revista Ocronos. Vol. III. Nº 4 – Agosto 2020. Pág. Inicial: Vol. III;nº4:448
- 3. Morte Coscolín, P. Arlabán Carpintero, Leire Sancho Mensat, A. *Moliner Morón, T.* Sancho Mensat, A. Marrero Afonso, M. Villanueva Rodríguez, C.Cadera oblicua congénita. Manejo de patología ortopédica frecuente desde atención primaria (2023) Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria Vol. 53 Núm. 2 Pág. 68-71
- 4. Martínez Blanco J, Fernández Martínez B, Fournier Carrera M, Suárez Castañón C. Oblicuidad pélvica o contractura congénita en abducción de la cadera: una entidad poco conocida. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;69:e19-e26.

Resumen: *La oblicuidad pélvica congénita (OPC) es una patología del lactante en la que se produce una acortamiento y contractura del glúteo medio produciendo un descenso de la cadera afecta y un ascenso de la otra hemipelvis pudiendo estar asociada a tortícolis postural y actitud escoliótica. Puede provocar alteraciones en la cadera contralateral como displasia. Suele producirse por la posición intrauterina. Aunque en ocasiones se resuelve de forma espontánea, es importante un precoz y adecuado diagnóstico, tratamiento y posterior seguimiento. La fisioterapia facilita su rápida resolución y reduce las complicaciones asociadas para el desarrollo psicomotor del niño.*

Palabras Clave: *Deformidad - Impacto en la función neuromusculoesquelética - Modalidades de fisioterapia*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La oblicuidad pélvica congénita es una patología frecuente de la lactante caracterizada por una contractura de la musculatura abductora de la cadera. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, pero se necesitan pruebas de imagen para su confirmación y valoración del riesgo de inestabilidad de cadera contralateral

Objetivos:

Analizar las medidas más relevantes del tratamiento de fisioterapia para la oblicuidad pélvica congénita y sus posibles alteraciones asociadas con el fin de ayudar en su tratamiento y minimizar el impacto de las posibles alteraciones en el desarrollo del niño.

Material y Método:

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos Pedro, Google Scholar y Pubmed con las palabras clave “oblicuidad pélvica congénita”, “tratamiento”, “fisioterapia” con artículos publicados en los diez últimos años

Resultados:

El tratamiento de fisioterapia en la oblicuidad pélvica congénita ayuda a la resolución del cuadro y a minimizar las posibles alteraciones asociadas (tortícolis, incurvaciones del raquis, contractura en aducción de la cadera contralateral, displasia...) Este tratamiento se realizará de forma personalizada en función de las alteraciones que presente el bebé siempre respetando su desarrollo psicomotor y en un ambiente tranquilo y de juego.

Constará de:

- Movilizaciones generales de ambas caderas, haciendo hincapié en las posibles limitaciones de movimiento.

- Estiramiento de la musculatura abductora (glúteo medio y tensor fascia lata) homolateral, así como abductora del miembro contralateral

- Recomendaciones de ejercicios domiciliarios y su enseñanza a las familias asociándolas con las rutinas diarias como el cambio de pañal o tras la ducha para facilitar su realización y hacer que el tratamiento sea más efectivo

- Recomendaciones posturales e instrucción en el uso de ortesis si fuera necesario

Conclusiones:

Además de un correcto y temprano diagnóstico de la oblicuidad pélvica congénita también se precisa un precoz tratamiento de fisioterapia que facilitará la resolución de la oblicuidad y reducirá el tiempo de evolución y de las posibles alteraciones asociadas. Es recomendable pautar revisiones periódicas con el fin de valorar la resolución del proceso y evitar repercusiones negativas que afecten al normal desarrollo psicomotor del paciente.

Bibliografía

1. Blanco JM, Martínez BF, Carrera MF, Castañón CS. Oblicuidad pélvica o contractura congénita en abducción de la cadera: una entidad poco conocida. Revista Pediatría de Atención Primaria [Internet]. 2016 [citado 7 de junio de 2025]; 18:9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v18n69/12_nota6.pdf

2. Pérez Miras, A. R. Tratamiento rehabilitador de la abducción de la cadera en el lactante. Revista Ocronos. Vol. III. Nº 4 – agosto 2020. Pág. Inicial: Vol. III; nº4:448

3. Morte Coscolín, P. Arlabán Carpintero, Leire Sancho Mensat, A. Moliner Morón, T. Sancho Mensat, A. Marrero Afonso, M. Villanueva Rodríguez, C.Cadera oblicua congénita. Manejo de patología ortopédica frecuente desde atención primaria (2023) Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria Vol. 53 Núm. 2 Pág. 68-71

4. Martínez Blanco J, Fernández Martínez B, Fournier Carrera M, Suárez Castañón C. Oblicuidad pélvica o contractura congénita en abducción de la cadera: una entidad poco conocida. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;69: e19-e26.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 103

Ocupación del quirófano de urgencias

Ruiz González, Flor María
Bastante Villaseñor, Raquel
Puebla Martín, Miguel Ángel

OCUPACIÓN DEL QUIROFANO DE URGENCIAS

Ruiz González, FM; Bastante Villaseñor, R; Puebla Martín , M.A

INTRODUCCIÓN

Las urgencias quirúrgicas son una parte muy importante de la actividad quirúrgica, para poder atender bien estas urgencias necesitamos conocer la actividad real que existe, de forma que podamos adecuar las opciones existentes a la demanda real.

Por ello hemos decidido realizar un estudio de estas intervenciones

OBJETIVO

Este estudio tiene como objetivo conocer las especialidades que más demandan el quirófano de urgencias de nuestro hospital, así como las intervenciones que se realizan con más frecuencia

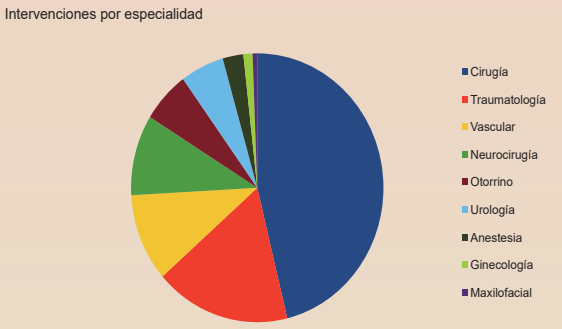
MATERIAL Y MÉTODOS

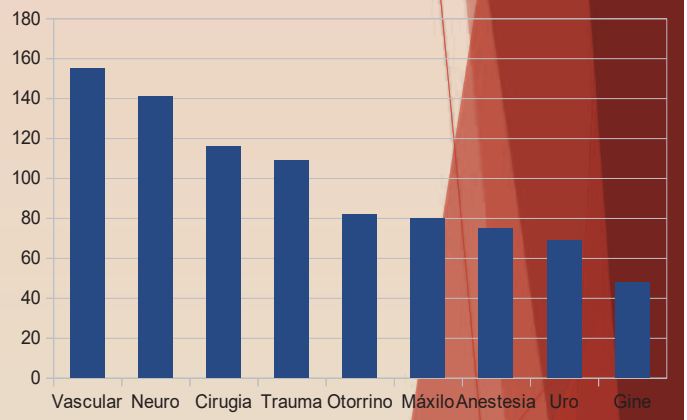
Se han recogido datos de Enero a Mayo de 2025, de todos pacientes sometidos a intervenciones urgentes en el quirófano número 1 del HGUCR.

Se ha configurado una base de datos con las fechas, sexo intervención realizada y especialidad a la que pertenece esta intervención.

Hay que tener en cuenta que la especialidad de Traumatología cuenta con un quirófano propia asignado todas las tardes de lunes a viernes para urgencias diferidas, y Gine tambien dispone de quirófano para las cesáreas y para sus urgencias .

RESULTADOS





En el quirófano de urgencias se operaron más hombres que mujeres, 199 hombres frente a 131 mujeres.

Por especialidades Cirugía es la especialidad que más interrvenciones ha realizado en estos primeros cinco meses, con un tiempo totral de 16682 miny una duración media de 116 min

Vascular es la especialidad que tiene un tiempo medio mayor por intervención, sobretodo en aneurismas con endoprotesis, seguida de Neurocirugía en las craneotomias

La cirugía más realizada ha sido la laparotomía.

Se realizan una media de 5 intervenciones diarias urgentes.

El día con mas actividad quirúrgica fue el 24/4/25 , con 9 intervenciones urgentes

CONCLUSIONES

La cirugía más realizada es la laparotomía por lo que es necesario que el personal nuevo que llegue aprenda de forma rápida esta cirugía , así como la craneotomia .Este estudio nos ayuda en la elaboración de las guias de acogida para el personal nuevo en la Unidad. Tendremos que trabajar en la elaboración de fichas o simulacros con estas cirugías

Resumen: *Se presenta un trabajo de investigación sobre la ocupación del quirófano de urgencias en el HGUCR. Se objetiva el sexo de los pacientes, asi como las intervenciones realizadas, su duración y la especialidad a a la que pertenecen; de forma que nos da una idea de qué especialidades son las que más demandan este quirófano y por tanto que es lo prioritario que se debe aprender cuando alguien llega como enfermero a quirófano*

Palabras Clave: *Quirófanos - Especialidades quirúrgicas - Cirugía general*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El quirófano de urgencias del HGCR acoge aquellas intervenciones quirúrgicas que no se pueden demorar, por tanto, no se saben con antelación que intervenciones habrá, y esto es probablemente lo más difícil para aquellos enfermeros que llegan a quirófano.

Dada esta situación decidimos realizar un estudio con el objetivo de conocer cuáles son las cirugías más frecuentes y poder así elaborar unas guías de esas intervenciones.

Objetivos:

Nuestro objetivo es conocer las especialidades quirúrgicas que más demandan el quirófano de urgencias, así como las intervenciones que se realizan con más frecuencia en dicho quirófano, su duración aproximada y si existen diferencias entre sexos.

Todo ello nos ayuda en la organización de tiempos quirúrgicos y en la formación del nuevo personal que llega a este servicio priorizando el aprendizaje de aquellas intervenciones que se realizan con más frecuencia.

Material y Método:

Se han recogido los datos de todas las intervenciones realizadas de forma urgente, en el quirófano asignado a las urgencias.

Se ha elaborado una base de datos con las fechas, sexo, especialidad, intervención realizada y tiempo de duración

Se excluyeron del estudio las urgencias diferidas de Traumatología, ya que cuentan con un quirófano propio de lunes a viernes en turno de tardes, y las urgencias Ginecológicas que disponen de un quirófano propio para cesáreas y en turno de tarde y noche para sus urgencias.

Resultados y conclusiones:

Los pacientes operados de urgencias son en su mayoría hombres (60,3%).

La especialidad que más intervenciones urgentes realiza es cirugía y la intervención más realizada es la laparotomía.

Vascular es la especialidad que tiene un tiempo medio por intervención mayor, sobre todo en los aneurismas con endoprótesis, seguida por neurocirugía en las craneotomías y cirugía.

La especialidad con más tiempo de ocupación quirúrgica es cirugía con 16682 min

Se realizan una media de 5 intervenciones urgentes al día

Todo esto nos da una idea de aquellas especialidades que antes se deben aprender cuando se empieza en un quirófano, ya que son aquellas que más frecuentemente nos demandarán, por ello continuaremos con el estudio y se estudiará la posibilidad de hacer unas guías clínicas de dichas intervenciones y si se puede realizar algún simulacro de ellas

Bibliografía

1. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2019;30(1):36–49. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.11.005

2.Albareda J, Clavel D, Mahulea C, Blanco N, Ezquerra L, Gómez J, et al. Rev Esp Cir Ortop Traumatol [Internet]. 2017;61(6):375–82. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2017.07.006

3. Puyana JC. Las unidades de cirugía de urgencia: ¡un cambio imperativo con beneficios para todos! Cir Esp (Engl Ed) [Internet]. 2019;97(1):1–2. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.11.011

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 104

Paciente con politraumatismo atendido en medio rural. Caso clínico.

González de la Aleja Martín, Jorge

Paciente con politraumatismo atendido en medio rural. Caso clínico.

González de la Aleja Martín, Jorge.

Trabajo Fin de Máster. Máster en Enfermería de Urgencias, Emergencias y Situaciones Críticas.

Objetivos

- Describir los cuidados de enfermería a un paciente con politraumatismo en una Unidad Móvil de Emergencias.
- Analizar experiencias para formar al personal de emergencias y promover estudios en el ámbito prehospitalario.

Introducción

Paciente politraumatizado es aquel que sufre varias lesiones simultáneas de diferente magnitud, ocasionadas por un único mecanismo traumático lesional que pueden comprometer su vida y requieren una intervención inminente y rápida.

El trauma grave es una causa importante de muerte y discapacidad a nivel mundial, siendo la principal en menores de 35 años, con los accidentes de tráfico como el mayor factor causal.

Palabras clave / Key words

- **DeCS.** Traumatismo Múltiple, Hemorragia, Inmovilización, Tiempo de Respuesta, Coordinación de Emergencias Médicas.
- **MeSH.** Multiple Trauma, Hemorrhage, Immobilization, Response Time, Emergency Medical Dispatch.

Presentación del caso. Fase de valoración.

Alertan por varón de 72 años que ha sufrido aplastamiento por una puerta de valla de unos 500 kg en una finca en el campo. En el lugar se encuentra Guardia Civil, Policía Local y un equipo de Atención Primaria de la localidad. Isócronas de 24 minutos.

A la llegada de la Unidad Móvil de Emergencias, el paciente se encuentra en el suelo en decúbito supino cubierto por varias mantas, y a su lado una puerta de valla de grandes dimensiones. Acompañantes en el lugar refieren que la contusión ha sido a nivel de tórax, abdomen y miembros inferiores.

Fase diagnóstica.

Tabla. Constantes vitales al inicio de la asistencia.

FR	18 rpm
SatO2	85%
FC	87 lpm
TA	114/83 mmHg
Tª	34'5 ºC
Relleno capilar	3"
Signos cutáneos de hipoperfusión tisular	

Tabla. Diagnósticos enfermeros NANDA.

00132	Dolor agudo
00205	Riesgo de shock
00204	Perfusión tisular periférica ineficaz

Fase de planificación.

Tabla. Clasificación de objetivos NOC.

2102	Nivel del dolor
0401	Estado circulatorio
0407	Perfusión tisular: periférica
0413	Severidad de la pérdida de sangre

Tabla. Clasificación de intervenciones NIC.

2210	Administración de analgésicos
3320	Oxigenoterapia
6680	Monitorización de los signos vitales
4200	Terapia intravenosa (i.v.)

Fase de ejecución.

Tabla. Intervenciones realizadas en la asistencia prehospitalaria.

Colocación collarín cervical rígido
Oxigenoterapia con mascarilla tipo venturi 31% 8 l/min
Toma de constantes vitales
Monitorización TA, cardiaca y de pulsioximetría continua
Canalización dos accesos venosos periféricos (calibres 18G y 16G)
Administración fentanilo 150 µg IV
Administración ácido tranexámico 2g IV
Inmovilización de cadera mediante cinturón pélvico por sospecha de fractura de pelvis
Inmovilización mediante férulas de vacío de posibles fracturas de fémur derecho y húmero izquierdo
Escala Coma Glasgow 13/15
Administración 500 cc SSF 0'9% IV a 37ºC
Movilización en bloque mediante camilla tipo tijera
Inmovilización mediante colchón de vacío
Traslado a hospital traumatológico de referencia (activación Código Trauma)

Conclusiones

- **Estabilización vital.** Priorizar el ABCDE, control de hemorragias e inmovilización para asegurar la supervivencia.
- **Desafíos rurales.** La distancia y el acceso limitado exigen una estabilización prehospitalaria óptima y coordinación eficiente.
- **Trabajo en equipo.** La comunicación y formación continua mejoran la respuesta y el pronóstico del paciente.

Bibliografía

Resumen: *El paciente politraumatizado sufre lesiones simultáneas de diversa gravedad por un único traumatismo, con riesgo vital y necesidad de intervención rápida. El trauma grave es una causa importante de muerte y discapacidad mundial, especialmente en menores de 35 años, siendo los accidentes de tráfico la principal causa. La atención eficaz de estos pacientes requiere una respuesta coordinada y eficiente, especialmente en entornos desafiantes como el medio rural.*

Palabras Clave: *Múltiple Trauma - Hemorragia - Inmovilización*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El paciente politraumatizado sufre lesiones simultáneas de diversa gravedad por un único traumatismo, con riesgo vital y necesidad de intervención rápida. El trauma grave es una causa importante de muerte y discapacidad mundial, especialmente en menores de 35 años, siendo los accidentes de tráfico la principal causa. La atención eficaz de estos pacientes requiere una respuesta coordinada y eficiente, especialmente en entornos desafiantes como el medio rural.

Observación clínica:

Se atiende a un varón de 72 años en una finca rural, aplastado por una puerta de valla de unos 500 kg. En el lugar se encuentran Guardia Civil, Policía Local y un equipo de Atención Primaria. La Unidad Móvil de Emergencias encuentra al paciente en decúbito supino, cubierto con mantas, junto a la puerta. Los acompañantes informan de contusión en tórax, abdomen y miembros inferiores. Inicialmente, el paciente presenta una frecuencia respiratoria de 18 rpm, saturación de oxígeno del 85%, frecuencia cardíaca de 87 lpm, tensión arterial de 114/83 mmHg y temperatura de 34.5°C, con relleno capilar de 3 segundos y signos de hipoperfusión tisular. La Escala de Coma de Glasgow es 13/15.

Plan de cuidados enfermero:

Se identificaron los diagnósticos enfermeros de Dolor agudo, Riesgo de shock y Perfusión tisular periférica ineficaz. Los objetivos NOC establecidos fueron Nivel del dolor, Estado circulatorio, Perfusión tisular: periférica y Severidad de la pérdida de sangre. Las intervenciones NIC incluyeron Administración de analgésicos, Oxigenoterapia, Monitorización de los signos vitales y Terapia intravenosa (i.v.).

Discusión:

La atención del paciente politraumatizado en el medio rural presenta desafíos únicos. Las distancias y el acceso limitado exigen una estabilización prehospitalaria óptima y una coordinación eficiente entre los diferentes equipos de respuesta. En este caso, la rápida actuación y la priorización del ABCDE, el control de hemorragias y la inmovilización fueron cruciales. La comunicación efectiva y la formación continua del personal de emergencias son esenciales para mejorar la respuesta y el pronóstico del paciente.

Conclusiones:

La atención al paciente politraumatizado en el medio rural requiere una alta competencia del personal de enfermería en emergencias, así como una excelente coordinación entre los diferentes servicios implicados. La estabilización in situ, el manejo del dolor, la prevención del shock y el traslado adecuado son fundamentales para mejorar el pronóstico de estos pacientes. Este caso subraya la importancia de la formación continua y la adaptación de los protocolos a las particularidades del entorno.

Bibliografía

1. Carter M G, Brant W, Athanasios C, Shahla S, David J D. Massive Trauma and Resuscitation Strategies. Anesthesiol Clin. marzo de 2023;41(1). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36872005/

2. BIREME | OPS | OMS. Descriptores en Ciencias de la Salud [Internet]. São Paulo: BIREME; c2024. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/

3. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2024-2026. 13a Edición. Vol. 1. Elsevier; 2024. 712 p.

4. Moorhead S, Elizabeth S, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 7a Edición. Vol. 1. Elsevier; 2024. 860 p.

5. Wagner CM, Butcher HK, Clarke MF. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 8a Edición. Vol. 1. Elsevier; 2024. 586 p.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 105

Papel de enfermería ante la Deshidratación Rehidratación rápida en urgencias pediátricas.

Martínez Lao, Isabel
Rodrigo Martín, Sonia
Castellanos Velázquez, Yolanda

Papel de enfermería ante la Deshidratación-Rehidratación rápida en urgencias pediátricas.

Martínez Lao, Isabel; Rodrigo Martín, Sonia; Castellanos Velázquez, Yolanda

INTRODUCCIÓN

La **deshidratación** está causada por la excesiva pérdida de agua y electrólitos, disminuyendo el volumen circulante. En la **infancia** supone un cuadro de mayor complejidad debido a la diversidad de grupos de edad. La principal causa es la **gastroenteritis** de etiología infecciosa.

OBJETIVOS

Describir los tratamientos que se dan a niños que llegan deshidratados a las urgencias pediatrías.

Analizar y explicar las actuaciones del personal de enfermería en el manejo de la deshidratación-rehidratación pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica

Artículos escritos en castellano.

Publicados entre 2020-2024.

Bases de datos

Scielo

PubMed

Dialnet

Cuiden

Google Académico

Medline

Sociedades científicas

OMS

Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP)

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST)

Palabras clave

Deshidratación

Isonatremia.

Hiponatremia.

Hipernatremia.

Acidosis metabólica.

RESULTADOS

- La **valoración inicial** se realizará mediante el TEP (Triángulo de Evaluación Pediátrica) para orientarnos sobre el tipo y grado de deshidratación (Escala de Gorelick).
- Las **causas** más frecuentes son las gastroenteritis agudas de etiología infecciosa.
- Las deshidrataciones **hipertónicas** son las más frecuentes en países desarrollados y las **hipotónicas** en países en vías de desarrollo.
- El tratamiento dependerá de la gravedad. La **rehidratación oral** es para las deshidrataciones leves-moderadas y, si está contraindicada esta vía, optaremos por la **rehidratación intravenosa rápida**.
- La **rehidratación intravenosa** se requiere en cuadros moderados o graves que pueden desencadenar shock hipovolémico.
- Mas del 90% de los casos se produce en **menores de 18 meses**, predominando los varones.

CONCLUSIONES

El **parámetro clínico** de elección para determinar el tipo de deshidratación es el peso.

La perfusión rápida de **solución isotónica** se utiliza en el tratamiento de las deshidrataciones moderada y grave mediante la rehidratación intravenosa.

Las pautas de **rehidratación oral** son sencillas, seguras y eficaces favoreciendo la tolerancia oral precoz, acortando tiempo de estancia en urgencias y reduciendo la tasa de ingreso hospitalario.

La pauta de **rehidratación rápida intravenosa** de elección es la solución isotónica, recomendándose ofrecer líquidos **vía oral de forma precoz**.

- A. Mora-Capín, R. López-López, B. Guibert-Zafra et al. Documento de recomendaciones sobre la rehidratación intravenosa rápida en gastroenteritis aguda. An Esp Pediatr. 2022; 96(6): 523 535.
- B. Alcalá-Minagorre PJ, Pérez-Benito AM, Pérez-Moreno J. Fluidoterapia intravenosa de mantenimiento en el niño hospitalizado. Web de la Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria. Mayo 2021.
- C. García Marín A, Lloret Ferrándiz G, González de Dios J. Ondansetrón para el control de vómitos asociados a gastritis y gastroenteritis aguda en urgencias de Pediatría: uso, abuso y buen uso. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022; 24: 351-61

Resumen: *La deshidratación se produce por una gran pérdida de agua y electrólitos, que puede generar problemas a nivel circulatorio. Su origen está en la escasez de la ingesta de agua, aumento de las pérdidas o ambas. La causa principal es por gastroenteritis de origen infeccioso.*

La rehidratación oral es eficiente y económica.

La rehidratación intravenosa rápida es más efectiva, porque en pocas horas se restaura la volemia y permite rápida recuperación. En la deshidratación grave asociada a shock lo primordial es restaurar el volumen intravascular, teniendo en cuenta los controles de peso, diuresis y electrólitos para evitar sobrecarga de volumen.

Palabras Clave: *Deshidratación - Hiponatremia - Hipernatremia.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La diversidad de grupos de edad que comprende la pediatría junto con la cada vez mayor complejidad de nuestros pacientes hace que debamos estar preparados para la atención de múltiples casos clínicos, algunos de los cuales lleva asociado alteraciones en el balance hídrico, en los electrolitos o en el equilibrio ácido base. Aunque el tratamiento de la causa es fundamental, nunca podemos olvidar el tratamiento de estas alteraciones que en un momento dado pueden poner en peligro la vida del paciente.

La deshidratación es un cuadro clínico originado por la excesiva pérdida de agua y electrólitos, que comporta un compromiso variable inicialmente a nivel circulatorio, si bien puede aparecer afectación renal, neurológica (SNC), pulmonar o a otros niveles. Se origina por disminución de la ingesta de agua, aumento de las pérdidas o ambas. La deshidratación es, por tanto, una pérdida del volumen circulante, una hipovolemia que en ocasiones puede ser grave y originar un cuadro de shock hipovolémico. La etiología más frecuente es la gastroenteritis aguda. Si bien el tratamiento precoz según la causa es fundamental. El cuadro se puede desarrollar con mayor o menor rapidez y gravedad según la etiología, la edad del niño y de la existencia o no de patología previa.

Objetivos:

- Describir los tratamientos que se dan a niños que llegan deshidratados a las urgencias pediatrías.

- Analizar y explicar las actuaciones del personal de enfermería en el manejo de la deshidratación-rehidratación pediátrica.

Material y Métodos:

Se ha realizado una revisión bibliográfica donde se ha podido recopilar toda la información necesaria, basada en la evidencia científica sobre la deshidratación en la población infantil.

Para su desarrollo, se han analizado diferentes bases de datos: Scielo, PubMed, Dialnet, Cuiden, Google Académico, Medline.

Igualmente, se han consultado aquellas sociedades científicas a nivel nacional e internacional relacionadas con la salud que resultan ser referentes para tratar este tema: OMS, Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP), Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST).

Resultados:

Realización de una valoración inicia mediante el triángulo de evaluación pediátrico (TEP), anamnesis y exploración general (ABCDE), para establecer tipo y grado de perdida de volumen y causas. Una de las escalas utilizadas es la de Gorelick.

En una cuarta parte de los casos se produce en lactantes menores de 12 meses y más del 90% por debajo de los 18 meses, con un discreto predominio en varones 3,4.

Las causas más frecuentes de DA son, la gastroenteritis aguda (GEA). Menos frecuentes son los vómitos, síndromes de malabsorción, etc. Las causas menos comunes son el golpe de calor, las metabólicas (diabetes mellitus o insípida, tubulopatías, síndrome adrenogenital congénito), y las pérdidas excesivas de agua y electrólitos (quemaduras…). En niños con diarrea aguda, como factores de mayor riesgo para desarrollar deshidratación: edad (lactantes), suspender la lactancia materna, no administrar las sales de rehidratación oral, la intensidad de la diarrea y la etiología (rotavirus, cólera). Estos factores van a condicionar el tipo de deshidratación, siendo las deshidrataciones hipertónicas más frecuentes en los países desarrollados y las hipotónicas en los países en vías de desarrollo.

Terapia de rehidratación oral

Las soluciones de rehidratación oral son válidas para cualquier tipo de deshidratación (isotónica, hipertónica o hipotónica) y en los grados de deshidratación leve y moderada. Se pueden utilizar a cualquier edad y es de fácil preparación.

Rehidratación intravenosa

En el tratamiento de las deshidrataciones moderada y grave deberemos restituir rápidamente la volemia para impedir o tratar la situación de shock, reponer el déficit de agua y de electrólitos hasta su reposición por vía oral.. Se deben valorar los cambios del metabolismo del resto de los iones implicados en el metabolismo hidroelectrolítico, sobre todo del calcio y del potasio y corregir sus alteraciones.

Rehidratación intravenosa rápida

La fluidoterapia intravenosa constituye una alternativa a la rehidratación oral en aquellos pacientes en los que la reposición de líquidos por vía oral está contraindicada o ha fracasado. En las últimas décadas se han desarrollado nuevas estrategias de rehidratación intravenosa basadas en la «infusión rápida de un volumen generoso de solución isotónica» con el objetivo de restablecer el volumen extracelular.

La acumulación de cuerpos cetónicos puede perpetuar los vómitos provocando el fracaso de la rehidratación oral.

En la rehidratación intravenosa se deben ofrecer líquidos por vía oral de forma precoz. Si la tolerancia es adecuada se completará la reposición del déficit mediante rehidratación oral. Si la tolerancia oral fracasa, completaremos la rehidratación por vía intravenosa y continuaremos con una pauta de mantenimiento, según la fórmula de Holliday. En la fase de mantenimiento no debemos olvidar la reposición de las pérdidas continuadas.

Conclusiones:

Los cambios en el peso corporal son la mejor medida como parámetro clínico para el diagnóstico adecuado del grado de deshidratación.

En el tratamiento de las deshidrataciones moderada y grave puede emplearse la rehidratación intravenosa basada en la perfusión rápida de solución isotónica con el objetivo de restaurar el volumen extracelular para impedir o tratar la situación de shock.

Las pautas de rehidratación oral son sencillas, seguras y eficaces; favorecen la tolerancia oral precoz, acortan el tiempo de estancia en urgencias y reducen la tasa de ingreso para prevenir o corregir la deshidratación leve moderada

La pauta de rehidratación rápida intravenosa propuesta por la American Academy of Pediatrics (AAP) es la solución isotónica (salino al 0,9% o Ringer lactato) a 20-40 ml/kg/h durante 1-2 h, recomendándose ofrecer líquidos vía oral de forma precoz.

Bibliografía

1. Mora-Capín, R. López-López, B. Guibert-Zafra et al. Documento de recomendaciones sobre la rehidratación intravenosa rápida en gastroenteritis aguda. An Esp Pediatr. 2022; 96(6): 523 535.

2. Alcalá-Minagorre PJ, Pérez-Benito AM, Pérez-Moreno J. Fluidoterapia intravenosa de mantenimiento en el niño hospitalizado. Web de la Sociedad Española de Pediatría Interna Hospitalaria. Mayo 2021. Disponible en: https://sepih.es/protocolos sepih/protocolo-10-fluidoterapia-intravenosa-de-mantenimiento-en-el-nino-hospitalizado/

3. García Marín A, Lloret Ferrándiz G, González de Dios J. Ondansetrón para el control de vómitos asociados a gastritis y gastroenteritis aguda en urgencias de Pediatría: uso, abuso y buen uso. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022; 24: 351-61 Disponible en: https://pap.es/articulo/13716/ondansetron-para-el-control-de-vomitos-asociados a-gastritis-y-gastroenteritis-aguda-en-urgencias-de-pediatria-uso-abuso-y-buen-uso en.

4. Banacloche B, Frontela J. Pautas de rehidratación en el contexto de una gastroenteritis aguda. Web del Servicio de Pediatría del Hospital General de Alicante. Disponible en: https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2020/02/Sesi%C3%B3n R1_B%C3%A1rbara-Benacloche_PAUTAS-DE-REHIDRATACI%C3%93N.pdf

5. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com Volumen XIX. Número 14 Segunda quincena de Julio de 2024 – Página inicial: Vol. XIX; nº 14; 465

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 106

Papel de Enfermería en el Duelo Perinatal

Alañón Barba, María del Pilar
Alañón Barba, Marina
López Jiménez, Marcos

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL DUELO PERINATAL

Alañón Barba María del Pilar, Alañón Barba Marina, López Jiménez Marcos

VXI Congreso de Investigación Satse. Ciudad Real
De la Evidencia a la Práctica. Innovación y Ciencia en el Cuidado

INTRODUCCIÓN

- El 20% de las mujeres sufrirán un aborto a lo largo de su vida.
- La OMS define la ***muerte perinatal:*** muerte entre la semana 22 de gestación y el séptimo día de vida, sin embargo, muchos autores amplían este periodo desde la concepción hasta el primer año de vida, por su alto impacto emocional.
- La muerte perinatal puede suponer consecuencias biopsicosociales para los padres y familia.
- PAPEL ENFERMERO para el apoyo emocional a padres y reconocimiento y prevención de síntomas que puedan desencadenar en un duelo patológico.

OBJETIVOS

- Determinar la actuación de Enfermería ante una situación de pérdida perinatal.

METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica.
- Bases de datos: Scielo, Scopus, Google Academy y Pudmed.
- Palabras clave: *"duelo perinatal", "Enfermería", "muerte perinatal"*.
- Criterios de inclusión: Desde 2015 a 2025, texto completo.
- Total artículos útiles 4.

RESULTADOS

CONCLUSIONES

Enfermería es clave en la aceptación y adaptación de los padres ante la pérdida.

Una de las técnicas más usadas y conocidas para comunicación de malas noticias es la técnica SPIKES

Uso de un lenguaje empático y accesible, donde la información sea fácilmente entendible resolviendo las dudas de los progenitores.

Uso del silencio terapéutico para facilitar la asimilación de la información a los padres

1. Fernández-Sola C, Camacho-Ávila M, Hernández-Padilla JM, Fernández-Medina IM, Jiménez-López FR, Hernández-Sánchez E, et al. Impact of Perinatal Death on the Social and Family Context of the Parents. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(10): 3421.
2. Galeotti M, Mitchell G, Tomlinson M, Aventin Á. Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):270.
3. Valenzuela M. Teresa, Bernales Margarita, Jaña Paloma. Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2020 Jun [citado 2025 Mayo 22] ; 85(3): 281-305. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000300281&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000300281.
4. Moreno Tirado PS, Gil García E, Tarriño Concejero L. Nursing care in perinatal grief. A systematic and critical review of attitudes and knowledge in clinical practice Enfermería Clínica (English Edition), Volume 33, Issue 5, September–October 2023, Pag 327-337

Resumen: *Dos de cada diez mujeres sufrirán un aborto en alguno de sus embarazos. Una muerte perinatal supone una situación de máxima tensión emocional para una pareja, por ello, supone un reto para los profesionales de enfermería. De su correcta actuación deriva la mejor adaptación y aceptación de los progenitores ante esta pérdida, pudiéndose evitar el desarrollo de un duelo patológico.*

Cobra gran importancia la formación del profesional de enfermería en técnicas de comunicación de malas noticias y desarrollo de habilidades de gestión en situaciones complicadas.

Palabras Clave: *Duelo perinatal - Muerte perinatal - Enfermería*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Alrededor del 20% de las mujeres sufrirán un aborto a lo largo de su vida.

La OMS define la muerte perinatal como la muerte producida entre la semana 22 de gestación y el séptimo día de vida, sin embargo, muchos autores amplían este periodo desde la concepción hasta el primer año de vida, por su alto impacto emocional.

La llegada de un bebé es vivida por los padres con ilusión, esperanza, alegría y un cambio de rol deseado. La muerte en esta situación puede suponer consecuencias biopsicosociales tanto para los padres como para el resto de la unidad familiar, por lo que resulta de gran importancia el papel enfermero para el apoyo, reconocimiento y prevención de síntomas que puedan desencadenar en un duelo complicado o patológico.

Objetivos:

Determinar la actuación de Enfermería ante una situación de pérdida perinatal.

Establecer los problemas sentidos por los padres en situación de pérdida perinatal.

Material y Métodos:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con artículos publicados en el marguen temporal desde 2015 hasta 2025.

Las bases de datos utilizadas han sido Scopus, Pudmed, Scielo y Google Académico.

Solo se incluyeron artículos con acceso a texto completo publicados en inglés o español.

No se evaluó la calidad metodológica de los artículos utilizados.

Una vez aplicada la estrategia de búsqueda se incluyeron cuatro artículos para la presente revisión.

Resultados:

Los estudios manifestaban la necesidad de usar una comunicación honesta, empática y clara, solventando las dudas que puedan generar sentimientos de culpa, ansiedad y/o miedo en los padres.

Evitar tecnicismos como “feto”, “aborto diferido”, “aborto” y sustituirlo por términos como “bebé” para otorgarle a éste identidad y reconocimiento ante los padres.

Facilitar un entorno privado para despedirse del bebé ofreciendo el tiempo necesario para ello y evitando interrupciones. Animar a los padres a conservar recuerdos como ecografías previas, ponerle un nombre, una huella dactilar, la pinza del cordón umbilical etc.

Los estudios resaltaban la necesidad de llevar a cabo un seguimiento posterior de los progenitores, pues en el momento de la muerte se puede crear una situación de shock en la que es complicado asimilar la información. Ofrecer apoyo psicológico profesional en el momento y posteriormente, así como ayuda legal si los progenitores la solicitan.

Conclusiones:

El duelo perinatal puede ocasionar en los padres problemas de ansiedad, insomnio, depresión, aislamiento social y pérdida de identidad entre otros síntomas. Estos pueden afectar tanto a nivel físico como social, psicológico y espiritual.

La enfermera tiene un papel clave en la aceptación y adaptación de los padres ante la pérdida. Por ello, es fundamental su formación para el desarrollo de habilidades comunicativas en situaciones difíciles.

Una de las técnicas más usadas y conocidas para comunicación de malas noticias es la técnica SPIKES, desarrollada por Buckman, que incluye por parte del profesional la preparación del encuentro comunicativo, determinar lo que los padres saben y lo que quieren saber y ofrecer apoyo emocional ante los sentimientos que puedan surgir.

Estas habilidades incluyen el uso de un lenguaje empático y accesible, donde la información sea fácilmente entendible resolviendo las dudas de los progenitores.

Por último, la enfermera debe conocer la necesidad del uso del silencio terapéutico para facilitar la asimilación de la información a los padres desterrando la idea errónea de llenar los silencios creyendo que general momentos de incomodidad.

Bibliografía

1. Fernández-Sola C, Camacho-Ávila M, Hernández-Padilla JM, Fernández-Medina IM, Jiménez-López FR, Hernández-Sánchez E, et al. Impact of Perinatal Death on the Social and Family Context of the Parents. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(10): 3421.

2. Galeotti M, Mitchell G, Tomlinson M, Aventin Á. Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):270.

3. Valenzuela M. Teresa, Bernales Margarita, Jaña Paloma. Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2020 Jun [citado 2025 Mayo 22] ; 85(3): 281-305. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000300281&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000300281.

4. Moreno Tirado PS, Gil García E, Tarriño Concejero L. Nursing care in perinatal grief. A systematic and critical review of attitudes and nowledge in clinical practice. Enfermería Clínica (English Edition), Volume 33, Issue 5, September–October 2023, Pag 327-337.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 107

Papel de enfermería en la atención del paciente con ictus isquémico en fase aguda

Olivares Chávarri, Alba

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON ICTUS ISQUÉMICO EN FASE AGUDA

Autor: Olivares Chávarri, Alba

INTRODUCCIÓN

El ICTUS también llamado accidente cerebro vascular o infarto cerebral es un deterioro neurológico que se produce por una alteración en la irrigación sanguínea cerebral. Hay dos tipos de ictus, isquémico (se produce por reducción del aporte sanguíneo cerebral) y hemorrágico (se produce por la rotura de un vaso sanguíneo encefálico). El ictus isquémico es el más frecuente con un 80-85% del total de casos. Su rápido diagnóstico y actuación permite prevenir gran cantidad de secuelas.

Esta enfermedad es responsable de la mayoría de los casos de discapacidad a largo plazo en adultos. También produce un gran impacto socioeconómico en el paciente, las familias y en los distintos sistemas de salud generando costes elevados necesarios para el tratamiento, rehabilitación y recuperación de estos pacientes. Por ello es necesario que el inicio del tratamiento se realice de forma rápida para disminuir la morbimortalidad y así lograr una mayor recuperación funcional. La enfermería juega un papel primordial en esta atención temprana ya que es la responsable de la administración del tratamiento trombolítico en la Unidad de Ictus.

OBJETIVOS

-Conocer que es el ictus isquémico agudo y sus consecuencias.
-Reconocer los síntomas del ictus isquémico.
-Conocer el papel de la enfermería en la atención de los pacientes con ictus isquémico agudo.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de los últimos 10 años: bases de datos y páginas webs oficiales (PUBMED, MEDLINE, SCIELO ESPAÑA, GOOGLE ACADÉMICO, FONDO EDITORIAL ELSELVIER).

Artículos seleccionados: 10 artículos (bajo criterios de inclusión y exclusión).

RESULTADOS

El ictus isquémico cerebral es una emergencia médica con alto índice de morbimortalidad en todo el mundo. Es la primera causa de discapacidad en adultos.

Es importante saber reconocer sus síntomas para una actuación rápida y una atención médica temprana.

Existen factores de riesgo de esta enfermedad:

-Modificables: HTA, cardiopatía, tabaquismo, anemia, estenosis carotídea, AIT.
-Potencialmente modificables: DM e hipertrofia ventricular izquierda.
-No modificables: edad, sexo, malformaciones congénitas, factores hereditarios, etnia y localización geográfica.

En cuanto a los síntomas:

-Motilidad: pérdida de fuerza en los miembros, desviación de la comisura labial.
-Sensibilidad: hormigueo, adormecimiento en miembros o en la cara.
-Lenguaje: dificultad en la articulación de las palabras, imposibilidad de reconocer o nombrar objetos o comprender frases.
-Visión: pérdida parcial del campo visual, ceguera unilateral transitoria.
-Otros: dificultad en la deglución, inestabilidad, mareos.

El manejo del ictus isquémico cuando llega al hospital se realiza en la Unidad Ictus con un equipo multidisciplinar donde la enfermera tiene un papel primordial:

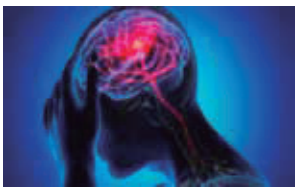
-Monitorización del paciente a la llegada a la Unidad (TA, monitorización cardiaca, pulsioxímetro)
-Temperatura corporal
-Glucemia capilar
-Comprobación de permeabilidad de vía venosa periférica y canalizar nueva si no funciona.
-Administración de tratamiento fibrinolítico según pauta de Neurólogo responsable.
-Control de TA durante el tratamiento fibrinolítico y posteriormente según protocolo de cada Unidad.
-Valoración neurológica periódica según protocolo de cada Unidad.

CONCLUSIÓN

El protocolo de manejo del ictus isquémico agudo resulta altamente beneficioso.

La enfermería es el profesional altamente capacitado en encabezar la Unidad de Ictus y tiene las habilidades y destrezas necesarias para la atención, cuidados y vigilancia continua del control de síntomas de estos pacientes.

La enfermería es la encargada de la administración del tratamiento fibrinolítico y de los cuidados antes, durante y después de la infusión.



BIBLIOGRAFÍA

1. Matias- Guiu J, coordinador. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Plan de Calidad. Gobierno de España; 2015
2. Bender del Busto, J. (2019). Las enfermedades cerebrovasculares como problema de salud. Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía, de https://revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/335/552.
3. Sanjuan, E., Pancorbo, O., Santana, K., Miñarro, O., Sala, V., Muchada, M., ... & Rubiera, M. (2020). Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus. Neurología.

Resumen: *El ictus isquémico es un deterioro neurológico que se produce por una alteración en la irrigación cerebral a causa de una reducción del aporte sanguíneo. Es responsable de la mayoría de los casos de discapacidad a largo plazo en adultos y produce un gran impacto socioeconómico a nivel mundial.*

Por ello es necesario la atención temprana y la enfermería juega un papel primordial en el cuidado de estos pacientes ya que dispone de las habilidades y destrezas necesarias para el cuidado y la vigilancia continua en las unidades de ictus.

Palabras Clave: *Accidente cerebrovascular isquémico - Atención de enfermería - Ictus*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Ictus, también conocido como accidente cerebrovascular (ACV) o infarto cerebral, es una condición médica grave caracterizada por un deterioro neurológico súbito que ocurre debido a una alteración en el flujo sanguíneo hacia el cerebro. Esta interrupción puede ocasionar daño o muerte de las células cerebrales debido a la falta de oxígeno y nutrientes necesarios para su funcionamiento.

Existen dos tipos principales de ictus:

- **Ictus isquémico**, que representa aproximadamente el 80-85% de los casos, y se produce cuando se reduce o bloquea el aporte sanguíneo al cerebro. Esto puede deberse a la obstrucción de una arteria por un coágulo sanguíneo (trombosis) o por un émbolo que se desplaza desde otra parte del cuerpo (embolia).

- **Ictus hemorrágico**, que ocurre cuando se rompe un vaso sanguíneo cerebral, provocando una hemorragia en el tejido cerebral o en los espacios circundantes. Aunque menos frecuente, este tipo de ictus suele tener consecuencias más graves debido al daño directo que produce la sangre sobre el parénquima cerebral.

El ictus constituye una emergencia médica de primer orden, ya que el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la intervención médica es crucial. Un diagnóstico precoz y una actuación rápida pueden reducir significativamente el riesgo de secuelas neurológicas permanentes y mejorar el pronóstico funcional del paciente. Por ello, se insiste en la importancia de la “cadena de supervivencia del ictus”, que incluye el reconocimiento temprano de los síntomas, la activación del sistema de emergencias, el transporte inmediato a un hospital con Unidad de Ictus, y el inicio del tratamiento especializado.

Desde el punto de vista epidemiológico, el ictus es una de las principales causas de discapacidad adquirida en adultos, y también una de las primeras causas de muerte en muchos países. Su impacto no solo es clínico, sino también social y económico, afectando profundamente tanto a los pacientes como a sus familias. La atención a largo plazo, la rehabilitación, la readaptación laboral o social, y el soporte emocional implican una carga considerable para los sistemas de salud.

En este contexto, la enfermería desempeña un papel fundamental, especialmente en las Unidades de Ictus, donde el personal de enfermería es responsable de tareas esenciales como la monitorización del paciente, el control de constantes vitales, la administración de tratamientos específicos como la trombólisis intravenosa (cuando está indicada), y el apoyo emocional y educativo tanto al paciente como a sus allegados. Su actuación en las fases iniciales del ictus es clave para la estabilidad del paciente y para favorecer una recuperación óptima.

Objetivos:

- Conocer que es el ictus agudo y sus consecuencias.

- Reconocer los síntomas del ictus isquémico.

- Conocer el papel de la enfermería en la atención de los pacientes con ictus isquémico agudo.

Material y Métodos:

Revisión bibliográfica de los últimos 10 años: bases de datos y páginas webs oficiales (PUBMED, MEDLINE, SCIELO ESPAÑA, GOOGLE ACADÉMICO, FONDO EDITORIAL ELSELVIER).

Artículos seleccionados: 10 artículos (bajo criterios de inclusión y exclusión).

Resultados:

El ictus isquémico cerebral es una emergencia médica con alto índice de morbimortalidad en todo el mundo.

Es la primera causa de discapacidad en adultos.

Es importante saber reconocer sus síntomas para una actuación rápida y una atención médica temprana.

Existen factores de riesgo de esta enfermedad:

- Modificables: HTA, cardiopatía, tabaquismo, anemia, estenosis carotídea, AIT.

- Potencialmente modificables: DM e hipertrofia ventricular izquierda.

- No modificables: edad, sexo, malformaciones congénitas, factores hereditarios, etnia y localización geográfica.

En cuanto a los síntomas:

-Motilidad: pérdida de fuerza en los miembros, desviación de la comisura labial.

-Sensibilidad: hormigueo, adormecimiento en miembros o en la cara.

-Lenguaje: dificultad en la articulación de las palabras, imposibilidad de reconocer o nombrar objetos o comprender frases.

-Visión: pérdida parcial del campo visual, ceguera unilateral transitoria.

-Otros: dificultad en la deglución, inestabilidad, mareos.

El manejo del ictus isquémico cuando llega al hospital se realiza en la Unidad Ictus con un equipo multidisciplinar donde la enfermera tiene un papel primordial:

- Monitorización del paciente a la llegada a la Unidad (TA, monitorización cardiaca, pulsioxímetro)

- Temperatura corporal

- Glucemia capilar

- Comprobación de permeabilidad de vía venosa periférica y canalizar nueva si no funciona.

- Administración de tratamiento fibrinolítico según pauta de Neurólogo responsable.

- Control de TA durante el tratamiento fibrinolítico y posteriormente según protocolo de cada Unidad.

- Valoración neurológica periódica según protocolo de cada Unidad.

Conclusiones:

El ictus isquémico agudo es una emergencia médica que requiere una atención inmediata y protocolizada para reducir al máximo sus graves consecuencias. La aplicación de un protocolo de actuación eficaz mejora significativamente el pronóstico del paciente, disminuye la discapacidad a largo plazo y optimiza el uso de los recursos sanitarios. En este proceso, la enfermería juega un papel clave, no solo por su competencia técnica en la administración del tratamiento fibrinolítico, sino también por su capacidad para proporcionar cuidados integrales, vigilancia continua y apoyo tanto al paciente como a su entorno. La formación, experiencia y compromiso del personal de enfermería son fundamentales para garantizar una atención de calidad en las Unidades de Ictus.

Bibliografía

1. Matias- Guiu J, coordinador. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Plan de Calidad. Gobierno de España; 2015

2. Bender del Busto, J. (2019). Las enfermedades cerebrovasculares como problema de salud. Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía, de https://revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/335/552.

3. Sanjuan, E., Pancorbo, O., Santana, K., Miñarro, O., Sala, V., Muchada, M., ... & Rubiera, M. (2020). Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus. Neurología.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 108

Papel de la enfermería en el estudio electrofisiológico cardíaco

Gutiérrez del Val, Guillermo
Corchero Rodríguez, Ana

Papel de la enfermería en el estudio electrofisiológico cardiaco

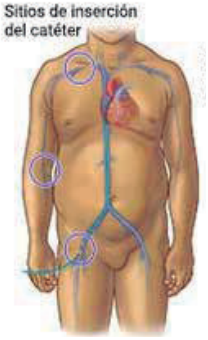
Gutiérrez del Val, Guillermo, Corchero Rodríguez, Ana

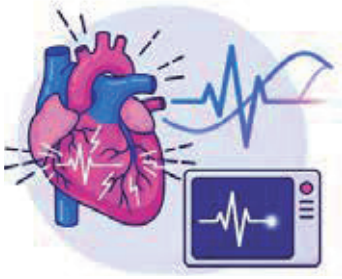
INTRODUCCIÓN

El estudio electrofisiológico (EEF) es una técnica que permite valorar el sistema de conducción cardiaco mediante la inserción de catéteres. Es utilizada en el diagnóstico y tratamiento de arritmias complejas y en la selección de terapias como ablaciones.

OBJETIVOS

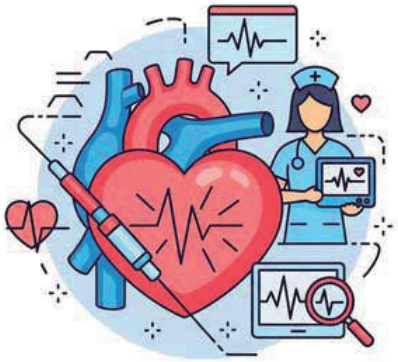
- Describir el procedimiento del estudio electrofisiológico desde la perspectiva enfermera.
- Establecer las pautas de actuación enfermera en cada fase del procedimiento.





MATERIALES Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la que se han utilizado los buscadores de PUBMED, google scholar, y artículos de revistas especializadas.



RESULTADOS

Algunos estudios indician que previamente el paciente puede ser o no ingresado en la unidad, pero deben cumplir siempre con las recomendaciones pautadas previas.

En el proceso previo de la prueba varios autores coinciden en que se debe realizar una toma de constantes previas, realizar ECG y banalizar VVP. Además de mantener un ayuno de 8 horas. Un estudio incluido en la revisión afirma que la medicación pautada puede ser administrada salvo contraindicación médica también el rasurado de la zona femoral y torácica. En este proceso previo se ha visto que la ducha con jabón bactericida es beneficiosa para reducir el riesgo de infecciones.

En el desarrollo de la prueba el papel de la enfermería es fundamental. Dos estudios incluidos en la revisión mencionan la verificación de identidad, comprobación del consentimiento y comenzar el monitoreo del paciente.

En cuanto a los cuidados posteriores: hay disparidad de opiniones ya que dos estudios refieren ser necesarios movilizar a las 4 horas en cambio otros estudios mantienen que hasta las 8 horas es mejor no movilizar. En los 4 estudios se colocan posteriormente un apósito estéril y compresivo y a su llegada a planta se toman constantes, se valora NDC y se realiza inspección de la zona.

CONCLUSIÓN

El EEF es una prueba imprescindible para el manejo de arritmias cardiacas. La enfermería desempeña un papel clave en el procedimiento, garantizando la seguridad y bienestar del paciente. La aplicación sistemática de protocolos basados en la evidencia permite una atención homogénea, eficaz y segura en este contexto.

La enfermera será la encargada de transmitir información sobre los cuidados como: mantener reposo relativo y no conducir las primeras 48 h, vigilar el punto de punción, evitar esfuerzos, signos por los que acudir a urgencias , lavar la zona de punción con agua y jabón realizando un buen sacado.

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: *El estudio electrofisiológico (EEF) consiste en evaluar el sistema de conducción eléctrica del corazón, permitiendo diagnosticar arritmias y así orientar el tratamiento. Las intervenciones de enfermerías son esenciales en las fases del antes, durante y después del procedimiento, con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente y la calidad asistencial mediante protocolos sistematizados. En este capítulo se abordan los aspectos técnicos y cuidados específicos que la enfermera realiza a lo largo del procedimiento.*

Palabras Clave: *Electrophysiology - Advanced Practice Nursing - Cardiac Arrhythmias*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El estudio electrofisiológico es una técnica que permite valorar el sistema de conducción cardiaco mediante la inserción de catéteres en el interior de las cavidades cardíacas guiados por fluoroscopia. Es utilizada en el diagnóstico y tratamiento de arritmias complejas, en la evaluación de síncopes de origen desconocido y en la selección de terapias como ablaciones o uso de dispositivos implantables.

Objetivos:

- Describir el procedimiento del estudio electrofisiológico desde la perspectiva enfermera.
- Establecer las pautas de actuación enfermera en cada fase del procedimiento.
- Garantizar la seguridad del paciente y la eficacia clínica mediante una atención protocolizada y basada en la evidencia.

Material y Métodos:

El presente trabajo se basa en una revisión bibliográfica en la que se han utilizado los buscadores de PUBMED, google scholar, y artículos de revistas especializadas. A partir de ellos, se sintetizan los cuidados de enfermería asociados al EEF según las fases del procedimiento: pre, intra y postoperatoria. Se han incluido cuatro artículos y se han seguido los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Documentos que aborden el estudio electrofisiológico y los cuidados de enfermería.
- Publicaciones en español y en inglés con acceso al texto completo.
- Protocolos y artículos publicados en los últimos 15 años.

Criterios de exclusión:

- Estudios sin intervención enfermera.
- Artículos duplicados o sin acceso completo.

Resultados:

El día previo al estudio el paciente puede ser o no ingresado en la unidad hospitalaria. Cuando llega a la unidad de ingreso, el paciente recibe la información sobre el procedimiento por parte de enfermería, se toman las constantes, se canaliza vía venosa, se realiza electrocardiograma de 12 derivaciones y se podría sacar analítica si indicación médica. El ayuno debe iniciarse 8 horas antes del estudio.

A primera hora de la mañana se rasura el área femoral y torácica además de la retirada de prótesis movibles, objetos metálicos y maquillaje. Se procede a la ducha con jabón bactericida y preparación preprocedimiento, se administrará la medicación según tratamiento pautado.

Durante el procedimiento el personal de enfermería verifica identidad, consentimiento informado y estado físico del paciente. Se coloca en decúbito supino, se monitoriza el ECG de 12 derivaciones y constantes vitales. La enfermera instrumentista se viste con plomo, prepara el campo quirúrgico y colabora en la colocación de catéteres y el registro de señales intracavitarias.

Posteriormente se retiran los catéteres y se realiza compresión manual en el punto d punción, se colocará apósito estéril - compresivo y se traslada al paciente a planta.

A su llegada a planta la enfermera verificará la historia clínica y lectura del informe médico y enfermero de la sala de procedimiento, se tomará constantes, y valorará el estado de conciencia y realizará una inspección visual donde se vigilará además del punto de punción por riesgo de sangrado, el estado del vendaje y permeabilidad de las vías. La movilización se pautará por parte del médico a las 4-8 horas según el acceso utilizado. Si la sutura es en 8 se retirará 8 horas tras la retirada del catéter si no hay contraindicación.

Aunque es infrecuente, pueden existir riesgos como: hematoma, hemorragia, taponamiento cardiaco o tromboembolismo, entre otros. La enfermería debe vigilar signos de alarma como dolor torácico, hipotensión o sangrado en la zona de punción

En lo relacionado a la educación sanitaria y recomendaciones al alta, la enfermera le instruirá sobre los cuidados como mantener reposo relativo y no conducir las primeras 48 h, vigilar el punto de punción, evitar esfuerzos, y signos por los que acudir a urgencias (dolor torácico, fiebre, sangrado persistente, entumecimiento), lavar la zona de punción con agua y jabón realizando un buen sacado.

Conclusiones:

El EEF es una prueba imprescindible para el manejo de arritmias cardiacas. La enfermería desempeña un papel clave en la preparación, ejecución y seguimiento del procedimiento, garantizando la seguridad, bienestar y satisfacción del paciente. La aplicación sistemática de protocolos basados en la evidencia permite una atención homogénea, eficaz y segura en este contexto clínico

Bibliografía

1. Martínez Coco MT, Pablos Irazola C. Protocolo de actuación de enfermería en el estudio electrofisiológico. Rev Esp Cardiol. [Internet]. 2016 [citado14 de junio de 2025]. 2016;69(Supl 1):1241.

2. Fernández-Pérez JM, González-Cotán F, Paneque-Sánchez-Toscano I, Pinilla-Jiménez C. Procedimiento de actuación de enfermería en la ablación mediante radiofrecuencia de la fibrilación auricular. Cardiocore. [Internet]. 2010 [citado14 de junio de 2025]; 45(3):115–119.

3. Fernández-Pérez JM, Paneque-Sánchez-Toscano I, González-Cotán F, Pinilla-Jiménez C. Registro de cuidados para pacientes tratados en un laboratorio de electrofisiología. Cardiocore. [Internet] 2011 [citado14 de junio de 2025] ;46(3):45–50.

4. Martín Tomé F, López Sainz MJ, Morala Salán E. Estudio electrofisiológico diagnóstico. En: Manual de Enfermería en Arritmias y Electrofisiología. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; [Internet]. 2010 [citado14 de junio de 2025].

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 109

Papel de los anticonceptivos hormonales en pacientes con migraña: Riesgo de ictus.

Jiménez López, Lucía
Pozuelo Serrano, Irene
Ruiz Torres, Silvia
Rodríguez Sánchez, Fernando
Zarza Ramírez, Manuel
Crespo Torre, Elsa

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

PAPEL DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES EN PACIENTES CON MIGRAÑA: RIESGO DE ICTUS

Elsa Crespo Torres, Lucía Jiménez López, Irene Pozuelo Serrano, Fernando Rodríguez Sánchez, Silvia Ruiz Torres, Manuel Zarza Ramírez

INTRODUCCIÓN

La **migraña** afecta aproximadamente al **43% de las mujeres en edad reproductiva**, y cerca de un tercio de ellas presenta migraña con aura, una condición neurológica que ha sido identificada como factor de riesgo vascular. Es por ello que **su posible interacción con la anticoncepción hormonal (ACH)** ha generado preocupación por su potencial **asociación con el accidente cerebrovascular (ACV)**, lo que plantea la necesidad de analizar sus efectos.

OBJETIVOS

- Explorar la **relación entre ACH y el riesgo de ACV** en mujeres en edad fértil que padecen de **migraña**.
- Analizar las **diferencias** en el riesgo **según el tipo** de migraña.
- Resaltar la importancia de una **evaluación individualizada**.
- Proporcionar información basada en evidencia para apoyar la **toma de decisiones informada**.

METODOLOGÍA

Se realizaron búsquedas en **PubMed**, **Scopus** y **Web of Science**, utilizando términos MeSH relacionados con “stroke”, “migraine”, “hormonal contraceptives”

Criterios de inclusión: actualidad (estudios que fechan a partir de 2015), y con acceso directo en español o inglés.

Criterios de exclusión: se evalúa el riesgo de los factores por separado y no asociado (ACH y migrañas)

RESULTADOS

- La presencia de **migraña con aura** asociada a ACH **multiplica por 6 el riesgo de ictus** , por lo que su uso en pacientes con este perfil está desaconsejado.
- **Aumento del riesgo hasta 3 veces más** respecto a mujeres **sin aura** que también usan ACH, menos significativo respecto a la migraña con aura.
- Se sugiere un **efecto procoagulante y alteración vascular** como posibles mecanismos compartidos.

CONCLUSIONES

El uso de ACH en mujeres con migraña con aura supone un **riesgo importante de ACV**, por lo que su asociación está contraindicada, no obstante, respecto a la **migraña sin aura**, el **riesgo debe valorarse** de forma individual.

En este sentido, resulta clave aplicar una **valoración integral** en la que la **Enfermería juega un papel esencial** de cara a la detección, educación y seguimiento de estas pacientes.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Tepper NK, Whiteman MK, Zapata LB, Marchbanks PA, Curtis KM. Safety of hormonal contraceptives among women with migraine: A systematic review. Contraception [Internet]. 2016;94(6):630–40.
2. Batur P, Yao M, Bucklan J, Soni P, Suneja A, Farrell R, et al. Use of combined hormonal contraception and stroke: A case-control study of the impact of migraine type and estrogen dose on ischemic stroke risk. Headache. 2023;63(6):813–21.
3. Champaloux SW, Tepper NK, Monsour M, Curtis KM, Whiteman MK, Marchbanks PA, et al. Use of combined hormonal contraceptives among women with migraines and risk of ischemic stroke. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2017;216(5):489.e1-489.e7.
4. Ornello R, Canonico M, Merki-Feld GS, Kurth T, Lidegaard Ø, MacGregor EA, et al. Migraine, low-dose combined hormonal contraceptives, and ischemic stroke in young women: a systematic review and suggestions for future research. Expert Rev Neurother [Internet]. 2020;20(4):313–7.
5. Edris FE, Alasiri RAA, Albukhari AF, Sadiq MA, Alahmadi WM, Alruwaili AR, et al. Assessment of Women's Awareness of the Possible Risk of Stroke Associated with the Use of Oral Contraceptives Pills in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. Med. 2025;61(2):1–13.

Resumen: *La migraña, frecuente en mujeres en edad reproductiva, especialmente con aura, se asocia a un mayor riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), riesgo que se incrementa con el uso de anticonceptivos hormonales (ACH).*

Este trabajo, basado en una revisión bibliográfica, analiza dicha relación y resalta la importancia de diferenciar entre migraña con aura y sin aura.

La evidencia sugiere que las mujeres con migraña con aura que utilizan ACH tienen un riesgo significativamente mayor de sufrir ACV.

Se concluye que es fundamental una evaluación médica individualizada para garantizar una anticoncepción segura y adecuada, priorizando la salud vascular de la mujer.

Palabras Clave: *Stroke - Migraine - Hormonal contraceptives*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La migraña es un tipo de cefalea primaria muy común, especialmente prevalente en mujeres durante su etapa reproductiva. Esta condición ha sido reconocida como un posible factor de riesgo para el desarrollo de accidentes cerebrovasculares (ACV), lo cual ha despertado el interés de la comunidad médica debido a sus implicancias en la salud pública y en la planificación del cuidado preventivo de las mujeres jóvenes.

Diferentes investigaciones científicas han demostrado que, cuando la migraña se presenta en mujeres que además utilizan anticonceptivos hormonales (ACH), el riesgo de padecer un ACV puede aumentar de forma significativa. Esta asociación entre ambos factores cobra especial importancia en los casos de migraña con aura, ya que se ha observado que la combinación de esta forma particular de migraña con el uso de ACH parece tener un impacto más pronunciado sobre la salud vascular de las mujeres.

Por este motivo, se hace necesario un análisis profundo que permita entender la relación entre migraña, tipo de aura, uso de anticonceptivos hormonales y su implicancia en el riesgo de ACV.

Objetivos:

El objetivo principal de este trabajo consiste en explorar la posible relación entre el uso de ACH y el riesgo de sufrir un ACV en mujeres que padecen migrañas. Se pretende identificar si la presencia de aura constituye un factor modificador de este riesgo.

Entre los objetivos específicos se destacan:

• Analizar y comparar las diferencias en el nivel de riesgo según se trate de migraña con aura o sin aura.

• Resaltar la importancia de realizar una evaluación médica personalizada en mujeres con migrañas antes de prescribir métodos anticonceptivos hormonales, a fin de prevenir complicaciones cardiovasculares.

Metodología:

El presente trabajo se desarrolló bajo la modalidad de revisión bibliográfica, basada en una búsqueda de artículos científicos en bases de datos reconocidas a nivel internacional, tales como PubMed, Scopus y Web of Science.

Para optimizar la búsqueda y obtener resultados relevantes, se utilizaron descriptores MeSH relacionados con los términos “stroke” (ACV), “migraine” (migraña) y “hormonal contraceptives” (anticonceptivos hormonales).

Los estudios seleccionados fueron filtrados según criterios de inclusión previamente definidos, entre los cuales se consideraron el idioma de la publicación (priorizando estudios escritos en inglés y español), la actualidad de los artículos (se prefirió bibliografía publicada en los últimos 10 años), y a relevancia clínica en relación con el objetivo de esta investigación.

Además, se excluyeron aquellos artículos que no presentaban evidencia directa sobre la relación entre migraña, ACH y riesgo de ACV.

Resultados:

La migraña es una condición neurológica que afecta a una parte considerable de la población femenina en edad fértil. Se estima que, en este grupo, puede constituir un factor de riesgo independiente para sufrir un accidente cerebrovascular, incluso en ausencia de otros factores predisponentes.

Este riesgo cobra mayor relevancia cuando las mujeres con migraña utilizan anticonceptivos hormonales, especialmente los que contienen estrógenos. La evidencia indica que esta combinación puede aumentar significativamente las probabilidades de padecer un evento cerebrovascular, en particular si se trata de migraña con aura.

Las migrañas con aura se caracterizan por la aparición de síntomas neurológicos transitorios previos a la cefalea, como alteraciones visuales (destellos, visión borrosa), parestesias, debilidad muscular o dificultades en el habla. Estas manifestaciones neurológicas indican una afectación más compleja del sistema nervioso y se han asociado con una mayor vulnerabilidad a eventos vasculares, como el ACV

Estudios recientes han mostrado que las mujeres que padecen migraña con aura y usan ACH pueden tener hasta seis veces más riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular isquémico en comparación con mujeres sin migraña y que no usan anticonceptivos hormonales. Este aumento del riesgo se atribuye a mecanismos fisiopatológicos como la hipercoagulabilidad, disfunción endotelial y fenómenos de vasoconstricción arterial.

Por otro lado, las migrañas sin aura también han sido asociadas a un aumento en el riesgo de ACV, pero este incremento es menos marcado. La evidencia actual no es concluyente respecto a si la combinación de migraña sin aura y ACH representa un riesgo clínicamente significativo, aunque algunos estudios sugieren una asociación moderada. A pesar de ello, la combinación de factores sigue siendo motivo de atención médica.

Por tanto, resulta esencial que las decisiones sobre el uso de anticonceptivos hormonales en mujeres con migraña se basen en una evaluación médica individualizada que considere no solo el tipo de migraña (con o sin aura), sino también otro tipo de factores de riesgo cardiovascular como hipertensión, tabaquismo, antecedentes familiares, obesidad o presencia de trombofilias.

Conclusión:

A partir del análisis de la literatura revisada, se concluye que existe una relación significativa entre el uso de anticonceptivos hormonales y el aumento del riesgo de sufrir accidentes cerebrovasculares en mujeres que padecen migrañas, particularmente en aquellas con migraña con aura.

La presencia de aura actúa como un factor amplificador del riesgo vascular, lo que convierte a esta población en un grupo especialmente vulnerable. En cambio, la migraña sin aura, aunque también presenta cierta asociación con el riesgo de ACV, lo hace en un grado menor y menos claro.

Estas diferencias evidencian la necesidad de clasificar correctamente el tipo de migraña al momento de indicar anticoncepción hormonal.

Así mismo, se destaca por la importancia de realizar una evaluación médica personalizada, que considere tanto el tipo de migraña como los factores de riesgo individuales, con el objetivo de minimizar las posibles complicaciones y ofrecer a cada mujer la alternativa anticonceptiva más segura, eficaz y acorde a sus necesidades clínicas y personales.

Bibliografía

1. Tepper NK, Whiteman MK, Zapata LB, Marchbanks PA, Curtis KM. Safety of hormonal contraceptives among women with migraine: A systematic review. Contraception [Internet]. 2016;94(6):630–40.

2. Batur P, Yao M, Bucklan J, Soni P, Suneja A, Farrell R, et al. Use of combined hormonal contraception and stroke: A case-control study of the impact of migraine type and estrogen dose on ischemic stroke risk. Headache. 2023;63(6):813–21.

3. Champaloux SW, Tepper NK, Monsour M, Curtis KM, Whiteman MK, Marchbanks PA, et al. Use of combined hormonal contraceptives among women with migraines and risk of ischemic stroke. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2017;216(5):489.e1-489.e7.

4. Ornello R, Canonico M, Merki-Feld GS, Kurth T, Lidegaard Ø, MacGregor EA, et al. Migraine, low-dose combined hormonal contraceptives, and ischemic stroke in young women: a systematic review and suggestions for future research. Expert Rev Neurother [Internet]. 2020;20(4):313–7.

5. Edris FE, Alasiri RAA, Albukhari AF, Sadiq MA, Alahmadi WM, Alruwaili AR, et al. Assessment of Women's Awareness of the Possible Risk of Stroke Associated with the Use of Oral Contraceptives Pills in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. Med. 2025;61(2):1–13.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 110

Papel de Enfermero tras colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

Carrera Enriquez, Cristina

PAPEL DE ENFERMERO TRAS COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPRE)

Autor: Cristina Carrera Enríquez

INTRODUCCIÓN

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento que combina el uso de endoscopia y fluoroscopia para diagnosticar y tratar problemas en los conductos biliares y pancreáticos.

La CPRE, a pesar de ser un procedimiento altamente eficaz para tratar afecciones de la vía biliar y pancreática, presenta un riesgo significativo de complicaciones, lo que hace imprescindible un cuidado integral posterior. En este contexto, el rol del personal de enfermería es fundamental para garantizar la seguridad y bienestar del paciente tras la intervención.

OBJETIVOS

Analizar y describir el papel del personal de enfermería en el cuidado integral del paciente tras la realización de una CPRE.

Identificar las principales complicaciones post-CPRE.

Describir las intervenciones de enfermería relacionadas con el manejo y prevención de las complicaciones.

Evaluar la importancia de la monitorización continua.

METODOLOGÍA

-Se realiza una revisión bibliográfica actualizada durante 3 meses.-Han sido consultadas diferentes bases de datos como: CINAHL, Cuiden, Medline. Han sido seleccionados 15 artículos publicados entre 2017-2024 (español e inglés).

-Descriptores: Complicaciones; CPRE; Cuidados postquirúrgicos; Enfermería; ERCP; nursing.

RESULTADOS

COMPLICACIONES

Pancreatitis aguda. (la más frecuente).
Infecciones. (ej.Colangitis).
Hemorragia .
Perforación .

Las intervenciones de enfermería identificadas como más eficaces para la prevención de complicaciones son la **monitorización de constantes** y **control los niveles de amilasa.**
También es eficaz la administración de antibióticos profilácticos y el uso adecuado de técnicas antisépticas.

Destacamos el manejo del dolor mediante la administración de **antiinflamatorios** como intervención crucial tras la CPRE.

La identificación temprana de alteraciones (hipotensión, aumento de enzimas pancreáticas) da lugar a una intervención oportuna, reduciendo así la gravedad de las complicaciones.

CONCLUSIONES

Numerosos trabajos evidencian que la CPRE a pesar de sus beneficios, incluye la posibilidad alta de complicaciones, lo que hace que la vigilancia postoperatoria y los cuidados de enfermería sean fundamentales para detectar y tratar cualquier complicación de manera oportuna.

Se identificaron áreas de mejora en la comunicación multidisciplinaria entre el equipo médico y de enfermería, lo que podría optimizar el manejo post-CPRE, así como falta de comprensión sobre algunos aspectos por parte de los pacientes, lo que resalta la necesidad de reforzar la educación sanitaria y el seguimiento post-CPRE tras el alta. Proponemos un protocolo de cuidados post- CPRE, especialmente en lo que respecta a la educación del paciente y la implementación de guías claras para el manejo del dolor.

BIBLIOGRAFIA

1. Chandrasekhara V, Khashab MA, Muthusamy VR, Acosta RD, Agrawal D, Bruining DH, et al. Adverse events associated with ERCP. Gastrointest Endosc. 2017;85(1):32–47. doi: 10.1016/j.gie.2016.06.051.
2. García Fernández C, Díez Arias A. Procedimiento de Enfermería en la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE). TEYS [Internet]. 6 de marzo de 2022 [citado 27 de septiembre de 2024];3(11):24–7. Disponible en: https://tiempoysaberenenfermeriaysalud.es/journal/article/view/120
3. Investigación RS. Caso clínico: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) [Internet]. 🔎 RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 27 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-colangiopancreatografia-retrograda-endoscopica-cpre/

SATSE

Resumen: *La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) es un procedimiento médico que combina endoscopia y radiografía para diagnosticar y tratar problemas en los conductos biliares y pancreáticos.*

La enfermería juega un papel crucial tanto antes, durante y después del procedimiento, desde la preparación del paciente hasta la vigilancia postoperatoria y el manejo de posibles complicaciones.

Palabras Clave: *Enfermería - Cuidados postquirúrgicos - Complicaciones*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento que combina el uso de endoscopia y fluoroscopia para diagnosticar y tratar problemas en los conductos biliares y pancreáticos.

La CPRE, a pesar de ser un procedimiento altamente eficaz para tratar afecciones de la vía biliar y pancreática, presenta un riesgo significativo de complicaciones, lo que hace imprescindible un cuidado integral posterior. En este contexto, el rol del personal de enfermería es fundamental para garantizar la seguridad y bienestar del paciente tras la intervención.

Objetivos:

Analizar y describir el papel del personal de enfermería en el cuidado integral del paciente tras la realización de una CPRE.

Identificar las principales complicaciones post-CPRE.

Describir las intervenciones de enfermería relacionadas con el manejo y prevención de las complicaciones.

Evaluar la importancia de la monitorización continua.

Metodología:

Se realiza una revisión bibliográfica actualizada durante 3 meses. Han sido consultadas diferentes bases de datos como: CINAHL, Cuiden, Medline. Han sido seleccionados 15 artículos publicados entre 2017-2024 (español e inglés).

Descriptores: Complicaciones, CPRE, Cuidados postquirúrgicos, Enfermería, ERCP, nursing.

Resultados:

Las intervenciones de enfermería identificadas como más eficaces para la prevención de complicaciones son la **monitorización de constantes y control los niveles de amilasa**.

También es eficaz la administración de antibióticos profilácticos y el uso adecuado de técnicas antisépticas.

Respecto a las complicaciones post-CPRE la más frecuente es la **Pancreatitis aguda**, seguida de infecciones como la colangitis, hemorragias o perforación duodenal o de los conductos biliares o pancreáticos.

Destacamos el manejo del dolor mediante la administración de **antiinflamatorios** como intervención crucial tras la CPRE.

La identificación temprana de alteraciones (hipotensión, aumento de enzimas pancreáticas) da lugar a una intervención oportuna, reduciendo así la gravedad de las complicaciones.

La enfermería es un componente esencial en el equipo de salud que realiza la CPRE, contribuyendo a la seguridad, comodidad y bienestar del paciente durante todo el proceso.

Bibliografía

1. Chandrasekhara V, Khashab MA, Muthusamy VR, Acosta RD, Agrawal D, Bruining DH, et al. Adverse events associated with ERCP. Gastrointest Endosc. 2017;85(1):32-47. doi: 10.1016/j.gie.2016.06.051.

2. García Fernández C, Díez Arias A. Procedimiento de Enfermería en la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE). TEYS [Internet]. 6 de marzo de 2022 [citado 27 de septiembre de 2024];3(11):24-7. Disponible en: https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/120

3. Investigación RS. Caso clínico: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado el 27 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-colangiopancreatografia retrograda-endoscopica-cpre/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 111

Patología dual a propósito de un caso

Castro Gil María de las Mercedes
Becerro Sánchez Itsaso
Buceta Martínez Silvia

Patología dual a propósito de un caso

María de las Mercedes Castro Gil Enfermera especialista en salud mental Salamanca
Itchaso Becerro Sánchez Enfermera especialista en salud mental Bizkaia
Silvia Buceta Martínez Enfermera en Pontevedra

Introducción al Caso clínico: El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una alteración grave del funcionamiento psíquico que se manifiesta principalmente a través de una marcada inestabilidad emocional, impulsividad, relaciones interpersonales conflictivas y una autoimagen distorsionada. La coexistencia de este trastorno con el consumo de sustancias es relativamente frecuente y puede agravar significativamente el curso clínico. Este caso clínico presenta a una paciente joven con diagnóstico de TLP y antecedentes de policonsumo, lo que permite reflexionar sobre el enfoque integral de los cuidados de enfermería en contextos de salud mental.

Observación clínica *Datos generales:* Paciente mujer de 23 años, soltera, sin empleo actual y con estudios secundarios incompletos. Vive sola en un piso tutelado desde hace varios meses tras pasar por diferentes recursos residenciales. *Motivo de ingreso*: Ingreso urgente en unidad psiquiátrica tras intento autolítico con sobredosis de benzodiacepinas combinado con alcohol. *Antecedentes clínicos relevantes:* Diagnóstico de TLP desde los 18 años. Consumo habitual de cannabis y alcohol desde los 16 años, así como uso esporádico de benzodiacepinas sin prescripción. Múltiples episodios de autolesiones previos, así como hospitalizaciones breves por crisis de ansiedad e ideación suicida. Historia familiar marcada por negligencia y episodios de abuso emocional*. Valoración enfermera* (modelo de Virginia Henderson):

Plan de cuidados de enfermería Diagnósticos enfermeros prioritarios (NANDA):

Necesidad básica	Valoración de la paciente
1. Respirar normalmente	Sin alteraciones respiratorias.
2. Comer y beber adecuadamente	Alimentación inadecuada en contextos de estrés emocional. Hidratación ocasionalmente pobre
3. Eliminar los desechos corporales	Función normal, sin alteraciones.
4. Moverse y mantener una buena postura	Patrón de movilidad y postura conservados.
5. Dormir y descansar	Sueño alterado: insomnio frecuente y pesadillas.
6. Vestirse y desvestirse	Dificultades ocasionales por apatía y falta de motivación.
7. Mantener la temperatura corporal	No se observan necesidades
8. Mantener la higiene corporal	Higiene personal descuidada en fases de descompensación.
9. Evitar peligros ambientales	Alto riesgo de autolesiones. Impulsividad no controlada.
10. Comunicarse	Comunicación variable, cambios bruscos en el estado de ánimo.
11. Vivir según sus valores y creencias	Sentimiento de vacío, sin objetivos vitales definidos.
12. Ocuparse en algo que le dé sentido	No trabaja. Presenta frustración por falta de realización.
13. Participar en actividades recreativas	Aislamiento social y falta de interés en actividades lúdicas.
14. Aprender	Baja adherencia a tratamientos y escasa motivación terapéutica.

Diagnósticos enfermeros prioritarios (NANDA)	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
Riesgo de suicidio relacionado con impulsividad y consumo de sustancias	Favorecer el control de impulsos y reducción del riesgo autolítico	Supervisión estrecha y control del entorno para prevenir conductas de riesgo
Trastorno del patrón del sueño relacionado con ansiedad y alteración del estado anímico	Establecer una rutina de descanso adecuada	Apoyo emocional continuo, favoreciendo una relación terapéutica estable y sin juicios
Afrontamiento ineficaz ante el estrés y las relaciones sociales	Mejorar la capacidad de afrontamiento ante situaciones emocionales difíciles	Información y sensibilización sobre los efectos del consumo de sustancias
Déficit en el autocuidado relacionado con apatía, baja autoestima y desmotivación	Fomentar el autocuidado progresivo en la higiene y la alimentación	Estimulación de rutinas básicas y establecimiento de objetivos diarios realistas
		Fomento de la participación en dinámicas grupales e intervención psicoeducativa

Discusión El abordaje del TLP en pacientes jóvenes con adicciones requiere una intervención centrada tanto en la contención emocional como en la promoción de hábitos saludables. En este caso, la impulsividad y el sentimiento de vacío contribuyen al consumo de sustancias como mecanismo de regulación emocional. La intervención desde enfermería no solo debe ser técnica, sino también humana, basada en la empatía, el acompañamiento continuo y el establecimiento de límites claros. Además, es fundamental trabajar en coordinación con el equipo interdisciplinar para asegurar la continuidad del tratamiento y la inclusión en recursos comunitarios adecuados.

Conclusiones Este caso evidencia la necesidad de una atención integral y sostenida para pacientes con TLP y consumo de sustancias. La enfermería desempeña un papel fundamental en la prevención de recaídas, la mejora del autocuidado y la contención emocional, siendo muchas veces la figura de mayor proximidad para estos pacientes. El acompañamiento, la escucha activa y el trabajo desde la confianza son herramientas esenciales para favorecer el proceso terapéutico y la evolución favorable a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: *El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) constituye una alteración grave del funcionamiento psíquico que se manifiesta principalmente a través de una inestabilidad emocional marcada, impulsividad, relaciones interpersonales conflictivas y una autoimagen distorsionada. Este caso clínico presenta a una paciente joven diagnosticada con TLP y antecedentes de poli consumo, permitiendo reflexionar sobre la necesidad de un enfoque integral de los cuidados de enfermería en el contexto de la salud mental.*

Palabras Clave: *TLP - Dual - Consumo*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) constituye una alteración grave del funcionamiento psíquico que se manifiesta principalmente a través de una inestabilidad emocional marcada, impulsividad, relaciones interpersonales conflictivas y una autoimagen distorsionada.

La coexistencia del TLP con el consumo de sustancias es una situación relativamente frecuente, que puede complicar de manera significativa el curso clínico del paciente. Este caso clínico presenta a una paciente joven diagnosticada con TLP y antecedentes de poli consumo, permitiendo reflexionar sobre la necesidad de un enfoque integral de los cuidados de enfermería en el contexto de la salud mental.

Observación Clínica:

Datos generales:

Sexo: Mujer

Edad: 23 años

Estado civil: Soltera

Situación laboral: Desempleada

Nivel educativo: Estudios secundarios incompletos

Situación vital: Vive sola en un piso tutelado desde hace varios meses, tras pasar por diferentes recursos residenciales.

Motivo de ingreso:

Ingreso urgente en unidad psiquiátrica tras intento autolítico mediante sobredosis de benzodiacepinas combinado con ingesta de alcohol.

Antecedentes clínicos relevantes:

Diagnóstico de TLP desde los 18 años.

Consumo habitual de cannabis y alcohol desde los 16 años.

Uso esporádico de benzodiacepinas sin prescripción médica.

Múltiples episodios de autolesiones previos, con hospitalizaciones breves por crisis de ansiedad e ideación suicida.

Historia familiar marcada por negligencia y episodios de abuso emocional.

Valoración enfermera

Modelo de Virginia Henderson:

Necesidad afectada: Valoración

Respirar normalmente: Sin alteraciones significativas.

Comer y beber adecuadamente: Alimentación irregular, con episodios de pérdida de apetito. Ingesta excesiva de alcohol como conducta sustitutiva.

Eliminar por todas las vías corporales: Normalidad en eliminación.

Moverse y mantener una postura adecuada: Sedentarismo. Falta de actividad física estructurada.

Dormir y descansar: Patrón de sueño alterado: insomnio y dificultad para conciliar el sueño.

Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse: Capacidad conservada. A veces descuido de la imagen personal en estados depresivos.

Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales: Sin alteraciones.

Mantener la higiene corporal e integridad de la piel: Higiene personal variable. Presencia de cicatrices por autolesiones previas.

Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otros: Alto riesgo de autolesión. Dificultades en la gestión de impulsos.

Comunicarse con los demás: Comunicación a veces hostil o evasiva. Dificultad para establecer vínculos estables.

Vivir según sus valores y creencias: Baja autoestima. Sentimiento de vacío existencial.

Ocuparse de algo de forma que su labor tenga sentido: Falta de motivación. No participa en actividades formativas ni laborales.

Recrearse: Ausencia de actividades placenteras o de ocio organizadas.

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad: Escaso interés por el aprendizaje o nuevos retos.

Plan de cuidados enfermería:

Diagnósticos enfermeros prioritarios (NANDA):

Diagnóstico Código NANDA Justificación

Riesgo de autolesión suicida.	00140	Historia previa de autolesiones y episodio reciente de intento
Afrontamiento ineficaz emocional.	00069	Uso de sustancias como mecanismo de afrontamiento
Patrón de sueño alterado	00198	Dificultad para dormir, insomnio persistente.
Deterioro del autocuidado de tratamiento.	00165	Descuidos en la higiene personal, alimentación y seguimiento
Déficit de conocimiento para el manejo emocional.	00126	Sobre los efectos del consumo de sustancias y herramientas
Aislamiento social	00053	Poca interacción con su entorno, dificultades para establecer relaciones.

Discusión:

El abordaje del Trastorno Límite de la Personalidad en pacientes jóvenes con adicciones exige una intervención enfermera centrada en dos pilares:

Contención emocional.

Promoción de hábitos saludables.

En este caso, se observa cómo la impulsividad y el sentimiento persistente de vacío actúan como desencadenantes del consumo de sustancias, utilizado como una forma de autorregulación emocional.

La intervención de enfermería debe ir más allá del acto técnico, enfocándose también en la dimensión humana, sustentada en:

La empatía

El acompañamiento continuo

El establecimiento de límites claros y consistentes

Asimismo, se subraya la importancia del trabajo en equipo: la coordinación con el equipo interdisciplinar es crucial para garantizar la continuidad del tratamiento y la vinculación con recursos comunitarios adecuados, como programas de rehabilitación, apoyo psicológico y redes sociales de apoyo.

Conclusiones:

Este caso clínico pone en evidencia la necesidad de una atención integral, continuada y especializada para pacientes con TLP y consumo de sustancias. En este proceso, el rol de la enfermería es clave, ya que representa con frecuencia la figura profesional más cercana y accesible para el paciente.

La enfermería tiene un papel determinante en:

La prevención de recaídas

La meiora del autocuidado

La contención emocional

Herramientas fundamentales como el acompañamiento terapéutico, la escucha activa, y el trabajo desde la confianza mutua son elementos esenciales para favorecer la evolución positiva a largo plazo del paciente.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2022). DSM-5-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed., texto revisado). Editorial Médica Panamericana. López, I., & Pérez, J. (2021).

2. Intervenciones enfermeras en pacientes con trastorno límite de la personalidad y comorbilidad con adicciones. Revista Española de Enfermería en Salud Mental, 13(2), 85–9

3. Martínez, L., & Rodríguez, C. (2020). Cuidados enfermeros en salud mental: Abordaje integral del paciente con trastorno límite de la personalidad. Editorial Síntesis.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 112

Pilotaje de Comunidades Terapéuticas: Una Propuesta de Aprendizaje Colaborativo en la Mejora de los Cuidados Básicos

Ramiro Montilla, Pilar
Manrique Romo, María Isabel
Arévalo Frutos, Isabel María
Suárez – Bárcena González, Laura
Fernández Camacho, Beatriz
Collada Fernandez, Laura

XVI CONGRESO
DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA:
INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO

PILOTAJE DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS:
UNA PROPUESTA DE APRENDIZAJE COLABORATIVO EN LA MEJORA DE LOS CUIDADOS BÁSICOS

Ramiro Montilla, P; Manrique Romo, MI; Arévalo Frutos, MI; Suárez – Bárcena González, L; Fernández Camacho, B; Collada Fernandez, L.

INTRODUCCIÓN

.**Escenario que representa un desafío para sistemas sanitarios tradicionalmente enfocados en patologías agudas:** El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional ha incrementado el número de personas en situación de dependencia

En Castilla-La Mancha, el Plan de Salud Horizonte 2025 y el Plan de Humanización impulsan una atención más integral, centrada en las personas y basada en la corresponsabilidad en los cuidados.

En este contexto surge el proyecto Comunidades Terapéuticas: iniciativa que busca generar espacios de aprendizaje colaborativo para profesionales, alumnos, cuidadores y pacientes, con el objetivo de:

- Actualizar y estandarizar conocimientos en cuidados básicos.
- Prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida.
- Promover la implicación activa de todos los agentes del cuidado.

OBJETIVOS

General: Evaluar la participación, satisfacción y propuestas de mejora tras el pilotaje del proyecto

Específicos:

- Analizar perfiles de participación.
- Valorar la satisfacción y utilidad percibida.
- Medir la disposición a recomendar las sesiones.
- Identificar barreras y sugerencias de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, desarrollado como fase de pilotaje del proyecto. Las temáticas abordadas fueron: cuidados básicos de la piel, higiene postural, manejo de la disfagia y cuidados respiratorios, con el objetivo de reducir errores frecuentes y prevenir complicaciones.

La inscripción se realizó a través de SOFOS y formulario web para participantes externos. Cada taller tuvo una duración de 45 minutos e integró contenidos teóricos, dinámicas participativas y espacios de diálogo.

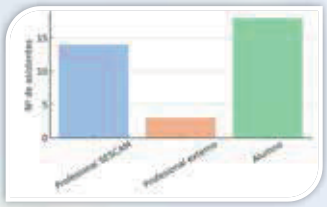
Se empleó un cuestionario anónimo para recoger datos. El análisis cuantitativo se realizó mediante estadísticos descriptivos y las respuestas abiertas se analizaron para identificar barreras y oportunidades de mejora..

RESULTADOS

Se obtuvo una media de 8 asistentes por sesión.

La participación fue positiva, aunque se observó una baja representación de pacientes y cuidadores, principales destinatarios del proyecto.

Se analizaron 36 cuestionarios.



- La mayoría de las respuestas correspondieron a profesionales del SESCAM (83 %).
- No se registraron respuestas de pacientes, familiares y cuidadores.

- La satisfacción general fue alta (media 4,89/5) y la recomendación positiva (media 8,94/10).

	N	Media	Desviación estándar
Del 1 al 5, ¿qué le ha parecido la sesión?	36	4,89	0,319
¿Qué probabilidades hay de que nos recomiende?	36	8,94	1,851

- El 86 % expresó intención de repetir la experiencia.

- El análisis cualitativo evidenció ampliación a otros centros y nuevos contenidos formativos relevantes.

CONCLUSIÓN

El proyecto ha mostrado buena acogida y utilidad percibida por los asistentes.

Las propuestas de mejora se orientan a mayor difusión, ajustes en horario y ubicación de las sesiones y ampliación de contenidos, permitiendo alinear mejor la intervención con las necesidades reales del entorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud, 2015. Informe mundial sobre envejecimiento y la salud. Ginebra, Suiza. (www.who.int)
2. Ramos Rodríguez, J.M., 2018. Aprendizaje colaborativo en Enfermería. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Monografía, Universidad de Cádiz (http://hdl.handle.net/10498/19945)
3. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025 [Internet]. Toledo: SESCAM; 2022 [citado 2025 mayo 30]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-de-salud
4. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria Horizonte 2025 [Internet]. Toledo: SESCAM; 2023 [citado 2025 mayo 30]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20230314/plan_de_humanizacion_asistencia_sanitaria_horizonte_25_clm_def_interactivo_v4.pptx_.pdf

Resumen: *El proyecto Comunidades Terapéuticas surge como una iniciativa de aprendizaje colaborativo dirigida a profesionales, cuidadores y pacientes en situación de dependencia. Se realizó un pilotaje entre abril y mayo de 2025 en una Gerencia de Castilla-La Mancha, con ocho talleres centrados en cuidados básicos. Se evaluó la participación, satisfacción y propuestas de mejora mediante cuestionario mixto. Los resultados muestran una buena acogida, pero baja participación del público prioritario. Las sugerencias recogidas orientan ajustes para futuras ediciones. Este pilotaje permite identificar barreras y áreas de mejora clave para una implementación más efectiva.*

Palabras Clave: *Cuidado de Enfermería - Educación en salud - Participación de la comunidad*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional han provocado un crecimiento en el número de personas en situación de dependencia, muchas de ellas con enfermedades crónicas complejas. Este contexto plantea retos importantes para un sistema sanitario históricamente orientado a la atención de patologías agudas (1,2).

Desde Castilla-La Mancha, el Plan de Salud Horizonte 2025 (3) y el Plan de Humanización (4) promueven una atención más integral y centrada en las personas, así como la corresponsabilidad en los cuidados. En este contexto se enmarca el proyecto Comunidades Terapéuticas, cuyo objetivo es ofrecer espacios de aprendizaje colaborativo dirigidos a profesionales sanitarios, personas cuidadoras y pacientes. Esta iniciativa busca promover la actualización y estandarización de conocimientos específicos en cuidados básicos, fomentar la prevención de complicaciones y la mejora de la calidad de vida, así como favorecer una implicación activa de todos los agentes implicados en el cuidado.

Objetivos:

- General: Realizar el pilotaje del proyecto Comunidades Terapéuticas con el fin de evaluar los niveles de participación y satisfacción de los asistentes, y así identificar oportunidades de mejora que orienten su futura implementación.

- Específicos:

1. Analizar el nivel de participación en las sesiones clínicas, diferenciando entre perfiles profesionales, pacientes y personas cuidadoras.

2. Evaluar la satisfacción general de los asistentes respecto al contenido, formato y utilidad de las sesiones.

3. Medir la disposición de los participantes a recomendar la actividad, como indicador de aceptación.

4. Analizar propuestas de mejora generadas por los participantes.

5. Identificar barreras en la participación, así como en la cumplimentación de cuestionarios de evaluación.

6. Detectar áreas de mejora.

Material y Métodos:

Se diseñó un estudio descriptivo transversal con enfoque mixto, desarrollado como fase de pilotaje del proyecto Comunidades Terapéuticas. Las sesiones clínicas se llevaron a cabo entre abril y mayo de 2025 en una Gerencia de Atención Integrada de Castilla-La Mancha, con una duración aproximada de 45 minutos por sesión. Se organizaron un total de ocho talleres, distribuidos en cuatro áreas clave: cuidados de la piel, higiene postural, manejo de la disfagia y cuidados respiratorios, con dos ediciones por temática, con el objetivo de reducir errores frecuentes y prevenir complicaciones.

Cada sesión combinó contenido teórico con dinámicas participativas, espacios de diálogo y resolución de dudas, orientados al intercambio de experiencias y a la construcción colectiva de conocimiento. El público objetivo estuvo conformado por profesionales sanitarios, estudiantes en formación, personas cuidadoras y pacientes en situación de dependencia, favoreciendo una visión integral del proceso asistencial. La inscripción a los talleres se realizó a través de la plataforma SOFOS y mediante un formulario web para facilitar el acceso a participantes externos a la gerencia.

Se analizaron variables relacionadas con la participación (según perfil: profesional, estudiante, paciente o cuidador/a), el nivel de satisfacción general (valorado en una escala de 1 a 5) y la disposición a recomendar la actividad (escala de 1 a 10). También se exploró la intención de repetir la experiencia en futuras ediciones y se recogieron propuestas de mejora a través de preguntas abiertas. El instrumento de recogida de datos fue un cuestionario anónimo, distribuido al finalizar cada sesión.

Para el análisis cuantitativo se aplicaron estadísticos descriptivos (media y desviación estándar). Las respuestas abiertas fueron analizadas cualitativamente mediante categorización temática, con el objetivo de identificar barreras percibidas y áreas de mejora sugeridas por los participantes.

Resultados:

Se llevaron a cabo un total de ocho talleres entre abril y mayo de 2025, con una asistencia media de 8 personas por sesión. Aunque la participación general fue positiva, se observó una baja representación de pacientes y personas cuidadoras, a pesar de ser el público prioritario del proyecto.

Se recopilaron 36 cuestionarios válidos, lo que representa una tasa de respuesta del 56,25 %. La mayoría de las respuestas correspondieron a profesionales del SESCAM (83 %), seguidos de profesionales externos (11 %) y estudiantes en formación (6 %). No se registraron respuestas de pacientes, familiares y cuidadores.

En algunas sesiones se identificó una baja tasa de respuesta al cuestionario de satisfacción, lo que limita el análisis global de los resultados. La satisfacción general con las sesiones fue elevada, con una media de 4,89 (DE = 0,319) puntos sobre 5. Del mismo modo, los niveles de recomendación fueron altos, con una media de 8,94 (DE = 1,851) sobre 10, lo que refleja una buena acogida de la iniciativa entre quienes asistieron. El 86 % de los encuestados manifestó su disposición a participar nuevamente en futuras ediciones.

El análisis cualitativo de las respuestas abiertas evidenció valoraciones positivas sobre el contenido y el formato. Sin embargo, se señalaron diversas áreas de mejora, entre ellas: la necesidad de una

mayor difusión, ajustes en los horarios, ampliación a otros centros (Atención Primaria y sociosanitarios), así como la incorporación de nuevos contenidos formativos como primeros auxilios, nutrición, ejercicio físico y autocuidado del cuidador.

Conclusiones:

El pilotaje del proyecto Comunidades Terapéuticas ha mostrado buena acogida y utilidad percibida por los asistentes. Sin embargo, la baja participación de pacientes y cuidadores señala la necesidad de mejorar la difusión y adaptar el formato.

Las propuestas recibidas orientan ajustes en horarios, contenidos y ubicación de las sesiones, permitiendo alinear mejor la intervención con las necesidades reales del entorno.

Bibliografí

1. Organización Mundial de la Salud, 2015. Informe mundial sobre envejecimiento y la salud. Ginebra, Suiza. (www.who.int)

2. Ramos Rodríguez, J.M., 2018. Aprendizaje colaborativo en Enfermería. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Monografía, Universidad de Cádiz (http://hdl.handle.net/10498/19945)

3. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025 [Internet]. Toledo: SESCAM; 2022 [citado 2025 mayo 30]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-de-salud

4. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria Horizonte 2025 [Inter et]. Toledo: SESCAM; 2023 [citado 2025 mayo 30]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20230314/plan_de_humanizacion_asistencia_sanitaria_horizonte_25_clm_def_interactivo_v4.pptx_.pdf

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 113

"Pinzamiento sondaje vesical para su retirada, ¿SI o NO?"

Núñez Sánchez- Migallón, Ana Belén
Piqueras Crespo, Lourdes
Lara Lozano, Elena
García- Muñoz López Menchero, Diana
Moreno Delgado, Tania

Pinzamiento sondaje vesical para su retirada, ¿SI o NO?

Ana Belén Núñez Sánchez- Migallón; Lourdes Piqueras Crespo; Elena Lara Lozano; Diana García- Muñoz López Menchero; Tania Moreno Delgado.

INTRODUCCIÓN

El sondaje vesical es una técnica común en pacientes hospitalizados, empleada en alrededor del 25% de los casos. Consiste en la inserción de una sonda a través de la uretra hasta la vejiga, con fines terapéuticos o diagnósticos. Sin embargo, esta intervención no está exenta de riesgos. Una de las complicaciones más frecuentes es la infección del tracto urinario asociada al uso de catéter, que representa un problema relevante de salud pública. Según el estudio EPINE 2024, las infecciones urinarias relacionadas con la asistencia sanitaria ocupan el tercer lugar en prevalencia, con una incidencia del 20,13%.

Dado este contexto, la retirada precoz de la sonda vesical se considera una medida fundamental para reducir complicaciones. No obstante, aún persiste la controversia sobre cuál es el procedimiento más adecuado en el momento de la retirada. La práctica clínica incluye dos enfoques principales: el pinzamiento previo de la sonda con entrenamiento vesical progresivo, o la retirada directa sin preparación previa. Determinar cuál de estas estrategias ofrece mejores resultados en términos de seguridad y eficacia es clave para optimizar el manejo por parte del personal sanitario y reducir las tasas de complicaciones post-sondaje.

OBJETIVOS

- Determinar si existe un momento del día más adecuado para la retirada del sondaje urinario en pacientes adultos.
- Comparar los efectos de pinzar la sonda vesical y realizar entrenamiento vesical previo frente a la retirada directa del catéter, en la prevención de complicaciones urinarias post-sondaje.
- Promover el manejo adecuado de la sonda vesical por parte de los profesionales sanitarios para prevenir complicaciones asociadas.

METODOLOGÍA

- Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, y Cochrane incluyendo aquellos metaanálisis, revisiones sistemáticas y protocolos posteriores al 2015.
- Se han usado como palabras claves las proporcionadas por el DeCS como: Cateterismo Urinario (Urinary Catheterization); Infecciones Urinarias (Urinary Tract Infections); Retención Urinaria (Urinary Retention).

RESULTADOS

	PINZAMIENTO DEL CATÉTER	HORA DE RETIRADA
MA ET AL. (2023) Metanálisis 3.908 participantes	↑ Infecciones y ↑ tiempo hasta la primera micción en sondajes < 7 días. Sin evidencia en > 7 días.	-
ELLAHI ET AL. (2021) Revisión Sistemática 12.241 participantes	Poca o ninguna diferencia respecto a infecciones o necesidad de nuevo sondaje.	Retirada a medianoche ↓ riesgo de nuevo sondaje frente a retirada en la mañana.
WANG LH ET AL. (2016) Metanálisis	↑ duración del sondaje, ↑ complicaciones y ↑ carga de trabajo de enfermería.	-
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA (2015) Protocolo	No se demuestra reducción de nuevos sondajes con pinzamiento.	Retirar la sonda a medianoche ya que ↑ volumen en primera micción, ↓ estancia hospitalaria, ↑ recuperación.

CONCLUSIÓN

Tras revisar la evidencia disponible, se pueden extraer algunas recomendaciones útiles para mejorar el manejo de la retirada del sondaje vesical en la práctica clínica diaria:

- Pinzar la sonda vesical antes de retirarla no aporta beneficios claros, y puede incluso aumentar el riesgo de complicaciones. Por tanto, no se recomienda hacerlo de forma rutinaria.
- La retirada del catéter durante la noche, especialmente entre las 22:00 y las 00:00 horas, parece ser el momento más adecuado, ya que se asocia con una mejor primera micción y una recuperación más rápida del patrón urinario.

XVI CONGRESO DE INVESTIGACION EN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA. CIUDAD REAL 1-10 OCTUBRE 2025

Resumen: *El sondaje vesical es una técnica frecuentemente utilizada en pacientes hospitalizados, aunque conlleva riesgos como las infecciones del tracto urinario (20.13%, según EPINE 2024) . Esta revisión sistemática se centra en dos aspectos poco consensuados en la práctica clínica: la conveniencia del pinzamiento previo del catéter antes de su retirada y la influencia del momento del día en que se realiza. A través del análisis de revisiones sistemáticas, metaanálisis y protocolos, se busca identificar prácticas seguras y basadas en la evidencia que mejoren el manejo del sondaje vesical por parte de los profesionales sanitarios.*

Palabras Clave: *Cateterismo Urinario (Urinary Catheterization) - Infecciones Urinarias (Urinary Tract Infections) - Retención Urinaria (Urinary Retention).*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El sondaje vesical es una de las técnicas más empleadas en el entorno hospitalario, utilizada en aproximadamente el 25% de los pacientes durante su estancia. Consiste en la inserción de una sonda a través de la uretra hasta la vejiga, con fines terapéuticos o diagnósticos, como el vaciamiento vesical, la monitorización estricta de la diuresis o la prevención de la retención urinaria.

Sin embargo, esta intervención no está exenta de riesgos. Una de las complicaciones más frecuentes es la infección del tracto urinario asociada al uso de catéter, que representa un problema relevante de salud pública. Según el estudio EPINE 2024, las infecciones urinarias relacionadas con la asistencia sanitaria ocupan el tercer lugar en prevalencia, con una incidencia del 20,13%.

Dado este contexto, la retirada precoz de la sonda vesical se considera una medida fundamental para reducir complicaciones. No obstante, aún persiste la controversia sobre cuál es el procedimiento más adecuado en el momento de la retirada. La práctica clínica incluye dos enfoques principales: el pinzamiento previo de la sonda con entrenamiento vesical progresivo, o la retirada directa sin preparación previa. Determinar cuál de estas estrategias ofrece mejores resultados en términos de seguridad y eficacia es clave para optimizar el manejo por parte del personal sanitario y reducir las tasas de complicaciones post-sondaje.

Objetivos:

● Determinar si existe un momento del día más adecuado para la retirada del sondaje urinario en pacientes adultos.

● Comparar los efectos de pinzar la sonda vesical y realizar entrenamiento vesical previo frente a la retirada directa del catéter, en la prevención de complicaciones urinarias post-sondaje.

● Promover el manejo adecuado de la sonda vesical por parte de los profesionales sanitarios para prevenir complicaciones asociadas.

Metodología

● Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como PubMed, Scielo, y Cochrane incluyendo aquellos metaanálisis, revisiones sistemáticas y protocolos posteriores al 2015.

● Se han usado como palabras claves las proporcionadas por el DeCS como: Cateterismo Urinario (Urinary Catheterization); Infecciones Urinarias (Urinary Tract Infections); Retención Urinaria (Urinary Retention).

Resultados:

Tras la revisión de diversos estudios centrados en el manejo del sondaje vesical, hemos podido identificar aspectos clave como el pinzamiento previo a la retirada y la hora del día más adecuada para realizar el procedimiento. A continuación, nos gustaría destacar las revisiones sistemáticas y metaanálisis consultados, en relación con los aspectos clave antes mencionados:

1. Pinzamiento del catéter:

• Ma et al. (2023, metaanálisis, 3.908 participantes):

o El pinzamiento aumenta el riesgo de infecciones y retraso en la micción en sondajes de menos de 7 días.

o Sin evidencia clara en sondajes mayores a 7 días.

• Ellahi et al. (2021, revisión sistemática, 12.241 participantes):

o El pinzamiento muestra poca o ninguna diferencia frente al drenaje libre en cuanto a infecciones o necesidad de nuevo sondaje.

• Wang LH et al. (2016, metanálisis):

o El pinzamiento aumenta la duración del sondaje, las complicaciones y la carga de trabajo de enfermería.

• Protocolo de Asociación Española de Enfermería en Urología (2015):

o No se ha demostrado que el pinzamiento reduzca la necesidad de volver a sondar.

2. Hora de retirada del catéter:

• Ellahi et al. (2021):

o Retirar a medianoche (22h–00h) disminuye el riesgo de nuevo sondaje frente a hacerlo por la mañana (6h–7h).

• Protocolo de Asociación Española de Enfermería en Urología (2015):

o Retirada a medianoche mejora el volumen de la primera micción, acelera la recuperación y reduce la estancia hospitalaria.

Conclusiones:

Tras revisar la evidencia disponible, se pueden extraer algunas recomendaciones útiles para mejorar el manejo de la retirada del sondaje vesical en la práctica clínica diaria:

• Pinzar la sonda vesical antes de retirarla no aporta beneficios claros, y puede incluso aumentar el riesgo de complicaciones. Por tanto, no se recomienda hacerlo de forma rutinaria.

• La retirada del catéter durante la noche, especialmente entre las 22:00 y las 00:00 horas, parece ser el momento más adecuado, ya que se asocia con una mejor primera micción y una recuperación más rápida del patrón urinario.

Bibliografía

1. Wang LH, Tsai MF, Han C-YS, Huang YC, Liu HE. ¿Es necesario el entrenamiento vesical mediante pinzamiento antes de la retirada en pacientes hospitalizados con sonda vesical permanente de corta duración? Revisión sistemática y metanálisis. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci) [Internet]. 2016;10(3):173–81. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2016.07.003

2. Ellahi A, Stewart F, Kidd EA, Griffiths R, Fernandez R, Omar MI. Estrategias para la retirada de sondas uretrales permanentes de corta duración en adultos. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2021;6(6):CD004011. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004011.pub4

3. Ma S, Gu J, Fan X. Necesidad de pinzar las sondas urinarias permanentes antes de su retirada tras diferentes periodos: una revisión sistemática y un metanálisis. BMJ Open [Internet]. 2023;13(2):e064075. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064075

4.García Martínez MJ, García Martínez AC. La Enfermería urológica durante el periodo del ayudante técnico sanitario. Su reflejo en los tratados para su formación. Enfuro. 2015;(128):22-28. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5606408

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 114

Politraumatismo grave en medio rural atendido por un HEMS.

González de la Aleja Martín, Jorge

XVI CONGRESO DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA: INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO

Politraumatismo grave en medio rural atendido por un HEMS. Caso Clínico.

González de la Aleja Martín, Jorge

SATSE

Introducción

Los traumatismos graves en áreas rurales dificultan la atención extrahospitalaria por su geografía y tiempos de respuesta.

La intervención rápida de un helicóptero medicalizado es crucial para mejorar la supervivencia y reducir secuelas en pacientes politraumatizados.

Objetivos

- Describir los cuidados de enfermería a un paciente con politraumatismo en un helicóptero medicalizado.
- Analizar experiencias para formar al personal de emergencias y promover estudios en el ámbito prehospitalario.

Presentación del caso. Fase de valoración.

Tras una llamada al 112, un helicóptero medicalizado se activó y llegó en 20 minutos al lugar donde un varón había caído desde un terraplén de 20 metros en una finca rural, encontrándolo inconsciente.

La valoración primaria reveló obstrucción parcial de la vía aérea, respiración superficial y rápida con asimetría torácica y baja SpO2 (82%), pulso débil y rápido, piel pálida y fría, Glasgow de 6 con pupilas reactivas, y deformidad con sangrado en la pierna izquierda y hematoma abdominal.

La valoración secundaria confirmó crepitación cervical (inmovilizada), dolor torácico, abdomen distendido con signos de irritación peritoneal, fractura abierta en la pierna izquierda sin pulsos distales palpables y reflejos osteotendinosos disminuidos.

Plan de cuidados de enfermería.

Diagnóstico		Objetivo		Intervención	
00032	Patrón respiratorio ineficaz.	0402	Estado respiratorio: intercambio gaseoso	3160	Aspiración de las vías aéreas
		0403	Estado respiratorio: Ventilación	3124	Intubación y estabilización de las vías aéreas
				3350	Monitorización respiratoria
				3390	Ayuda a la ventilación mecánica
00086	Riesgo de aspiración.	1918	Prevención de la aspiración	3160	Aspiración de las vías aéreas
				3180	Manejo de la vía aérea artificial
00029	Disminución del gasto cardiaco.	0401	Estado circulatorio	4290	Manejo del shock: hipovolémico
00205	Riesgo de shock hipovolémico.	0407	Perfusión tisular periférica	4238	Control de hemorragias
				6680	Monitorización de los signos vitales
00132	Dolor agudo.	2102	Nivel de dolor	2210	Administración de analgésicos
				2304	Manejo del dolor: agudo
00198	Perfusión tisular periférica ineficaz	0407	Perfusión tisular periférica	4062	Prevención de la trombosis
				4070	Precauciones circulatorias

Conclusiones.

- **Estabilización vital.** Priorizar el ABCDE, control de hemorragias e inmovilización para asegurar la supervivencia.
- **Desafíos rurales.** La distancia y el acceso limitado exigen una estabilización prehospitalaria óptima y coordinación eficiente.
- **Trabajo en equipo.** La comunicación y formación continua mejoran la respuesta y el pronóstico del paciente.

Bibliografía.

- Eastridge BJ, Shackelford S, Minei JP, Stewart RM. The golden hour of trauma: myth or medical fact? Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2010;18:35.
- Galvagno SM Jr, Haut ER, Zafar SN, Millin MG, Dissanaike S, Scalea TM. Association between helicopter transport and reduced mortality in patients with major trauma. J Trauma Acute Care Surg. 2012;72(6):1490-6; discussion 1496-7.
- NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2024-2026. 13ª ed. Vol. 1: Elsevier; 2024. 712 p.

Resumen: *Los traumatismos graves en áreas rurales presentan dificultades en la atención extrahospitalaria debido a la geografía y los tiempos de respuesta. La rápida intervención de un helicóptero medicalizado es crucial para mejorar la supervivencia y reducir secuelas en pacientes politraumatizados. Este caso clínico describe los cuidados de enfermería a un paciente con politraumatismo, destacando la importancia de la estabilización vital y el trabajo en equipo.*

Palabras Clave: *Multiple Trauma - Air Ambulances - Nursing Care*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los traumatismos graves en áreas rurales complican la atención prehospitalaria debido a factores geográficos y tiempos de respuesta prolongados. La intervención oportuna de un helicóptero medicalizado juega un papel fundamental para aumentar la supervivencia y disminuir las secuelas en pacientes con politraumatismos.

Objetivos:

El presente caso clínico tiene como objetivos describir los cuidados de enfermería proporcionados a un paciente con politraumatismo en un helicóptero medicalizado y analizar las experiencias para contribuir a la formación del personal de emergencias e impulsar la investigación en el ámbito prehospitalario.

Observación Clínica

Tras una llamada al 112, un helicóptero medicalizado se movilizó y llegó en 20 minutos al lugar del incidente, donde un hombre había caído desde un terraplén de 20 metros en una finca rural, siendo encontrado inconsciente. La evaluación inicial reveló obstrucción parcial de la vía aérea, respiración superficial y rápida con asimetría torácica y baja saturación de oxígeno (82%), pulso débil y rápido, piel pálida y fría, Glasgow de 6 con pupilas reactivas, deformidad y sangrado en la pierna izquierda y hematoma abdominal. La evaluación secundaria confirmó crepitación cervical (inmovilizada), dolor torácico, abdomen distendido con signos de irritación peritoneal, fractura abierta en la pierna izquierda sin pulsos distales palpables y reflejos osteotendinosos disminuidos.

Plan de cuidados enfemero:

Se implementó un plan de cuidados de enfermería que priorizó el manejo de la vía aérea, la ventilación, la circulación, el control de hemorragias y el manejo del dolor.

Diagnóstico		Objetivo		Intervención	
00032	Patrón respiratorio ineficaz.	0402	Estado respiratorio: intercambio gaseoso	3160	Aspiración de las vías aéreas
		0403	Estado respiratorio: Ventilación	3124	Intubación y estabilización de las vías aéreas
				3350	Monitorización respiratoria
				3390	Ayuda a la ventilación mecánica
00086	Riesgo de aspiración.	1918	Prevención de la aspiración	3160	Aspiración de las vías aéreas
				3180	Manejo de la vía aérea artificial
00029	Disminución del gasto cardiaco.	0401	Estado circulatorio	4290	Manejo del shock: hipovolémico
00205	Riesgo de shock hipovolémico.	0407	Perfusión tisular periférica	4238	Control de hemorragias
				6680	Monitorización de los signos vitales
00132	Dolor agudo.	2102	Nivel de dolor	2210	Administración de analgésicos
				2304	Manejo del dolor: agudo
00198	Perfusión tisular periférica ineficaz	0407	Perfusión tisular periférica	4062	Prevención de la trombosis
				4070	Precauciones circulatorias

Discusión:

La estabilización vital, priorizando el ABCDE, el control de hemorragias y la inmovilización, son esenciales para asegurar la supervivencia en estos pacientes. Los desafíos en áreas rurales, como la distancia y el acceso limitado, subrayan la necesidad de una estabilización prehospitalaria óptima y una coordinación eficiente. El trabajo en equipo, la comunicación efectiva y la formación continua son cruciales para mejorar la respuesta y el pronóstico del paciente.

Conclusiones:

La atención del politraumatismo grave en el entorno rural demanda una respuesta rápida y coordinada. El helicóptero medicalizado juega un papel crucial en la mejora del pronóstico. La formación del personal y la optimización de los procesos de atención son fundamentales para superar los desafíos que presentan estos escenarios.

Bibliografía

1. Eastridge BJ, Shackelford S, Minei JP, Stewart RM. The golden hour of trauma: myth or medical fact? Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2010;18:35.

2. Galvagno SM Jr, Haut ER, Zafar SN, Millin MG, Dissanaike S, Scalea TM. Association between helicopter transport and reduced mortality in patients with major trauma. J Trauma Acute Care Surg. 2012;72(6):1490-6; discussion 1496-7.

3. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2024-2026. 13ª ed. Vol. 1: Elsevier; 2024. 712 p

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 115

Prescripción de ejercicio físico en atención primaria con adaptación al ciclo menstrual

Ocaña Galindo, María
- Badillo Guerra, Marta
Galindo Gómez, María de los Santos
López Angulo, Ana Raquel

PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO EN ATENCIÓN PRIMARIA CON ADAPTACIÓN AL CICLO MENSTRUAL

Ocaña Galindo, María; Badillo Guerra, Marta; Galindo Gómez, María de los Santos; López Angulo,Ana Raquel

SATSE

INTRODUCCIÓN

El sedentarismo y la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad que presenta la población actualmente y cada vez se ha comprobado que el ejercicio físico no solo evita que aparezcan problemas si no que presenta beneficios. La prescripción del ejercicio físico dirigido está comenzando a realizarse cada vez más desde las consultas de atención primaria. La mayoría de los estudios de actividad física se realizan en hombres y no se tienen en cuenta la afectación hormonal debido a las fluctuaciones de los ciclos menstruales que pueden afectar a la capacidad de resistencia o de fuerza física.

OBJETIVOS

En las consultas de atención primaria sobre todo a nivel de enfermería se están realizando las prescripciones de ejercicio físico de forma individualizada tanto a hombres como a mujeres. El objetivo es realizar un análisis de cómo adaptar dicha prescripción a mujeres con ciclos regulares teniendo en cuenta el ciclo menstrual y como beneficiarse de las fluctuaciones hormonales fisiológicas de dicho ciclo según la bibliografía actual.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica de diferentes estudios que analizaban el ciclo menstrual y la actividad física. La búsqueda se realizó en 3 bases de datos (Dialnet, Google académico, Scielo). Se utilizaron los términos "prescripción", "ejercicio físico", "ciclo menstrual". La evaluación de dichos estudios se realizó siguiendo unos criterios que se fijaron previamente. Se incluyeron los estudios sobre el ejercicio físico y el ciclo menstrual con fecha posterior al 2021.

RESULTADOS

Se localizaron diversos estudios, se excluyeron los estudios que pertenecían a ponencias o comunicaciones orales de congresos y los estudios que eran previos al 2021. Se localizaron y analizaron 3 artículos. Los artículos analizaban como afecta el ciclo menstrual a mujeres deportistas y su rendimiento. A la vista de los resultados obtenidos observamos que aparecen diferencias en el rendimiento en las diferentes fases del ciclo menstrual.

Tenemos en cuenta que en la fase lútea aparece una mayor percepción de esfuerzo y fatiga a la hora de la realización del ejercicio físico.

La fase folicular temprana se relacionan con una bajada también del rendimiento físico y una mayor percepción del esfuerzo físico.

La fase folicular tardía y la fase de ovulación presentan resultados de mayor rendimiento físico y una mejora de resultados al realizar ejercicios de fuerza intensos y de tipo explosivos.

Los niveles bajos de estrógenos y progesterona que son propios de la fase folicular temprana se relacionan con una bajada del rendimiento y esfuerzo físico.

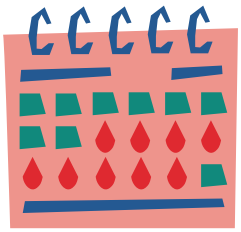
Los estrógenos se relacionan con una reducción del daño tisular producido por el ejercicio por lo cual sería beneficioso en etapas de elevados niveles realizar ejercicio de alta intensidad.

Se encontraron mejoras significativas a las mujeres que adaptan su entrenamiento para el rendimiento del ejercicio físico que las que no lo adaptaban.

Las fases de pre ovulación, ovulación y la fase entre la ovulación y la pre menstruación presentaron una mejor adaptación al ejercicio físico.

CONCLUSIONES

Como conclusión podemos observar que aparecen mejores resultados a nivel de entrenamiento en las mujeres deportistas que adaptaron el entrenamiento a las diferentes fases del ciclo menstrual que las que siguieron entrenamientos de hombres. Estos resultados permiten en la prescripción de ejercicio físico adaptar y diseñar entrenamientos en casos de mujeres con ciclos regulares y que no estén recibiendo anticonceptivos. Se destaca que se precisaría realizar estudios con mujeres no deportistas o completamente sedentarias que comenzarían a realizar cualquier tipo de ejercicio para comprobar que no apareciesen diferencias significativas.A nivel de aplicabilidad con los resultados obtenidos se podrían diseñar una adaptación física de ejercicio teniendo en cuenta el rendimiento y la fatiga alternando dependiendo de la fase del ciclo una mayor carga o realización de ejercicio de alta intensidad como en el caso de la fase de ovulación y la realización de ejercicio como yoga o de baja intensidad en fase folicular temprana o fase premenstrual.



Resumen: *El sedentarismo es un factor de riesgo cada vez más común, desde la atención primaria se está realizando cada vez más la prescripción del ejercicio físico. En los diferentes estudios se ven diferencias significativas en comparación cuando se tiene en cuenta el ciclo menstrual en mujeres con ciclos regulares que si no realizan adaptaciones. Se pueden diferenciar diferentes fases donde aparece un menor rendimiento y mayor cansancio, esto hace que se pueden adaptar los entrenamientos para realizar ejercicios explosivos y de intensidad más elevada en la fase de ovulación y de menos intensidad en la fase folicular temprana.*

Palabras Clave: *Prescripción - Ejercicio físico - Ciclo menstrual*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El sedentarismo y la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad que presenta la población actualmente y cada vez se ha comprobado que el ejercicio físico no solo evita que aparezcan problemas si no que presenta beneficios. La prescripción del ejercicio físico dirigido está comenzando a realizarse cada vez más desde las consultas de atención primaria. La mayoría de los estudios de actividad física se realizan en hombres y no se tienen en cuenta la afectación hormonal debido a las fluctuaciones de los ciclos menstruales que pueden afectar a la capacidad de resistencia o de fuerza física.

Objetivos:

En las consultas de atención primaria sobre todo a nivel de enfermería se están realizando las prescripciones de ejercicio físico de forma individualizada tanto a hombres como a mujeres. El objetivo es realizar un análisis de cómo adaptar dicha prescripción a mujeres con ciclos regulares teniendo en cuenta el ciclo menstrual y como beneficiarse de las fluctuaciones hormonales fisiológicas de dicho ciclo según la bibliografía actual.

Material y Métodos:

Se realizó una búsqueda bibliográfica de diferentes estudios que analizaban el ciclo menstrual y la actividad física. La búsqueda se realizó en 3 bases de datos (Dialnet, Google académico, Scielo). Se utilizaron los términos “prescripción”, “ejercicio físico”, “ciclo menstrual”. La evaluación de dichos estudios se realizó siguiendo unos criterios que se fijaron previamente. Se incluyeron los estudios sobre el ejercicio físico y el ciclo menstrual con fecha posterior al 2021.

Resultados:

Se localizaron diversos estudios, se excluyeron los estudios que pertenecían a ponencias o comunicaciones orales de congresos y los estudios que eran previos al 2021. Se localizaron y analizaron 3 artículos. Los artículos analizaban como afecta el ciclo menstrual a mujeres deportistas y su rendimiento. A la vista de los resultados obtenidos observamos que aparecen diferencias en el rendimien-

to en las diferentes fases del ciclo menstrual. Tenemos en cuenta que en la fase lútea aparece una mayor percepción de esfuerzo y fatiga a la hora de la realización del ejercicio físico. La fase folicular temprana se relaciona con una bajada también del rendimiento físico y una mayor percepción del esfuerzo físico. La fase folicular tardía y la fase de ovulación presentan resultados de mayor rendimiento físico y una mejora de resultados al realizar ejercicios de fuerza intensos y de tipo explosivos. Los niveles bajos de estrógenos y progesterona que son propios de la fase folicular temprana se relacionan con una bajada del rendimiento y esfuerzo físico. Los estrógenos se relacionan con una reducción del daño tisular producido por el ejercicio por lo cual sería beneficioso en etapas de elevados niveles realizar ejercicio de alta intensidad.

Se encontraron mejoras significativas a las mujeres que adaptan su entrenamiento para el rendimiento del ejercicio físico que las que no lo adaptaban.

Las fases de pre-ovulación, ovulación y la fase entre la ovulación y la pre-menstruación presentaron una mejor adaptación al ejercicio físico.

Conclusiones:

Podemos observar que aparecen mejores resultados a nivel de entrenamiento en las mujeres deportistas que adaptaron el entrenamiento a las diferentes fases del ciclo menstrual que las que siguieron entrenamientos de hombres. Estos resultados permiten en la prescripción de ejercicio físico adaptar y diseñar entrenamientos en casos de mujeres con ciclos regulares y que no estén recibiendo anticonceptivos. Se destaca que se precisaría realizar estudios con mujeres no deportistas o completamente sedentarias que comenzarían a realizar cualquier tipo de ejercicio para comprobar que no apareciesen diferencias significativas. A nivel de aplicabilidad con los resultados obtenidos se podrían diseñar una adaptación física de ejercicio teniendo en cuenta el rendimiento y la fatiga alternando, dependiendo de la fase del ciclo una mayor carga o realización de ejercicio de alta intensidad como en el caso de la fase de ovulación y la realización de ejercicio como yoga o de baja intensidad en fase folicular temprana o fase premenstrual.

Bibliografía

1. Giménez-Blasi N, Latorre JA, Martínez-Bebia M, Sáenz M, Cantero L, López-Moro A, et al. Ciclo menstrual y deporte: efectos sobre el rendimiento y el metabolismo de la mujer deportista (Menstrual Cycle and Sport: effects on the performance and metabolism of the athlete woman). Retos [Internet]. 28 de septiembre de 2022 [citado 12 de junio de 2025];46:565-72. Disponible en: https://revistaretos.org/index.php/retos/article/view/94614

2. Dominguez Muñoz C, del Campo Vecino J, García Bataller A, Llin Más JR. Valoración perceptiva del rendimiento físico y psicológico en función del tipo de entrenamiento reali-zado y las fases del ciclo menstrual en mujeres deportistas (Perceptual assessment of physical and psychological performance depending on the type of training performed and the phases of the menstrual cycle in female athletes). Retos [Internet]. 1 de enero de 2024 [citado 12 de junio de 2025];51:864-71. Disponible en: https://revistaretos.org/index.php/retos/article/view/101374

3. Vinueza Chimarro MJ. Impacto del ciclo menstrual en el rendimiento deportivo. GADE: REV. CIENT. [Internet]. 17 de enero de 2025 [citado 12 de junio de 2025];5(1):1-18. Disponible en: https://revista.redgade.com/index.php/Gade/article/view/571

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 116

Presencia familiar durante procedimientos invasivos en urgencias, una revisión bibliográfica

Iniesta González, Marina
Ruiz Mendoza, Esperanza

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN URGENCIAS

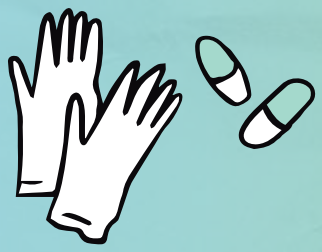
Marina Iniesta González, Esperanza Ruiz Mendoza

Introducción

La humanización de la atención en urgencias es esencial, ya que los procedimientos invasivos pueden aumentar la ansiedad del paciente. Aunque tradicionalmente se ha evitado la participación familiar por miedo a interferencias, estudios recientes sugieren que la presencia de familiares puede reducir la ansiedad y mejorar la experiencia del paciente.

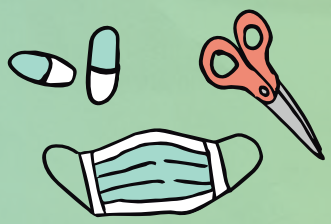
Objetivo

Evaluar si la presencia familiar disminuye la ansiedad en pacientes adultos durante procedimientos en urgencias.



Métodos

Revisión de cinco estudios (2008-2023) en bases de datos nacionales e internacionales, priorizando evidencia española y alta calidad metodológica, enfocados en urgencias y procedimientos invasivos.



Resultados

- Reducción de ansiedad: Martínez et al. (2018) evidenciaron que la presencia familiar durante la canalización venosa disminuye significativamente la ansiedad del paciente medida con la escala STAI.
- Mejora con formación familiar: Gómez et al. (2020) demostraron que cuando los familiares reciben información y formación previa sobre el procedimiento, el efecto positivo sobre la ansiedad del paciente se intensifica.
- Satisfacción y experiencia: López et al. (2015) reportaron que la presencia familiar no solo mejora la satisfacción del paciente, sino también la de los propios familiares, quienes se sienten más involucrados y tranquilos.
- Recomendaciones institucionales: La revisión sistemática de Pérez et al. (2019) destaca los beneficios emocionales, pero subraya la importancia de protocolos claros y formación del personal para una gestión eficaz y segura de la participación familiar.
- Percepción del personal sanitario: Ruiz y García (2016) describen que, aunque el personal reconoce el beneficio para el paciente, existe preocupación por posibles interferencias y falta de capacitación para manejar estas situaciones, lo que limita su implementación generalizada.

Conclusiones

La evidencia científica apoya que la presencia familiar durante procedimientos invasivos en urgencias reduce la ansiedad y mejora la humanización de la atención sanitaria. Su éxito depende de protocolos claros, formación del personal y evaluación individualizada, recomendándose políticas institucionales que faciliten una participación familiar segura y respetuosa con las necesidades del paciente y el equipo.

Bibliografía

I. Smith AL, Kozachik SL, Jenkins KA. Effectiveness of non-pharmacological strategies to prevent postoperative delirium: a Martínez J, Sánchez A, Torres L. Influencia de la presencia familiar en la ansiedad del paciente en urgencias. Emergencias. 2018;30(1):15-21. 2. Gómez P, Ramírez M, Fernández R. Impacto de la formación familiar en la ansiedad del paciente durante procedimientos invasivos. Enferm Clin. 2020;30(4):200-206. 3. López S, Morales A, Jiménez F. Satisfacción del paciente y familiares con la presencia durante procedimientos invasivos en urgencias. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2015;62(9):493-499. 4. Pérez R, Navarro M, Martínez A. Presencia familiar en procedimientos invasivos en servicios de urgencias: revisión sistemática. Med Intensiva. 2019;43(6):361-369. 5. Ruiz C, García L. Percepción del personal sanitario sobre la presencia familiar durante procedimientos invasivos en urgencias: estudio cualitativo. Enferm Intensiva. 2016;27(2):70-76.

Resumen: *Esta revisión evalúa si la presencia familiar durante procedimientos invasivos en urgencias reduce la ansiedad en pacientes adultos. Se analizaron cinco estudios científicos, mayoritariamente españoles y publicados en los últimos 15 años. Los resultados indican que la presencia familiar disminuye la ansiedad y mejora la experiencia del paciente, especialmente cuando el personal está capacitado y existen protocolos claros. Se destacan barreras como la falta de formación y preocupaciones del equipo sanitario. Se recomienda fomentar políticas institucionales para incluir a la familia de forma segura y humanizada.*

Palabras Clave: *Ansiedad - Procedimientos invasivos - Atención de urgencias*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La humanización de la atención sanitaria es fundamental, especialmente en servicios de urgencias donde los procedimientos invasivos pueden generar ansiedad y estrés. La participación de familiares durante estos procedimientos ha sido tradicionalmente controvertida, debido a preocupaciones sobre interferencias y aumento del estrés del personal (1). Sin embargo, investigaciones recientes sugieren que la presencia familiar puede aliviar la ansiedad del paciente y mejorar su experiencia emocional (4).

Objetivos:

Valorar si la presencia familiar durante procedimientos invasivos en servicios de urgencias reduce la ansiedad del paciente adulto en comparación con la ausencia de familiares.

Material y Métodos:

Se realizó una búsqueda en bases de datos nacionales e internacionales (PubMed, Scielo, Dialnet) con filtros para artículos publicados entre 2008 y 2023, idioma español, y estudios centrados en urgencias y procedimientos invasivos. Se seleccionaron cinco artículos originales y revisiones sistemáticas de alto nivel de evidencia, priorizando estudios españoles. Se evaluó la calidad metodológica siguiendo la pirámide de evidencia clínica.

Resultados:

Los estudios seleccionados coinciden en que la presencia familiar disminuye significativamente la ansiedad del paciente durante procedimientos invasivos.

En un estudio español de Martínez et al. (2018), la presencia familiar durante la canalización venosa redujo la ansiedad medida con la escala STAI (1).

Gómez et al. (2020) mostraron que la preparación previa de familiares con información y formación incrementa aún más este efecto (2).

López et al. (2015) encontraron mejoras en la satisfacción del paciente y familiares, aunque señalaron la necesidad de protocolos institucionales (3).

En una revisión sistemática española, Pérez et al. (2019) resaltan beneficios emocionales y recomiendan capacitación al personal sanitario para optimizar la gestión familiar (4).

Finalmente, un estudio cualitativo de Ruiz y García (2016) mostró que el personal reconoce los beneficios, pero teme interferencias y falta formación para abordar estas situaciones (5).

Conclusiones:

La evidencia indica que la presencia familiar durante procedimientos invasivos en urgencias es efectiva para reducir la ansiedad y mejorar la humanización de la atención. Su éxito depende de protocolos claros, formación del personal y evaluación individualizada. Se recomienda implementar políticas institucionales que favorezcan la participación familiar segura, respetando las preferencias del paciente y el equipo sanitario.

Bibliografía

1. Smith AL, Kozachik SL, Jenkins KA. Effectiveness of non-pharmacological strategies to prevent postoperative delirium: a Martínez J, Sánchez A, Torres L. Influencia de la presencia familiar en la ansiedad del paciente en urgencias. Emergencias. 2018;30(1):15-21.

2. Gómez P, Ramírez M, Fernández R. Impacto de la formación familiar en la ansiedad del paciente durante procedimientos invasivos. Enferm Clin. 2020;30(4):200-206.

3. López S, Morales A, Jiménez F. Satisfacción del paciente y familiares con la presencia durante procedimientos invasivos en urgencias. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2015;62(9):493-499.

4. Pérez R, Navarro M, Martínez A. Presencia familiar en procedimientos invasivos en servicios de urgencias: revisión sistemática. Med Intensiva. 2019;43(6):361-369.

5. Ruiz C, García L. Percepción del personal sanitario sobre la presencia familiar durante procedimientos invasivos en urgencias: estudio cualitativo. Enferm Intensiva. 2016;27(2):70-76.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 117

Prevención de caídas en personas mayores institu–cionalizadas: revisión de intervenciones enfermeras en España, una Revisión Bibliográfica.

Iniesta González, Marina
Ruiz Mendoza, Esperanza

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS: CUIDADOS ENFERMEROS EFICACES Y ACTUALES, UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARINA INIESTA GONZÁLEZ, ESPERANZA RUIZ MENDOZA

INTRODUCCIÓN

Las caídas son una de las principales causas de morbimortalidad en personas mayores institucionalizadas, con consecuencias que incluyen fracturas, pérdida de autonomía, hospitalizaciones y aumento de la dependencia. La enfermería tiene un rol protagonista en la detección precoz del riesgo y la aplicación de estrategias de prevención adaptadas al entorno residencial.

OBJETIVOS

Revisar la evidencia científica disponible en España sobre las intervenciones enfermeras más eficaces para prevenir caídas en personas mayores residentes en centros geriátricos, con especial atención a las herramientas de evaluación del riesgo.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de 5 artículos científicos españoles publicados entre 2010 y 2023, seleccionados en PubMed, SciELO y Dialnet. Como criterios de inclusión: estudios centrados en población institucionalizada, intervenciones enfermeras y herramientas de valoración del riesgo de caídas.

RESULTADOS

1. Evaluación del riesgo con escala Downton

Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993) Riesgo de caída > 2 puntos		
Caídas previas	No	0
	Sí	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

2. Intervenciones eficaces

- Educación a pacientes y familias
- Adaptación del entorno físico
- Revisión farmacológica con el equipo médico
- Programas de ejercicio físico supervisado
- Monitorización y seguimiento periódico

CONCLUSIÓN

Las intervenciones enfermeras basadas en una valoración estructurada, educación continua, ejercicio y adaptación ambiental reducen eficazmente el riesgo de caídas. La implicación del equipo multidisciplinar mejora los resultados y la calidad de vida de los mayores institucionalizados.

BIBLIOGRAFÍA

- LÓPEZ R, DÍAZ J, MARTÍNEZ E. APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA ESCALA DOWNTON EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS ESPAÑOLAS. ENFERM GLOB. 2018;17(3):292-301.
- FERNÁNDEZ M, RUIZ P. VALIDACIÓN DE LA ESCALA DOWNTON PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN RESIDENCIAS ESPAÑOLAS. REV ESP GERIATR GERONTOL. 2020;55(3):140-6.
- GARCÍA L, MORALES A, SÁNCHEZ R. EDUCACIÓN SANITARIA Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS. ENFERM CLIN. 2019;29(1):30-6.
- SÁNCHEZ M, PÉREZ A. MODIFICACIÓN AMBIENTAL PARA PREVENIR CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS. ENFERM COMUNITARIA. 2017;13(2):89-95.
- RODRÍGUEZ F, SÁNCHEZ M, MORALES L. PROGRAMAS DE EJERCICIO FÍSICO PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN RESIDENCIAS. REV ESP SALUD PÚBLICA. 2021;95:E202101024.

Resumen: *Las caídas en personas mayores institucionalizadas constituyen un importante problema de salud pública. Esta revisión analiza cinco estudios recientes realizados en España sobre intervenciones enfermeras para su prevención. Se identifican estrategias eficaces como la valoración del riesgo con la escala Downton, la educación sanitaria, la adaptación del entorno, el ejercicio físico y la revisión farmacológica. La enfermería desempeña un papel clave en la aplicación de medidas individualizadas y en la detección precoz del riesgo.*

Palabras Clave: *Accidental Falls -Nursing Care - Homes for the Aged.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las caídas son la causa más frecuente de lesiones en personas mayores institucionalizadas y suponen un grave problema de salud pública. En España, aproximadamente un 30–50 % de los mayores en residencias sufre al menos una caída al año [1]. Las consecuencias incluyen fracturas, pérdida de autonomía y aumento de la dependencia funcional. Además, las caídas incrementan los costes sociosanitarios y afectan negativamente a la calidad de vida [2].

La enfermería desempeña un papel fundamental en la identificación precoz del riesgo de caída y en la aplicación de intervenciones preventivas. La práctica basada en la evidencia permite establecer estrategias eficaces, adaptadas al contexto español. Esta revisión analiza los enfoques enfermeros actuales y sus resultados en la prevención de caídas en instituciones geriátricas.

Objetivos:

Revisar la literatura científica española de los últimos 10–15 años para identificar las intervenciones de enfermería más eficaces en la prevención de caídas en personas mayores institucionalizadas.

Material y Métodos:

Se realizó una revisión bibliográfica entre marzo y mayo de 2025 en las bases de datos PubMed, SciELO, Dialnet y Google Scholar. Se incluyeron artículos publicados en español entre 2010 y 2023. Los criterios de inclusión fueron:

- Estudios realizados en España.
- Participación activa del personal de enfermería.
- Población mayor de 65 años institucionalizada.
- Diseño cuantitativo u observacional.

Se seleccionaron cinco artículos que cumplían los criterios de relevancia y calidad metodológica. Se excluyeron editoriales, cartas al editor y estudios duplicados.

Resultados:

4.1 Valoración del riesgo

La escala Downton es la herramienta más utilizada en España para evaluar el riesgo de caídas en residencias. Está validada en el contexto español y permite identificar factores como caídas previas, estado mental, deambulación, medicación y alteraciones sensoriales [3]. Su uso sistemático facilita la planificación de cuidados y la estratificación de pacientes según el riesgo.

4.2 Educación sanitaria

La educación del paciente y de su entorno familiar es una intervención eficaz. García et al. [2] demostraron que los programas educativos aumentan la concienciación sobre el riesgo y fomentan la participación activa en la prevención. La información personalizada mejora la adherencia a las recomendaciones y promueve hábitos seguros.

4.3 Modificación del entorno

Sánchez y Pérez [4] destacan que la adecuación del entorno físico es clave: eliminar alfombras, mejorar la iluminación o instalar pasamanos reduce los factores extrínsecos que contribuyen a las caídas. Las intervenciones ambientales deben ser individualizadas y valoradas periódicamente por enfermería.

4.4 Revisión farmacológica

Martínez et al. [5] subrayan la importancia de revisar los tratamientos farmacológicos, especialmente en pacientes polimedicados. Sedantes, antihipertensivos o antidepresivos aumentan el riesgo. La enfermería debe colaborar con el equipo médico para ajustar la medicación y prevenir interacciones o efectos adversos relacionados con la estabilidad postural.

4.5 Programas de ejercicio físico

Los programas supervisados de ejercicio adaptado han demostrado eficacia en la mejora del equilibrio y la fuerza muscular. Rodríguez et al. [1] evaluaron un programa grupal de ejercicios que redujo significativamente las caídas en un periodo de seis meses. La implicación de enfermería en la motivación y seguimiento de estos programas es crucial.

Conclusiones:

La prevención de caídas en personas mayores institucionalizadas requiere una intervención integral y coordinada. La valoración sistemática mediante herramientas como la escala Downton permite detectar precozmente el riesgo. Las intervenciones enfermeras más eficaces incluyen la educación sanitaria, la adecuación del entorno, la revisión de tratamientos y el fomento de la actividad física. La implementación de protocolos institucionales y la formación continua del personal de enfermería son fundamentales para reducir la incidencia de caídas y mejorar la calidad de vida en este grupo vulnerable.

Bibliografía

1. Rodríguez F, Sánchez M, Morales L. Programas de ejercicio físico para la prevención de caídas en residencias. Rev Esp Salud Pública. 2021;95:e202101024. https://doi.org/10.20960/resp.02422

2. García L, Morales A, Sánchez R. Educación sanitaria y prevención de caídas en personas mayores institucionalizadas. Enferm Clin. 2019;29(1):30–6. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.07.002

3. Fernández M, Ruiz P. Validación de la escala Downton para la valoración del riesgo de caídas en residencias españolas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2020;55(3):140–6. https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.09.004

4. Sánchez M, Pérez A. Modificación ambiental para prevenir caídas en personas mayores institucionalizadas. Enferm Comunitaria. 2017;13(2):89–95.

5. Martínez P, Gómez T, Ruiz J. Revisión del uso de fármacos y su relación con caídas en personas mayores. Aten Primaria. 2020;52(8):505–12. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.09.005

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 118

Prevención del delirium en pacientes mayores hospitalizados: intervención Enfermera Basada en la Evidencia, una Revisión Bibliográfica.

Iniesta González, Marina
Ruiz Mendoza, Esperanza

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Prevención del delirium en pacientes mayores hospitalizados: intervención enfermera basada en la evidencia

Marina Iniesta González, Esperanza Ruiz Mendoza

01 Introducción

El delirium es un trastorno neurocognitivo agudo frecuente en adultos mayores hospitalizados. Su aparición se asocia a complicaciones graves como mayor mortalidad, estancia prolongada y deterioro funcional. La enfermería desempeña un papel clave en su prevención y manejo.

02 Objetivos

- Revisar intervenciones enfermeras no farmacológicas basadas en evidencia (2015–2025).
- Evaluar su eficacia en reducir incidencia, duración y severidad del delirium.

03 Material y métodos

Revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, CINAHL y Cochrane. Se incluyeron estudios clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Criterios: adultos mayores hospitalizados y enfoque enfermero no farmacológico.

04 Resultados

Programas multicomponentes reducen el delirium hasta un 53%. Estrategias clave incluyen movilización temprana, reorientación, regulación del sueño y ayudas sensoriales. Herramientas como CAM y 4AT mejoran la detección precoz. La participación familiar y las tecnologías digitales apoyan la recuperación y prevención.

05 Conclusiones

Las intervenciones lideradas por enfermería son efectivas en la prevención del delirium. La combinación de cuidados humanizados, entorno adaptado y herramientas tecnológicas mejora los resultados clínicos y refuerza el rol enfermero en el abordaje integral del paciente mayor.

06 Referencias bibliográficas

- Inouye SK, et al. Hospital Elder Life Program reduces delirium incidence. J Geriatr Nurs. 2015;42(3):123–30.
- Palencia-Herrejón A, et al. Prevención de las consecuencias del delirium en UCI. AsDec. 2020;28:45–58.
- Siddiqi N, et al. Evidenzbasierte nicht-pharmakologische Delirprävention. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2021;160:1–10.
- Martinez-Gracia L, et al. Delirium en pacientes hospitalizados: cuidados enfermeros. Rev Sanid Investig. 2022;10(2):34–41.
- Smith AL, et al. Effectiveness of non-pharmacological strategies to prevent postoperative delirium. JBI Evid Synth. 2018;16(3):100–20.

Resumen: *El delirium es un síndrome frecuente en adultos mayores hospitalizados, asociado a graves complicaciones. Esta revisión analiza intervenciones enfermeras no farmacológicas de la última década, destacando la eficacia de programas multicomponentes como HELP y el protocolo ABCDEF para reducir su incidencia y duración. Estrategias como la movilización precoz, la reorientación cognitiva, el uso de ayudas sensoriales y la participación familiar resultan claves. Además, herramientas de cribado como CAM y 4AT permiten una detección temprana. El papel de la enfermería es fundamental en la prevención y manejo integral del delirium, mejorando significativamente los desenlaces clínicos.*

Palabras Clave: *Delirium - Geriatric Nursing - Nonpharmacologic Therapies*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El delirium es un síndrome neurocognitivo agudo, fluctuante y reversible, caracterizado por alteraciones en la atención, el estado de conciencia y la cognición. Afecta especialmente a adultos mayores hospitalizados, con una incidencia estimada entre el 11 % y el 30 % en unidades de medicina interna, y que puede llegar al 50 % en unidades de cuidados intensivos (1). Su aparición se asocia a múltiples complicaciones: aumento de la mortalidad, prolongación de la estancia hospitalaria, deterioro funcional, institucionalización y mayores costes sanitarios (2). En este contexto, el papel de la enfermería resulta fundamental tanto en la prevención como en la detección precoz y el abordaje del delirium.

Objetivos:

Revisar intervenciones enfermeras basadas en evidencia realizadas en los últimos 10 años.

Evaluar su eficacia en la reducción de la incidencia, duración y severidad del delirium, así como su impacto en otros desenlaces clínicos relevantes.

Material y Métodos:

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica. Se consultaron las bases de datos PubMed, CINAHL, Cochrane, Scopus, Dialnet y SciELO, seleccionando estudios publicados entre 2015 y 2025. Se incluyeron estudios clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis que evaluaran intervenciones no farmacológicas dirigidas o lideradas por personal de enfermería, centradas en adultos mayores hospitalizados. Se excluyeron artículos enfocados exclusivamente en el tratamiento farmacológico del delirium.

Resultados:

Diversos estudios muestran que los programas multicomponentes no farmacológicos, como el Hospital Elder Life Program (HELP) o el protocolo ABCDEF en UCI, reducen significativamente la incidencia del delirium, con cifras que oscilan entre el 44 % y el 53 % (3). Estas intervenciones combinan estrategias como la movilización temprana, la regulación del ciclo sueño-vigilia, la estimulación cognitiva, la reorientación, el uso de ayudas sensoriales (gafas y audífonos), y la optimización del entorno hospitalario (luz, ruidos, horarios).

La utilización sistemática de herramientas de cribado como la Confusion Assessment Method (CAM), su versión adaptada a UCI (CAM-ICU), o el test 4AT, permite una detección más precoz y eficaz del síndrome (4). La movilización precoz y la prevención del aislamiento sensorial se destacan como medidas particularmente eficaces (5). Además, se ha demostrado que la participación activa de la familia en los cuidados, especialmente en tareas de acompañamiento y reorientación emocional, mejora la experiencia del paciente y reduce la duración del episodio confusional.

Por último, el uso de tecnologías digitales —como aplicaciones móviles o dispositivos portátiles— comienza a explorarse como herramienta complementaria en programas preventivos personalizados, lo cual podría representar una nueva línea de intervención prometedora (3).

Conclusiones:

Las intervenciones multicomponentes lideradas por enfermería, centradas en el paciente y su entorno, han demostrado ser eficaces en la prevención del delirium en personas mayores hospitalizadas. El rol enfermero es esencial en la detección temprana, la educación del paciente y la familia, y la implementación de estrategias no farmacológicas. La combinación de factores humanos, ambientales y tecnológicos ofrece un enfoque integral que mejora significativamente los resultados clínicos.

Bibliografía

1. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet. 2014 Mar 8;383(9920):911–22.

2. Palencia-Herrejón A, González-García N, Álvarez-Robles M, de Pablo R. Prevención de las consecuencias del delirium en UCI. AsDec. 2020;28:45–58.

3. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Mar 11;(3):CD005563.

4. Martínez-Gracia L, García-Caro MP, Lupiañez-Pérez I. Delirium en pacientes hospitalizados: cuidados enfermeros. Rev Sanitaria Investig. 2022;18(1):55–64.

5. Smith AL, Kozachik SL, Jenkins KA. Effectiveness of non-pharmacological strategies to prevent postoperative delirium: a systematic review. JBI Evid Synth. 2018 Mar;16(3):100–120.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 119

Protección de Datos y Ética en Enfermería: Rol de la Enfermería en los comités de Ética de la Investigación

Meneses Jiménez, M Teresa
Nieves López, Isabel

PROTECCIÓN DE DATOS Y ÉTICA EN ENFERMERÍA: ROL DE LA ENFERMERÍA EN LOS COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Autores

Mª Teresa Meneses Jiménez(1)
Isabel Nieves López(2)

Institucion

Gerencia Asistencia Sanitaria Ávila
(1) Complejo Asistencial de Ávila
(2) Gerencia Atención Primaria de Ávila

01 Introducción

- El Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD) son normativas clave en la protección de datos personales en la Unión Europea.
- Estas leyes tienen un impacto significativo en los Comités de Ética de la Investigación (CEIm)
- La enfermería, siendo parte activa del CEIm es **responsable** de garantizar que las investigaciones clínicas se realicen de manera ética y conforme a la legislación vigente.

02 Objetivo

Principal: Conocer el manejo de datos y su proteccion sobre las investigaciones biomédicas de los pacientes. .
Secundarios:
- Evaluar dificultades y desafíos de los CEIm en la implementación de estas normativas.
- Identificar estrategias y buenas prácticas adoptadas por los CEIm para el cumplimiento del RGPD y la LOPDGDD.

03 Metodología

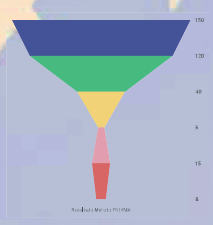
Revisión de la literatura mediante bases de datos biomédicas: *PubMed, Scopus y Google Scholar.*

Palabra clave	DeCS	MeSH
RGPD	Protección de Datos	Data Protection
Enfermería	Protección de Datos	Data Protection
Comités de Ética (CEIm)	Comités de Ética en Investigación	Ethics Committees, Research
Protección de datos	Protección de Datos	Data Protection
Investigación clínica	Investigación biomédica	Biomedical Research

and

Criterios inclusión:

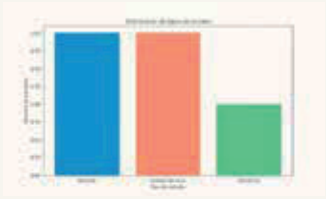
- Publicaciones libres (2018 – 2025)
- Español, inglés, francés
- Abordaje directo implicaciones del RGPD y la LOPD-GDD en los CEIm.

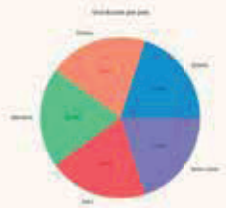


References:
- Staunton C, Slokenberga S, Mascalzoni D. The GDPR and the research exemption: considerations on the necessary safeguards for research biobanks. Eur J Hum Genet. 2019;27(8):1159–67.
- Shabani M, Borry P. Rules for processing genetic data for research purposes in view of the new EU General Data Protection Regulation. Eur J Hum Genet. 2018;26(2):149–56.
- Dove ES, Townend D, Meslin EM. Ethics review for international data-intensive research. Science. 2020;367(6480):208–10.

05 Resultados

Se encontraron 40 estudios , de ellos **5** estudiaban directamente las implicaciones de la normativa.





Artículo	Autores y Año	Temática Principal	Propuestas Clave
Safeguards en biobancos	Staunton, Slokenberga & Mascalzoni (2019)	Impacto del RGPD en biobancos	Claridad ética y legal Colaboración entre disciplinas
Datos genéticos y RGPD	Shabani & Borry (2018)	Restricciones del RGPD en genética	Políticas internas claras Formación especializada Implementación equilibrada
Ética en big data internacional	Dove, Townend & Meslin (2020)	Revisión ética en estudios internacionales	Enfoque dinámico de CEIm Armonización ética internacional
Carta de principios éticos	Mascalzoni, Dove & Rubinstein (2021)	Intercambio ético de datos y muestras	Transparencia y equidad Participación de donantes Guía para CEIm
Comparativa europea del RGPD	Slokenberga, Tzortzatou & Reichel (2022)	Diversidad regulatoria en biobancos	Guías interpretativas comunes Cooperación transnacional Equilibrio entre autonomía y ciencia

06 Conclusión

- El RGPD ha reforzado la protección de los datos personales en investigación clínica, en lo relativo al consentimiento informado, promoviendo mayor transparencia y trazabilidad.
- Existen importantes desafíos operativos y regulatorios, como la carga administrativa para los CEIm y la desigualdad en la implementación del RGPD entre países europeos, que dificultan la colaboración internacional.
  - Desde la Directiva 95/46/CE hasta el RGPD y la LOPDGDD, se han fortalecido los derechos de los individuos y la responsabilidad de las organizaciones, promoviendo transparencia y protección de datos personales.
  - Ha mejorado la protección de datos en investigación clínica, y ha incrementado la carga administrativa de los (CEIm).
  - La presencia enfermera experta en investigación, avala la mejora del proceso de garante de estas directivas en los CEIm
  - Es imprescindible avanzar hacia un enfoque armonizado a nivel europeo.

Resumen: *El RGPD y la LOPDGDD son fundamentales en la protección de datos en la UE, impactando a los Comités de Ética de la Investigación (CEIm). Revisión bibliográfica mediante método PRISMA donde se evalúan dificultades del CEIm. La enfermería garantiza investigaciones éticas y legales. La normativa ha fortalecido los derechos de los individuos y la transparencia, aunque requiere mayor armonización europea. La presencia de enfermeros especializados mejora la gestión ética y legal en investigación clínica, promoviendo un cumplimiento más efectivo y responsable de las normativas.*

Palabras Clave: *Data protection - Ethics Commitees - Biomedical Research*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD) constituyen los principales marcos normativos en la protección de datos personales en la Unión Europea. Ambos instrumentos buscan garantizar que la gestión, tratamiento y conservación de datos se realice de manera ética, segura y respetuosa con los derechos de los individuos. La influencia de estas normativas trasciende diversos ámbitos, incluyendo la investigación biomédica, donde impactan directamente en la gestión de los datos de los pacientes y en las responsabilidades de los Comités de Ética de la Investigación (CEIm).

Los CEIm son órganos encargados de velar por la ética y legalidad en los proyectos de investigación clínica, asegurando que los derechos de los participantes se respeten y que los estudios se realicen conforme a la legislación vigente. La incorporación de las normativas de protección de datos ha supuesto un cambio sustancial en la forma en que estos comités abordan la revisión y supervisión de las investigaciones biomédicas, haciendo que la protección de los datos personales sea un componente central en su evaluación.

En este contexto, la enfermería juega un papel crucial, ya que muchos profesionales involucrados en la investigación clínica y en la atención a pacientes participan activamente en los CEIm. Como disciplina que trabaja estrechamente con los pacientes y maneja datos sensibles, la enfermería tiene la responsabilidad de garantizar que las investigaciones se conduzcan de manera ética y conforme a la legislación en protección de datos, promoviendo la transparencia, el consentimiento informado y la trazabilidad en el proceso investigativo.

Objetivos:

El principal objetivo de este trabajo es entender cómo se maneja y protege la información en las investigaciones biomédicas, específicamente en lo que respecta a la protección de datos de los pacientes. Se pretende analizar las implicaciones prácticas del RGPD y la LOPDGDD en la actividad de los CEIm.

Como objetivos secundarios, se busca evaluar las dificultades y obstáculos en la aplicación de las leyes, así como identificar las estrategias, buenas prácticas y recomendaciones adoptadas

por los comités para cumplir con los requisitos legales, garantizando la protección de datos sin perjudicar la calidad y eficiencia de la investigación clínica.

Metodología:

Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica en las bases de datos PubMed, Scopus y Google Scholar. La estrategia incluyó búsquedas con palabras clave relacionadas con protección de datos, comités de ética e investigación biomédica. Los criterios de inclusión fueron publicaciones en inglés, español y francés, entre 2018 y 2025, que abordaran directamente las implicaciones del RGPD y la LOPDGDD en los CEIm. Se excluyeron estudios que no focalizaran en este aspecto específico.

Resultados:

De los 40 estudios identificados, 5 analizaron directamente las implicaciones del RGPD y la LOPDGDD en la actividad de los CEIm. Los hallazgos principales muestran que, en general, el RGPD ha reforzado la protección de los datos personales en la investigación clínica, promoviendo medidas que aseguran un consentimiento informado más riguroso, mayor transparencia en la gestión de datos y una trazabilidad más eficiente.

No obstante, la implementación de estas normativas ha generado desafíos operativos y regulatorios. Destacan la carga administrativa adicional que enfrentan los CEIm, incluyendo tareas de documentación, seguimiento y control más exhaustivas. También se evidencian desigualdades en la aplicación de las normativas en Europa, dificultando la colaboración internacional en investigaciones multicéntricas.

Desde la Directiva 95/46/CE hasta el actual RGPD y la LOPDGDD, se ha fortalecido la protección de los derechos individuales y la responsabilidad de las organizaciones. Esto ha incrementado la conciencia sobre la importancia de garantizar la privacidad y seguridad de los datos, así como de desarrollar procedimientos internos que aseguren el cumplimiento legal.

Un aspecto positivo destacado es la contribución de enfermeros especializados en investigación, quienes actúan como garantes internos, asegurando el cumplimiento de las directrices legales y éticas, y formando a otros profesionales en protección de datos.

Por otro lado, se señala la necesidad de avanzar hacia una mayor armonización en toda Europa, que facilite la cooperación transnacional y reduzca disparidades en la aplicación de la legislación. La estandarización de procedimientos, la formación continua y la incorporación de buenas prácticas en la gestión de datos son estrategias clave para fortalecer la protección en la investigación biomédica.

Conclusiones:

El RGPD ha sido un avance importante en la protección de datos en investigación clínica en Europa, promoviendo mayor transparencia, responsabilidad y control por parte de los titulares de los datos. Sin embargo, su implementación presenta desafíos operativos y regulatorios que afectan a los CEIm, especialmente en relación con la carga administrativa y la cooperación internacional.

El papel de los profesionales de enfermería especializados en investigación es fundamental para garantizar el cumplimiento normativo, asegurando procesos adecuados de consentimiento informado, gestión de datos y trazabilidad. La presencia de estos expertos en los CEIm contribuye a mejorar la calidad ética y legal de los estudios, fomentando una cultura de protección de datos más sólida.

En conclusión, aunque el RGPD y la LOPDGDD han avanzado significativamente en la protección de datos en investigación biomédica, es necesario un esfuerzo coordinado, formación especializada y una normativa armonizada que facilite la colaboración y asegure los derechos de los pacientes en toda Europa. La enfermería tiene un papel central en este proceso, actuando como garante en la protección de datos y promoviendo una investigación ética, segura y respetuosa con los derechos digitales de los individuos.

Bibliografía

1. Staunton C, Slokenberga S, Mascalzoni D. The GDPR and the research exemption: considerations on the necessary safeguards for research biobanks. Eur J Hum Genet. 2019;27(8):1159–67.

2. Shabani M, Borry P. Rules for processing genetic data for research purposes in view of the new EU General Data Protection Regulation. Eur J Hum Genet. 2018;26(2):149–56.

3. Dove ES, Townend D, Meslin EM. Ethics review for international data-intensive research. Science. 2020;367(6480):208–10.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 120

Revisión bibliográfica sobre la Enfermera Especialista en Salud Mental en las Urgencias.

Fernández Villa, Soraya
García Díaz, Clara
Ruiz García, Carmen

REVISIÓN BIBILIOGRAFICA SOBRE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL EN LAS URGENCIAS

Fernández Villa, S; García Díaz, C; Ruiz García, C.

1 INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las urgencias psiquiátricas han crecido hasta representar entre el 10% y 15% de las consultas en servicios de urgencias, lo que genera una demanda creciente de atención especializada. Los pacientes en crisis enfrentan demoras, entornos poco adecuados y personal con escasa formación específica en salud mental. La Enfermera Especialista en Salud Mental (EESM) ofrece una respuesta eficaz, gracias a su formación avanzada que permite realizar evaluaciones clínicas, aplicar técnicas de desescalada y coordinar cuidados. Experiencias en países como Reino Unido, Australia y Canadá, así como en hospitales españoles, demuestran que su intervención mejora la calidad asistencial y reduce ingresos innecesarios.

2 OBJETIVO

Analizar la evidencia científica disponible sobre la intervención de la Enfermera Especialista en Salud Mental (EESM) en los servicios de urgencias psiquiátricas, su impacto en la calidad asistencial, el manejo de crisis y la optimización de recursos sanitarios.

3 METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, Medline, Cochrane Library Plus y Google Académico, desde 2010 hasta 2025, utilizando términos en español e inglés relacionados con la enfermería especializada en salud mental y urgencias psiquiátricas. Se incluyeron estudios revisados por pares, en entornos hospitalarios, que abordaran roles profesionales, protocolos y resultados clínicos de la EESM.

Se identificaron inicialmente 127 artículos, de los cuales 42 cumplieron con los criterios de inclusión tras revisión completa. Estos documentos se analizaron en profundidad para extraer información sobre la efectividad de la EESM en crisis psiquiátricas, coordinación asistencial, satisfacción del paciente, reducción del uso de medidas coercitivas y experiencias de implementación en varios países.

4 RESULTADOS

La incorporación estructurada de la enfermera especialista en salud mental como figura de enlace en los servicios de urgencias psiquiátricas se espera que conlleve múltiples beneficios tanto clínicos como organizativos. En base a la literatura revisada y experiencias internacionales, los resultados esperados incluyen:

- Reducción de los tiempos de espera para pacientes con trastornos mentales en urgencias.
- Disminución del número de ingresos hospitalarios evitables gracias a intervenciones eficaces en crisis.
- Mejora de la adherencia al tratamiento y la continuidad asistencial tras el alta.
- Mayor satisfacción del paciente y sus familiares

● **Evidencia internacional del impacto de esta figura**:

◆ *Reino Unido*

Pionero en la inclusión de enfermeras especialistas en salud mental en urgencias desde la década de 1960.

◆ *Australia y Nueva Zelanda*

Integran a las EESM en equipos de urgencias como parte del modelo comunitario y hospitalario.

◆ ***España***

Hospitales de referencia como Gregorio Marañón y Puerta de Hierro han comenzado a integrar esta figura, mostrando mejoras en calidad percibida y gestión eficaz de pacientes en crisis

5 CONCLUSIÓN

La incorporación estructurada de la Enfermera Especialista en Salud Mental en urgencias representa una respuesta eficaz, humanizada y basada en evidencia frente al reto creciente de las urgencias psiquiátricas. Su papel permite mejorar la atención clínica, reducir intervenciones coercitivas y promover la continuidad asistencial.

La revisión bibliográfica sustentan la necesidad de formalizar este rol como modelo replicable en los centros hospitalarios del sistema nacional de salud.

Resumen: *La revisión analiza evidencia científica sobre la incorporación de la Enfermera Especialista en Salud Mental (EESM) en servicios de urgencias. Se destacan beneficios como reducción de ingresos innecesarios, mejora en la atención de crisis, continuidad asistencial y satisfacción del paciente. Experiencias internacionales avalan este modelo asistencial, que representa una estrategia eficaz y humanizada frente al aumento de urgencias psiquiátricas.*

Palabras Clave: *Enfermera especialista en salud mental - Urgencias psiquiátricas Salud mental.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las urgencias psiquiátricas representan entre el 10% y 15% de las consultas hospitalarias, generando presión sobre los servicios sanitarios. La falta de formación específica del personal y entornos poco adecuados dificultan la atención eficaz. La Enfermera Especialista en Salud Mental (EESM) aporta conocimientos avanzados que mejoran el abordaje clínico, permiten técnicas de desescalada y aseguran la coordinación asistencial. Modelos de Reino Unido, Australia y Canadá, así como experiencias en hospitales españoles, demuestran su efectividad.

Objetivos:

Analizar la evidencia científica disponible sobre la intervención de la EESM en servicios de urgencias psiquiátricas, enfocándose en su impacto en la calidad asistencial, manejo de crisis y optimización de recursos.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda sistemática entre 2010 y 2025 en PubMed, Medline, Cochrane Library Plus y Google Académico. Se incluyeron estudios revisados por pares en entornos hospitalarios que evaluaran el papel profesional, protocolos y resultados clínicos de la EESM. De 127 artículos identificados, 42 cumplieron con los criterios de inclusión. La información se analizó en función de efectividad en crisis, coordinación, satisfacción del paciente y reducción de intervenciones coercitivas.

Resultados:

La literatura muestra que la integración de la EESM en urgencias psiquiátricas tiene efectos positivos:

- Disminuye tiempos de espera.
- Reduce ingresos evitables.
- Mejora la adherencia terapéutica y continuidad tras el alta.
- Aumenta la satisfacción de pacientes y familiares.

Modelos de éxito:

- Reino Unido: pionero desde los años 60.
- Australia y Nueva Zelanda: integración en modelos comunitarios y hospitalarios.
- España: hospitales como Gregorio Marañón y Puerta de Hierro muestran resultados positivos.

Conclusiones:

La EESM representa una solución basada en evidencia frente a la creciente demanda en salud mental. Su implementación mejora el abordaje de crisis, reduce medidas coercitivas, optimiza recursos y promueve una atención más humanizada. La formalización de este rol es clave para el futuro del sistema sanitario.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental y bienestar. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1.

2. Encuesta nacional de salud en España (ENSE), 2017. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadestudios/estadisticas/encuestl/home.htm.

3. Smith, j., & doe, a. (2020). Mental health trends in Europe. Journal of public health, 45(3), 123-135.

4. González, l., & Pérez, m. (2019). La salud mental en los servicios de urgencias. Revista de salud pública, 12(2), 98-112.

5. López, r., et al. (2018). Análisis del impacto de los trastornos mentales en la sociedad. Editorial científica española.

6. Instituto nacional de estadística (INE). Estadísticas de salud mental en España. Disponible en: https://www.ine.es.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 121

Revisión bibliográfica sobre los efectos de la Fisioterapia en el quiste de Baker

García Urruzola, Javier
Lorenzo Baza, María
Brizuela Giganto, Lara

XVI
Congreso de Investigación
Ciudad Real

SATSE

Revisión bibliográfica sobre los efectos de la Fisioterapia en el quiste de Baker

García-Urruzola J, Lorenzo-Baza M, Brizuela-Giganto, L

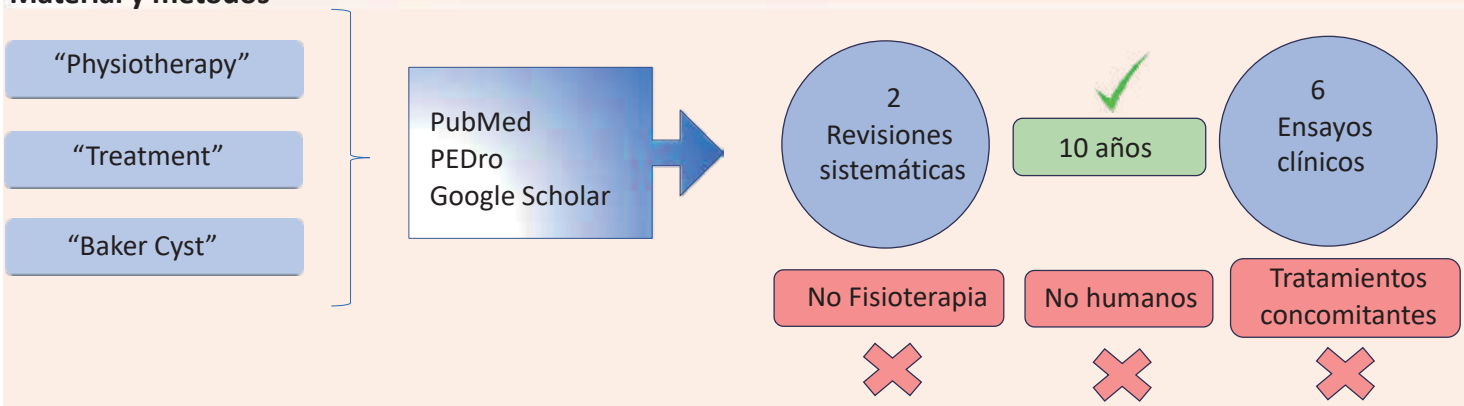
Introducción

El quiste de Baker (QB) o quiste poplíteo, se trata de una distensión de la bursa gastrocnemio-semimembranosa manifestada como una tumoración benigna rellena de líquido que se conecta con la articulación de la rodilla. Por norma general, no suelen manifestarse de manera aislada, sino con otro tipo de condiciones tales como fisuras meniscales, artritis reumatoide o artrosis. Su sintomatología más frecuente se caracteriza por aumento de volumen en la fosa poplítea, dolor, compresión de estructuras neuro-vasculares y pérdida de funcionalidad.

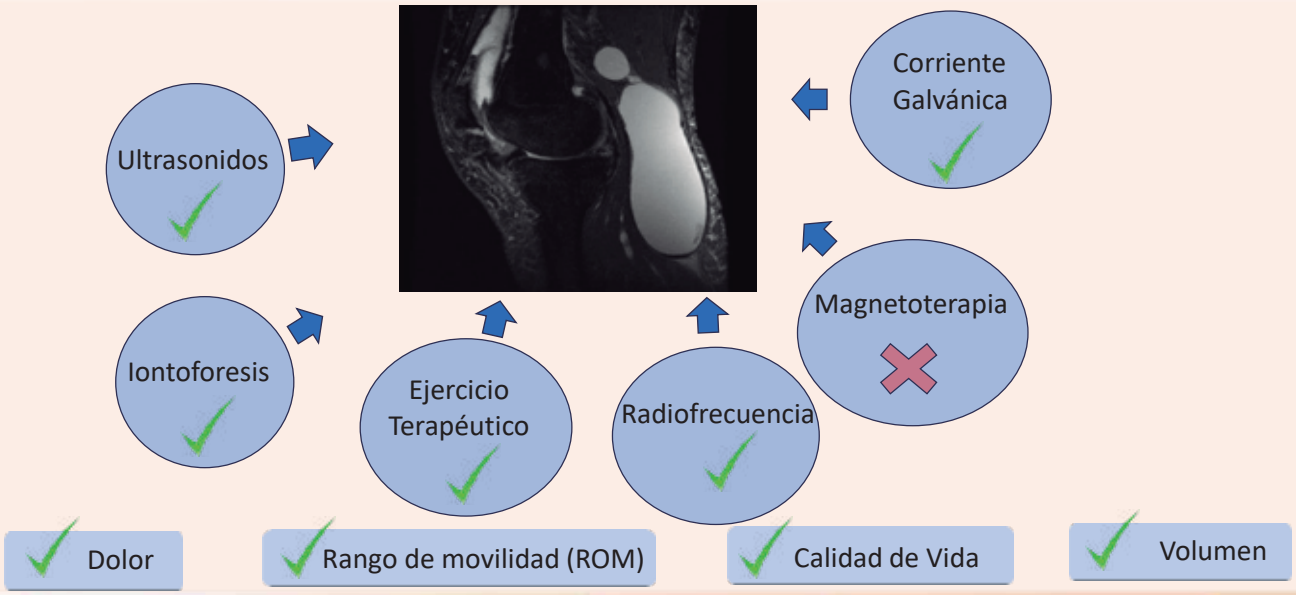
Objetivos

Determinar la efectividad de diferentes tratamientos de Fisioterapia aplicados en pacientes con diagnóstico de Quiste de Baker.

Material y métodos



Resultados



Conclusiones

Los efectos del abordaje de pacientes con QB a través de la Fisioterapia podrían suponer un beneficio significativo en la mejoría de la sintomatología (impotencia funcional, dolor, etc.) que presentan y de su calidad de vida. Sin embargo, estos posibles efectos beneficiosos continúan siendo objeto de debate. Es necesaria la realización de una mayor cantidad de estudios con metodología adecuada, que analice estas y otras terapias y su aplicabilidad en este tipo de pacientes.

Bibliografía

❶ Abate M, Di Carlo L, Di Iorio A, Salini V. Baker's Cyst with Knee Osteoarthritis: Clinical and Therapeutic Implications. Med Princ Pract. 2021;30(6):585-591. ❷ Akgul O, Guldeste Z, Ozgocmen S. The reliability of the clinical examination for detecting Baker's cyst in asymptomatic fossa. Int J Rheum Dis. 2014 Feb;17(2):204-9. ❸ Eker-Büyükşireci D, Büyükşireci M, Komut E. Evaluation of the effects of dexamethasone iontophoresis, galvanic current, and conservative treatment on pain and disability in patients with knee osteoarthritis and Baker's cyst. Turk J Phys Med Rehabil. 2022 Nov 22;68(4):509-516.

Resumen: *El quiste de Baker (QB) es una distensión de la bursa gastrocnemio-semimembranosa, comúnmente asociada a patologías como artritis reumatoide, artrosis o fisuras meniscales, que suele presentarse con dolor, incrementos de volumen y compresiones neurovasculares. El objetivo de esta revisión fue evaluar el efecto de diferentes tratamientos fisioterapéuticos en pacientes con QB. Se analizaron ocho artículos de diferentes bases de datos, incluyendo revisiones sistemáticas y ensayos clínicos, con un total de 915 pacientes. Excepto la magnetoterapia, mostraron resultados positivos (valorados por WOMAC/EVA), siendo la Fisioterapia una posible técnica beneficiosa para mejorar sintomatología y calidad de vida en estos pacientes.*

Palabras Clave: *Popliteal Cyst - Physiotherapy - Treatment*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El quiste poplíteo o quiste de Baker (QB) es una distensión de la bursa gastrocnemio-semimembranosa que se manifiesta como un tumor benigno relleno de líquido que comunica con la articulación de la rodilla. No suelen presentarse de manera aislada, sino con otro tipo de patologías tales como artritis reumatoide, fisuras meniscales o artrosis. Su clínica más frecuente se caracteriza por aumento de volumen en la fosa poplítea, dolor y compresión de estructuras neuro-vasculares. Esto conlleva una pérdida de la capacidad funcional del paciente y, por ende, un detrimento de su calidad de vida.

Objetivos:

Evaluar los efectos de diversos tratamientos de Fisioterapia en el manejo de pacientes con QB, analizando su impacto en diferentes síntomas y comparando los resultados entre ellos.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica con los siguientes descriptores: “Baker’s cyst”, “physiotherapy”, “treatment”, en las bases de datos Google Scholar, PubMed y PEDro. Se seleccionaron un total de 8 artículos, incluyendo 2 revisiones sistemáticas y 6 ensayos clínicos, estableciendo un límite de 10 años desde su publicación para garantizar la actualidad de la evidencia científica. Fueron incluidos aquellos artículos en inglés y castellano en los que se aplicaran todo tipo de tratamientos fisioterápicos en relación con el QB. Fueron excluidos aquellos artículos que no analizaran técnicas fisioterápicas, que no estuvieran relacionados con humanos o que realizaran tratamientos concomitantes diferentes a los de Fisioterapia.

Resultados:

Tras la selección final de los estudios que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, se analizaron un total de 915 pacientes diagnosticados con QB.

Dentro de las diferentes técnicas fisioterapéuticas evaluadas encontramos electroterapia (como iontoforesis con dexametasona y corriente galvánica), magnetoterapia, radiofrecuencia, ultrasonidos y ejercicio terapéutico.

En general, todas las técnicas evaluadas mostraron resultados clínicamente positivos tras su aplicación, a excepción del tratamiento con magnetoterapia que no evidenció mejorías significativas en ningún paciente. En varios estudios, la aplicación de electroterapia y el ejercicio terapéutico destacaron como los tratamientos más eficaces. Dichas intervenciones contribuyeron a mejorar aspectos como el volumen, el dolor y la movilidad articular, influyendo directamente en la calidad de vida y capacidad funcional de estos pacientes.

Todos estos síntomas y signos fueron evaluados mediante diferentes escalas validadas como la Escala Visual Analógica (EVA) o el índice WOMAC. Algunos de estos estudios también recogieron valoraciones subjetivas de los pacientes para completar sus análisis.

El número de sesiones, así como la duración o frecuencia de estas varió considerablemente entre los diferentes estudios analizados. Este hecho dificulta la estandarización de un posible tratamiento con dichas técnicas. A pesar de esto, los diferentes resultados evidencian un posible efecto beneficioso tras su aplicación.

Conclusiones:

El tratamiento de Fisioterapia para el abordaje de los QB podría producir un beneficio significativo en la reducción de la sintomatología (impotencia funcional, dolor, etc.) y en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes. La Fisioterapia puede representar una herramienta conservadora eficaz para el tratamiento de estos pacientes.

Sin embargo, estos posibles efectos beneficiosos continúan siendo controvertidos. La heterogeneidad en la aplicación de las técnicas, así como, en las características de las sesiones, pueden dificultar la estandarización de esta intervención. Sigue siendo necesaria la realización de una mayor cantidad de estudios con una metodología adecuada, que analicen estas y otras terapias y su posible aplicación en este tipo de pacientes.

Bibliografía

1. Abate M, Di Carlo L, Di Iorio A, Salini V. Baker's Cyst with Knee Osteoarthritis: Clinical and Therapeutic Implications. Med Princ Pract. 2021;30(6):585-591.

2. Akgul O, Guldeste Z, Ozgocmen S. The reliability of the clinical examination for detecting Baker's cyst in asymptomatic fossa. Int J Rheum Dis. 2014 Feb;17(2):204-9.

3. Eker-Büyükşireci D, Büyükşireci M, Komut E. Evaluation of the effects of dexamethasone iontophoresis, galvanic current, and conservative treatment on pain and disability in patients with knee osteoarthritis and Baker's cyst. Turk J Phys Med Rehabil. 2022 Nov 22;68(4):509-516.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 122

Revisión Bibliográfica: Insomnio y uso de móviles

Becerro Sánchez, Itsaso
Castro Gil, María de las Mercedes
Buceta Martínez, Silvia

XVI CONGRESO DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA: INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO

Revisión bibliográfica: Insomnio y uso de móviles

SATSE

Itsaso Becerro Sánchez, María de las Mercedes Castro Gil, Silvia Buceta Martínez
Hospital de Salud Mental de Zaldibar (Vizcaya)

El uso excesivo de móviles altera la calidad y la duración del sueño.

Objetivo general Analizar la evidencia científica reciente sobre el impacto del uso de smartphones en el insomnio y las posibles aplicaciones terapéuticas derivadas de su uso.

Objetivos específicos

- Evaluar la relación entre el uso problemático del smartphone y la calidad del sueño.
- Explorar el potencial del smartphone como herramienta de monitoreo pasivo del sueño.
- Examinar la eficacia de las intervenciones móviles, como las aplicaciones con terapia cognitivo-conductual para el insomnio (CBT-i).

Metodología Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de Pubmed. Los descriptores utilizados han sido “insomnia” AND “smartphone” AND “Sleep Quality”.

- Fecha: últimos 10 años
- Acceso: texto completo gratuito
- Total de resultados: 168 artículos (fecha de búsqueda: junio 2025)

Criterios de inclusión

- Artículos empíricos o revisiones sistemáticas
- Estudios en adolescentes o adultos
- Relación directa entre uso del smartphone y calidad del sueño o insomnio

RESULTADOS

- **Asociación directa con insomnio en estudios transversales y longitudinales.**
- **Sensores móviles permiten monitoreo pasivo con alta precisión.**
- **Aplicaciones CBT-i reducen insomnio y mejoran calidad del sueño**

Conclusiones

✓ El uso nocturno del smartphone se vincula con insomnio

✓ Las apps con CBT-i son herramientas accesibles y eficaces

✓ Se requiere más investigación longitudinal y poblacional diversa

Bibliografía

- Daraj MA, et al. Meta-analysis: Nomophobia and insomnia. Front Psychiatry. 2023;14:1187459.
- Sohn SY, et al. Smartphone addiction and sleep quality: UK study. J Behav Addict. 2021;10(3):567–573.
- Linardon J, et al. App-delivered CBT-i for insomnia: A meta-analysis. Sleep Med Rev. 2024;69:101801.

Resumen: *Esta revisión analiza la relación entre el insomnio y el uso de móviles a través de una búsqueda sistemática. Se han analizado 168 artículos en PubMed, publicados entre 2015 y 2015. Los resultados muestran que existe asociación entre el uso nocturno de los Smartphone y trastornos del sueño, especialmente en la población joven. Asimismo, los móviles permiten monitorear el sueño a través de sensores; ofreciendo intervenciones eficaces en aplicaciones basadas en terapia cognitivo-conductual. Estas aplicaciones, aunque parecen beneficiosas, requieren mayor evidencia científica. Por lo que podría concluirse que los Smartphone son un factor de riesgo y una herramienta potencial para tratar problemas de sueño.*

Palabras Clave: *Insomnia - Smartphone - Sleep Quality*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El insomnio es uno de los trastornos del sueño más prevalentes en la población general, con consecuencias relevantes sobre la salud física, mental y el rendimiento diario. Paralelamente, el uso excesivo de smartphones ha transformado los hábitos de sueño, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. El uso nocturno de estos dispositivos se ha asociado con dificultad para conciliar el sueño, reducción de las horas totales del descanso y una peor calidad del mismo. Al mismo tiempo, se ha planteado la posibilidad de utilizar los móviles como herramientas de monitoreo y tratamiento del insomnio mediante aplicaciones móviles, especialmente aquellas que aplican terapia cognitivo-conductual para el insomnio (CBT-i).

Objetivos:

- Objetivo general: Analizar la evidencia científica reciente sobre el impacto del uso de smartphones en el insomnio y las posibles aplicaciones terapéuticas derivadas de su uso.

- Objetivos específicos:

o Evaluar la relación entre el uso problemático del smartphone y la calidad del sueño.

o Explorar el potencial del smartphone como herramienta de monitoreo pasivo del sueño.

o Examinar la eficacia de las intervenciones móviles, como las aplicaciones con terapia cognitivo-conductual para el insomnio (CBT-i).

Metodología:

- Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de Pubmed.

- Fuente de información: PubMed.

- Términos de búsqueda: “insomnia" AND “smartphone” AND “Sleep Quality”

- Filtros aplicados:

o Fecha: 2015–2025

o Acceso: texto completo gratuito

- Resultados obtenidos: 168 artículos

- Criterios de inclusión:

o Artículos empíricos, revisiones sistemáticas o meta-análisis

o Población adolescente o adulta

o Estudios que analicen la relación entre uso del smartphone y el insomnio o calidad del sueño

- Procedimiento: Se ha realizado una lectura crítica de los artículos seleccionados, clasificándolos en tres categorías temáticas:

o Asociación entre uso del smartphone e insomnio

o Evaluación pasiva del sueño mediante sensores móviles

o Intervenciones digitales para tratar el insomnio

Resultados:

Asociación entre uso del smartphone e insomnio: Se ha identificado una asociación significativa entre el uso excesivo del smartphone y trastornos del sueño. Estudios transversales y longitudinales indican que el uso nocturno prolongado está vinculado a una reducción de la duración del sueño y una mayor prevalencia de insomnio.

En un estudio con 45 000 jóvenes, cada hora de uso nocturno se ha relacionado con una pérdida de 24 minutos de sueño y un aumento del 59 % en el riesgo de insomnio. Las correlaciones entre adicción al smartphone e insomnio se situaron entre r=0.25 y r=0.40.

Evaluación del sueño mediante sensores móviles: Diversos algoritmos utilizan datos del smartphone (pantalla encendida/apagada, acelerómetro, geolocalización) para estimar patrones de sueño. Algunos estudios sugieren una concordancia superior al 80 % en comparación con técnicas de actigrafía; aunque hoy en día no existe evidencia científica suficiente.

Intervenciones móviles para tratar el insomnio: Las aplicaciones móviles basadas en terapia cognitivo-conductual para el insomnio (CBT-i) han demostrado eficacia en la mejora del sueño. Un metaanálisis reciente evidencia un tamaño de efecto de g=0.60 para reducción del insomnio y g=0.70 para mejora de la calidad del sueño. Aplicaciones como *“Sleep Ninja”, “CBTi Coach”* o “Insomnia Coach” han mostrado resultados positivos, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes

Conclusiones:

El tratamiento de Fisioterapia para el abordaje de los QB podría producir un beneficio significativo en la reducción de la sintomatología (impotencia funcional, dolor, etc.) y en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes. La Fisioterapia puede representar una herramienta conservadora eficaz para el tratamiento de estos pacientes.

Sin embargo, estos posibles efectos beneficiosos continúan siendo controvertidos. La heterogeneidad en la aplicación de las técnicas, así como, en las características de las sesiones, pueden dificultar la estandarización de esta intervención. Sigue siendo necesaria la realización de una mayor cantidad de estudios con una metodología adecuada, que analicen estas y otras terapias y su posible aplicación en este tipo de pacientes.

Conclusiones:

La evidencia revisada sugiere una relación consistente entre el uso intensivo del smartphone, especialmente durante la noche, y el insomnio. Aunque en un principio se ha asociado este efecto a la luz azul de las pantallas, estudios más recientes señalan que los factores psicológicos como la hiperconectividad, la ansiedad digital y la exposición a contenido estimulante antes de dormir tienen un peso más determinante en la alteración del sueño.

Asimismo, los smartphones también representan una herramienta útil para el abordaje del insomnio. Por un lado, el uso de sensores integrados permite estimar parámetros del sueño. Por otro lado, las aplicaciones móviles basadas en terapia cognitivo-conductual para el insomnio (CBT-i) ofrecen una alternativa accesible y eficaz.

No obstante, los estudios realizados hasta el momento presentan limitaciones, ya que la mayoría son estudios transversales, muestras poco representativas (en su mayoría estudiantes universitarios) y la falta de estandarización en los instrumentos de evaluación del sueño. Además, la mayoría de los estudios disponibles son de corto plazo, lo que impide establecer conclusiones firmes sobre la efectividad sostenida de estas intervenciones.

En conclusión, los móviles pueden ser un factor de riesgo o una herramienta terapéutica para el insomnio. Se requieren estudios longitudinales con mayor diversidad muestral y rigor metodológico para avanzar hacia una comprensión más profunda y una aplicación clínica fiable.

Bibliografía

1. Daraj MA, Altuwirqi R, Alshathry M, et al. Meta-analysis: Nomophobia and insomnia. Front Psychiatry. 2023;14:1187459.

2. Sohn SY, Krasnoff L, Rees P, et al. Smartphone addiction and sleep quality: UK study. J Behav Addict. 2021;10(3):567–73.

3. Linardon J, Fuller-Tyszkiewicz M, Toh WL. App-delivered CBT-i for insomnia: A meta-analysis. Sleep Med Rev. 2024;69:101801.

4. Shin JC, Kim J, Lee S, et al. Mobile interventions and sleep: Systematic review. JMIR Mhealth Uhealth. 2017;5(9):e356.

5. Werner-Seidler A, Johnston L, Christensen H. Sleep Ninja for adolescent insomnia: RCT. Internet Interv. 2019;17:100237.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 123

Revisión bibliográfica: La hirudoterapia como tratamiento de la congestión venosa en reimplantes de dedo

Renedo Diez, Andrés
Hernández Porras, Lara
García Martín, Beatriz
Ángulo Núñez, María Mar
García Castilla, Javier
Arnaiz Nieto, Veronica

Revisión bibliográfica: La hirudoterapia como tratamiento de la congestión venosa en reimplantes de dedo

Andrés Renedo Diez, Lara Hernández Porras, Beatriz García Martín, M Mar Angulo Nuñez, Veronica Arnaiz Nieto

Introducción

La congestión venosa después de una reimplantación o revascularización digital pone en riesgo la viabilidad del dedo en el postoperatorio inmediato. La evacuación de sangre externa, incluida la terapia con sanguijuelas, juega un papel crucial en la recuperación del dedo afectado por la congestión

Material y método

Objetivos

Objetivo general:

El objetivo de esta revisión bibliográfica es comprobar la mayor supervivencia del reimplante de dedo congestivo con hirudoterapia(H1) frente a reimplate sin sanguijuelas(Ho)

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en PubMed. Las palabras claves utilizadas (Mesh) Sanguijuela y dedo (("Leeches"[Mesh]) AND "Fingers"[Mesh]) y sugerencias del buscador.

Con este criterio los artículos resultantes fueron 25. Se realizó una lectura crítica de los resúmenes, seleccionando 6.

Resultados

En un estudio con 20 intervenciones en el hospital Queen Elizabeth de Birmingham, Reino Unido. Trece de 20 casos (65%) tuvieron salvamento tisular exitoso después de la terapia con sanguijuelas por congestión

Conclusiones: Las sanguijuelas son una herramienta útil para la recuperación de tejido congestionado y en este estudio, mostraron un mayor beneficio de supervivencia para los colgajos pediculados que para los colgajos libres o las reimplantaciones digitales

Proporcionan un alivio temporal de la congestión venosa mientras se restablece el drenaje venoso. Al convivir en simbiosis con Aeromonas hydrophila, que puede digerir una cantidad de sangre seis veces mayor a su peso corporal, y con una amplia variedad de agentes anticoagulantes.

Actualmente se recomienda un antibiótico quinolona para combatir la posible infección por Aeromonas hydrophila. La anemia es un segundo efecto adverso durante la aplicación de sanguijuelas medicinales, que debe tenerse en cuenta con la toma repetida de muestras de sangre.

En otro hospital, con 50 amputaciones operadas de dedos, concluyen que el uso de sanguijuelas en la reimplantación digital distal ha mejorado la tasa de supervivencia en un 26 %.

En otro estudio se utilizó en 48 dedos y se requirió con mayor frecuencia en dedos reimplantados. Los dedos que se pusieron sanguijuelas por más de 4.5 días tuvieron tasas significativamente más altas de supervivencia. Requirieron más transfusiones.

Otro articulo resuelve que en 205 dedos reimplantados o revascularizados, 25 fueron tratados con sanguijuelas medicinales para la congestión venosa. La sangría externa con sanguijuelas médicas podría ser menos efectiva con un tratamiento tardío o con un mayor volumen de tejido congestionado

Conclusiones

En conclusión, la terapia con sanguijuelas demuestra ser un tratamiento eficaz en la recuperación de tejidos congestionados en la microcirugía reconstructiva, especialmente en colgajos pediculados y revascularización digital. Su capacidad para reducir la congestión venosa y mejorar la circulación sanguínea contribuye a una mayor tasa de éxito en la supervivencia de los dedos reimplantados. Sin embargo, su efectividad disminuye en casos de reimplantes digitales y colgajos libres, y deben considerarse los riesgos de infección y anemia como efectos adversos.

Resumen: *La congestión venosa después de una reimplantación o revascularización digital pone en riesgo la viabilidad del dedo en el postoperatorio inmediato. La evacuación de sangre externa, incluida la terapia con sanguijuelas, juega un papel crucial en la recuperación del dedo afectado por la congestión. La terapia con sanguijuelas es eficaz en el tratamiento de la congestión*

Palabras Clave: *Hirudo medicinalis - Hallux - Articulaciones de los dedos*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La congestión venosa después de una reimplantación o revascularización digital pone en riesgo la viabilidad del dedo en el postoperatorio inmediato. La evacuación de sangre externa, incluida la terapia con sanguijuelas, juega un papel crucial en la recuperación del dedo afectado por la congestión.

Objetivos:

Objetivo general: El objetivo de esta revisión bibliográfica es comprobar la mayor supervivencia del reimplante de dedo congestivo con hirudoterapia(H1) frente a reimplate sin sanguijuelas (Ho)

Material y Método:

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en PubMed. Las palabras claves utilizadas (Mesh) Sanguijuela y dedo (("Leeches"[Mesh]) AND "Fingers"[Mesh]) y sugerencias del buscador. Con este criterio los artículos resultantes fueron 25. Se realizó una lectura crítica de los resúmenes, seleccionando 6.

Resultados:

En un estudio con 20 intervenciones en el hospital Queen Elizabeth de Birmingham, Reino Unido. Trece de 20 casos (65%) tuvieron salvamento tisular exitoso después de la terapia con sanguijuelas por congestión Conclusiones: Las sanguijuelas son una herramienta útil para la recuperación de tejido congestionado y en este estudio, mostraron un mayor beneficio de supervivencia para los colgajos pediculados que para los colgajos libres o las reimplantaciones digitales

Proporcionan un alivio temporal de la congestión venosa mientras se restablece el drenaje venoso. Al convivir en simbiosis con Aeromonas hydrophila, que puede digerir una cantidad de sangre seis veces mayor a su peso corporal, y con una amplia variedad de agentes anticoagulantes. Actualmente se recomienda un antibiótico quinolona para combatir la posible infección por Aeromonas hydrophila. La anemia es un segundo efecto adverso durante la aplicación de sanguijuelas medicinales, que debe tenerse en cuenta con la toma repetida de muestras de sangre.

En otro hospital, con 50 amputaciones operadas de dedos, concluyen que el uso de sanguijuelas en la reimplantación digital distal ha mejorado la tasa de supervivencia en un 26 %.

En otro estudio se utilizó en 48 dedos y se requirió con mayor frecuencia en dedos reimplantados. Los dedos que se pusieron sanguijuelas por más de 4.5 días tuvieron tasas significativamente más altas de supervivencia. Requirieron más transfusiones.

Otro artículo resuelve que, en 205 dedos reimplantados o revascularizados, 25 fueron tratados con sanguijuelas medicinales para la congestión venosa. La sangría externa con sanguijuelas médicas podría ser menos efectiva con un tratamiento tardío o con un mayor volumen de tejido congestionado.

Conclusión:

En conclusión, la terapia con sanguijuelas demuestra ser un tratamiento eficaz en la recuperación de tejidos congestionados en la microcirugía reconstructiva, especialmente en colgajos pediculados y revascularización digital. Su capacidad para reducir la congestión venosa y mejorar la circulación sanguínea contribuye a una mayor tasa de éxito en la supervivencia de los dedos reimplantados. Sin embargo, su efectividad disminuye en casos de reimplantes digitales y colgajos libres, y deben considerarse los riesgos de infección y anemia como efectos adversos

Bibliografía

1. Pickrell BB, Daly MC, Freniere B, Higgins JP, Safa B, Eberlin KR. Leech Therapy Following Digital Replantation and Revascularization. J Hand Surg Am. 2020 Jul;45(7):638-643. doi: 10.1016/j.jhsa.2020.03.026. Epub 2020 May 31. PMID: 32493632

2. Butt AM, Ismail A, Lawson-Smith M, Shahid M, Webb J, Chester DL. Leech Therapy For The Treatment Of Venous Congestion In Flaps, Digital Re-Plants And Revascularizations - A Two-Year Review From A Regional Centre. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2016 Apr-Jun;28(2):219-223. PMID: 28718557.

3. Knobloch K, Gohritz A, Busch K, Spies M, Vogt PM. Hirudo medicinalis-Anwendungen in der plastischen und rekonstruktiven Mikrochirurgie--eine Literaturübersicht [Hirudo medicinalis-leech applications in plastic and reconstructive microsurgery--a literature review]. Handchir Mikrochir Plast Chir. 2007 Apr;39(2):103-7. German. doi: 10.1055/s-2007-965138. PMID: 17497605

4. Lee ZH, Cohen JM, Daar D, Anzai L, Hacquebord J, Thanik V. Quantifying outcomes for leech therapy in digit revascularization and replantation. J Hand Surg Eur Vol. 2019 May;44(4):414-418. doi: 10.1177/1753193418823595. Epub 2019 Jan 12. PMID: 30636508.

5. Arami A, Gurevitz S, Palti R, Menachem S, Berelowitz M, Yaffe B. The Use of Medicinal Leeches for the Treatment of Venous Congestion in Replanted or Revascularized Digits. J Hand Surg Am. 2018 Oct;43(10):949.e1-949.e5. doi: 10.1016/j.jhsa.2018.02.018. Epub 2018 Mar 27. PMID: 29602653

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 124

Revisión de la actualidad en el uso de los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) en pacientes hematológicos.

Llamas Fernández, Sara

Revisión de la actualidad en el uso de los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) en pacientes hematológicos.

Sara Llamas Fernández, enfermera en Hematología, HUCA, Oviedo, Asturias.

Introducción

Los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) son unos de los sistemas más comúnmente utilizados en los servicios de Hematología para la administración de tratamientos quimioterápicos. Son considerados dispositivos con menores tasas de infección y trombosis que el resto de vías centrales. Además, se trata de un sistema muy cómodo ya que permite la realización de numerosas técnicas evitando dañar la piel de los pacientes en los procesos de extracción sanguínea y de colocación de vías periféricas. No obstante, se hace necesaria una técnica estéril para su implantación ya que tomará contacto con estructuras centrales del organismo y, por ello, se requiere una especialización de los profesionales encargados de su colocación.

Objetivo Principal: analizar el uso de los PICC en servicios de Hematología para demostrar que su uso acontecerá más beneficios que inconvenientes, tanto para el sistema sanitario actual como para las personas implicadas en su utilización, sean pacientes o profesionales

Material y Métodos

Revisión bibliográfica de publicaciones realizadas en plataformas como Science Direct, Google académico o Enfermería Clínica, con objetivo principal la evaluación del uso de los catéteres centrales de inserción periférica en los servicios de Hematología. Se ha permitido un margen de publicación de 15 años en estudios de seguimiento de casos y de 10 años en el resto de publicaciones. Como idiomas se han incluido el castellano y el portugués.
Las palabras clave utilizadas han sido “PICC”, “Hematología” y “Estudios de Seguimiento”.

Resultados

Un estudio analizado en la revisión se trata de un estudio epidemiológico realizado durante 26 meses desde junio de 2008. En él se analizó el tiempo de duración de los PICC y las complicaciones. Se incluyeron 54 pacientes con PICC en los que en 9 de ellos se implantaron 2 PICC (total PICC implantados 63). El número total de días con PICC fueron de 5194, con una duración media de 82,44 días. Los resultados demostraron que los PICC son una buena alternativa al los catéteres centrales en pacientes hematológicos, ya que reduce las venopunciones y mejora la calidad de vida los pacientes. Sin embargo, los casos de imposibilidad de elegir una vena profunda en su implantación puede ser causa de una mayor tromboflebitis.

Otro de las publicaciones incluidas fue un estudio observacional y prospectivo donde se analizaron los PICC canalizados en el Hospital Universitario de Araba entre junio de 2010 y noviembre de 2011. El número de PICC implantados fue de 165, durante un total de 16.234 días, duración mediana de 92 días por PICC. La retirada más frecuente fue accidental. La tasa de trombosis fue de 0,308/1.000 días (IC del 95%: 0,299- 0,317) y la de bacteriemia relacionada con catéter de 0,062/1.000 días de catéter (IC del 95%: 0,058-0,065)4. Tras el análisis de los resultados se concluye que el PICC es un sistema válido como acceso venoso central de media y larga duración para pacientes oncológicos y hematológicos.

Conclusión

La implantación de PICC puede suscitar dudas en lo que respecta a su esterilidad, uso y duración, sin embargo, los estudios han demostrado que su uso es efectivo, mejorando la calidad de vida de los pacientes y alargando la vida media de los accesos vasculares en comparación a los catéteres periféricos. Se hace necesaria la ampliación del conocimiento de los PICC entre los profesionales sanitarios para adecuar su uso aprovechando las mejoras que éstos nos proporcionan.

Resumen: *Los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) son unos de los sistemas utilizados en los servicios de Hematología para realizar técnicas evitando dañar a los pacientes. Su implantación requiere una técnica estéril ya que puede producir infecciones o tromboflebitis. Esta revisión trata de evidenciar que los beneficios de los PICC son superiores a los riesgos, se analizan numerosas publicaciones que, tras la evaluación de la duración de los PICC y los motivos de retirada, han demostrado que son efectivos, mejorando la calidad de vida de los pacientes, alargando la vida media de los accesos vasculares, reduciendo las infecciones.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) son unos de los sistemas más comúnmente utilizados en los servicios de Hematología para la administración de tratamientos quimioterápicos. Numerosos estudios avalan que su colocación es tres veces más complicada que los catéteres convencionales, pero su vida útil es mucho más larga[1]. Algunos de los beneficios que proporcionan el uso de los PICC es que son considerados dispositivos con menores tasas de infección y trombosis que el resto de las vías centrales[1]. Además, se trata de un sistema muy cómodo para pacientes y profesionales sanitarios ya que permite la realización de numerosas técnicas evitando dañar continuamente la piel de los pacientes en los procesos de extracción sanguínea y de colocación de vías periféricas. No obstante, se hace necesaria una técnica estéril para su implantación ya que tomará contacto con estructuras centrales del organismo tales como la vena cava superior y, por ello, se requiere una especialización de los profesionales encargados de su colocación.

Los PICC son sistemas muy novedosos que requieren cautela en su utilización. En esta línea se desarrolla el objetivo del estudio propuesto. Se trata, pues, de analizar el uso de los PICC más específicamente en servicios de Hematología, donde predomina su existencia, con la intención de evidenciar que su uso acontecerá más beneficios que inconvenientes, tanto para el sistema sanitario actual como para las personas implicadas en su utilización, sean pacientes o profesionales.

Objetivo Principal: analizar el uso de los PICC en servicios de Hematología para demostrar que su uso acontecerá más beneficios que inconvenientes, tanto para el sistema sanitario actual como para las personas implicadas en su utilización, sean pacientes o profesionales

Material y Método:

Se trata de una revisión bibliográfica de las últimas publicaciones realizadas en plataformas originales tales como Science Direct, Google académico o Enfermería Clínica, en las que se trate como objetivo principal la evaluación del uso de los catéteres centrales de inserción periférica en los servicios de Hematología.

Se ha permitido un margen de publicación de 15 años para ampliar la búsqueda de estudios que se basan en seguimiento de casos (3) mientras que el resto de las publicaciones transversales tienen una antigüedad de 10 años desde su publicación.

Como idiomas se publicación se han incluido el castellano y el portugués.

Las palabras clave utilizadas e indexadas en los descriptores de Ciencias de la Salud de Bireme han sido “PICC”, “Hematología” y “Estudios de Seguimiento”.

Resultados:

Un estudio analizado en la revisión se titula “Utilización de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) en pacientes hematológicos. Seguimiento de enfermería en el servicio de Hematología del Hospital de Día Joan XXIII de Tarragona”. Se trata de un estudio epidemiológico realizado durante 26 meses desde junio de 2008. En él se analizó el tiempo de duración de los PICC y las complicaciones. Se incluyeron 54 pacientes con PICC en los que en 9 de ellos se implantaron 2 PICC (total PICC implantados 63). El número total de días con PICC fueron de 5194, con una duración media de 82,44 días. Los resultados demostraron que los PICC son una buena alternativa a los catéteres centrales en pacientes hematológicos, ya que reduce las venopunciones y mejora la calidad de vida los pacientes. Sin embargo, se valora como aspecto negativo los casos de imposibilidad de elegir una vena profunda en su implantación, ya que puede ser causa de una mayor tromboflebitis3.

Otro de las publicaciones incluidas estable un estudio observacional y prospectivo donde se analizaron los PICC canalizados en el Hospital Universitario de Araba entre junio de 2010 y noviembre de 2011. El número de PICC implantados fue de 165, durante un total de 16.234 días, duración mediana de 92 días por PICC. La retirada más frecuente fue accidental. La tasa de trombosis fue de 0,308/1.000 días (IC del 95%: 0,299- 0,317) y la de bacteriemia relacionada con catéter de 0,062/1.000 días de catéter (IC del 95%: 0,058- 0,065)4. Tras el análisis de los resultados se concluye que el PICC es un sistema válido como acceso venoso central de media y larga duración para pacientes oncológicos y hematológicos.

Conclusión:

E La implantación de sistemas centrales de acceso periférico puede suscitar dudas en lo que respecta a su esterilidad, uso y duración, sin embargo, los estudios han demostrado que la utilización de PICC en pacientes en situación de debilidad o inmunosupresión como son los pacientes hematológicos son efectivos, mejorando la calidad de vida de los pacientes y alargando la vida media de los accesos vasculares en comparación a los catéteres periféricos. Además, suponen un riesgo de infección menor que accesos centrales.

Se hace necesaria la ampliación del conocimiento de los PICC entre los profesionales sanitarios para adecuar su uso aprovechando las mejoras que éstos nos proporcionan.

Bibliografía

1. Tomás-Alonso, G. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el catéter central de inserción periférica (PICC). ScienceDirect. 2014.

2. Rea-Silva, B; Guimaraes, TMR; Costa, NCM; Costa, IM; Silva, MEP; Silva, KMLP; Condiciones clínicas de pacientes con Hemofilias asistidos en la consulta de enfermería de Hemope: Estudio transversal. Hematol transfus cell ther. 2023; 45 (s4):s1-s1006.

3. Infante, Marco, A; Martí-Bladé, N; Ramentol-escaño,P. "Utilización de catéteres centrales de inserción periférica (picc) en pacientes hematológicos. análisis de 26 meses de seguimiento de enfermería en el servicio de hematología del hospital de día joan xxiii de tarragona." ScienceDirect. 2010.

4. Moraza-Dulanto,MI; et al. "Inserción eco-guiada de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) en pacientes oncológicos y hematológicos: éxito en la inserción, supervivencia y complicaciones." Enfermería clínica 22.3 (2012): 135-143

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 125

Seguridad en el Paciente en el Proceso de Inmunización

López Ruiz, Cecilia María
Díaz Gallego, César
Manzaneque López, Gemma
Tentea, Laura Luminita

SATSE XVI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD REAL

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE INMUNIZACIÓN

LÓPEZ RUIZ C.M, DÍAZ GALLEGO C, MANZAQUE LÓPEZ G, TENTEA L.L

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente durante el proceso de inmunización constituye un pilar fundamental para garantizar la eficacia de los programas de vacunación y mantener la confianza pública en las intervenciones preventivas. Esta revisión sistemática sintetiza la evidencia actual sobre los riesgos asociados a la administración de vacunas, los errores más frecuentes en el proceso y las estrategias para mitigar eventos adversos.

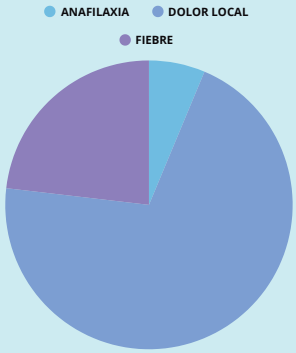
- **OBJETIVO:** evaluar la evidencia disponible sobre la seguridad del paciente en el proceso de inmunización.

METODOLOGÍA

- Revisión sistemática bajo guías PRISMA 2020.
- Búsqueda: 1.352 estudios en MedLine, Embase y Cochrane (2000-2025).
- Incluidos: 38 estudios (10 ensayos clínicos, 18 observacionales, 10 revisiones).

RESULTADOS

EFECTOS ADVERSOS FRECUENTES



ERRORES COMUNES

SELECCIÓN INAPROPIADA	DUPLICIDAD	VACUNAS MAL CONSERVADAS
DOSIS/TIMING EQUIVOCADO	USO FUERA DE INDICACIÓN	VACUNAS CADUCADAS

ERRORES ESPECÍFICOS

VACUNA TRIPLE VIRÍCA	VACUNA HERPES ZOSTER
VACUNA MENINGOCÓCIA	VACUNA INFLUENZA INTRANASAL

MEDIDAS PREVENTIVAS

TECNOLOGÍAS CLAVE

- TERMÓMETROS DIGITALES
- FARMACOVIGILANCIA
- ALERTAS ELECTRÓNICAS

CONCLUSIONES

LA SEGURIDAD EN INMUNIZACIÓN REQUIERE:

- **VIGILANCIA ACTIVA ESAVI** (Evento supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización)
- **PROTOCOLOS ESTANDARIZADOS ("7 C")**
- **COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

"Los errores en vacunación son evitables: la combinación de tecnología, formación y sistemas de reporte robustos salva vidas".

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: *La seguridad del paciente durante el proceso de inmunización constituye un pilar fundamental para garantizar la eficacia de los programas de vacunación y mantener la confianza pública en las intervenciones preventivas. Esta revisión sistemática sintetiza la evidencia actual sobre los riesgos asociados a la administración de vacunas, los errores más frecuentes en el proceso y las estrategias para mitigar eventos adversos.*

Palabras clave: *Patient Safety - Vaccination - Adverse Events*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La seguridad del paciente durante el proceso de inmunización constituye un pilar fundamental para garantizar la eficacia de los programas de vacunación y mantener la confianza pública en las intervenciones preventivas. Esta revisión sistemática sintetiza la evidencia actual sobre los riesgos asociados a la administración de vacunas, los errores más frecuentes en el proceso y las estrategias para mitigar eventos adversos.

Objetivo:

Analizar la evidencia disponible sobre la seguridad del paciente en el proceso de inmunización.

Material y Método:

Se ha realizado una revisión sistemática bajo guías PRISMA 2020. La búsqueda ha dado un resultado de 1.352 estudios en MedLine, Embase y Cochrane durante los años 2000 a 2025, de los cuales se han seleccionado un total de 38 estudios (10 ensayos clínicos, 18 observacionales, 10 revisiones).

Resultados:

Los resultados muestran que los eventos adversos más comunes tras el proceso de inmunización son el dolor local y la fiebre, mientras que los eventos graves como la anafilaxia, suelen ser casos aislados. Los errores más frecuentes son las administraciones de vacunas incorrectas o la administración de dosis errónea, lo que conlleva un aumento de costes y una pérdida de confianza en la población. La aplicación de protocolos estandarizados, el uso de tecnología y la formación continua disminuyen los errores y mejoran la seguridad. Aunque la vigilancia d eventos adversos es eficaz, persisten la subnotificación de efectos leves y la falta de protocolos estandarizados.

Conclusiones:

La seguridad en la inmunización depende de la combinación de medidas preventivas, tecnológicas y formativas, así como de una vigilancia activa y coordinada. Solo así se podrá garantizar la protección óptima de los pacientes y el éxito sostenido de los programas de vacunación.

Bibliografía

1. Artículo de revista estándar López-González A, Martínez-Sánchez EV. Seguridad de las vacunas ARNm en adultosjóvenes: estudio prospectivo multicéntrico. Rev Esp Salud Pública. 2023;97(2):1-12.

2. Capítulo de libro World Health Organization. Vaccine safety and risk communication. En: Global manual onimmunization practice. 4ª ed. Ginebra: WHO Press; 2021. p. 145-67.

3. Informe técnico Pan American Health Organization. Guía para la vigilancia ESAVI en las Américas [Internet]. Washington: PAHO; 2022 [citado 30 Abr 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/esavi

4. Estudio observacional García-López M, et al. Errores de vacunación en atención primaria: análisis de 10.000 dosisadministradas. Gac Sanit. 2024;38(1):34-41.

5. Revisión sistemática Rodríguez-Pérez C, et al. Estrategias para reducir errores en la cadena de frío vacunal:metaanálisis. Vaccine. 2023;41(15):2789-801

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 126

Sentido, Fé y Salud Mental: El Rol de la Espiritualidad en la Recuperación Emocional.

Valderrey Martinez, Coral

XVI CONGRESO DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA: INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO.

SENTIDO, FÉ Y SALUD MENTAL: EL ROL DE LA ESPIRITUALIDAD EN LA RECUPERACIÓN EMOCIONAL.

Autora: Coral Valderrey Martínez.

INTRODUCCIÓN:

La espiritualidad tiene un impacto positivo en la salud mental, actuando como un factor protector contra la depresión, la ansiedad y otros problemas. Puede ayudar a reducir el estrés, la depresión, el dolor y el aislamiento social. La espiritualidad también puede proporcionar sentido, propósito y esperanza, lo que mejora el bienestar emocional y la resiliencia.

OBJETIVOS:
-Beneficios de la práctica de creencias en la salud mental
-Relación salud mental positiva- espiritualidad

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se ha buscado información en bases de datos veraces sobre el tema tratado, como SOM Salud Mental, EsMental, revista Psiquiatría.com.

RESULTADOS:

La espiritualidad y religiosidad ofrecen un marco de creencias y valores que ayudan a las personas a encontrar sentido y paz ante la incertidumbre, especialmente durante episodios de trastornos de salud mental. La evidencia científica ha demostrado un efecto protector de la dimensión espiritual en diversos trastornos mentales, como la depresión y la adicción, al disminuir la prevalencia y mejorar la calidad de vida y recuperación:

Se relacionan con una mejor salud psíquica, según distintos estudios y resultados de investigaciones, hay elementos que tienen que ver con las religiones y con potenciar lo espiritual, que favorecen que las personas tengan más equilibrio interior. Dichos elementos serían:
Que pueden dar una **orientación positiva a la vida**, proporcionan esperanza, sentido y favorecen el conocimiento de uno mismo, a la vez que con frecuencia estimulan una actitud introspectiva y de profundización en el interior de uno mismo.
Pueden estimular **a alcanzar la libertad interior y el desarrollo integral del ser humano**, siempre y cuando se enfoquen adecuadamente. Pues también hay ejemplos en los que desde diversas tradiciones se ha influido en un sentido contrario.
Las religiones también pueden proporcionar una fuente de fuerzas y estímulos, que facilitan que las personas se sientan apoyadas y reconfortadas, ante distintas dificultades de sus vidas.
Fundamentalmente:

Reduce el estrés y la ansiedad:
La práctica espiritual, como la oración, la meditación y los rituales, puede ayudar a gestionar el estrés y la ansiedad.

Mejora el bienestar emocional:

La espiritualidad puede fomentar sentimientos positivos, como la esperanza, el optimismo y la gratitud.

Fortalece la resiliencia:

La espiritualidad proporciona un marco para comprender la adversidad y encontrar significado en la vida, lo que ayuda a las personas a ser más resilientes ante los desafíos.

Reduce la depresión:

La participación religiosa y la espiritualidad se han relacionado con una menor prevalencia y gravedad de la depresión.

Reduce el aislamiento social:

La pertenencia a una comunidad religiosa o espiritual puede ayudar a combatir la soledad y el aislamiento social, factores de riesgo en salud mental.

Aporta sentido y propósito:

La espiritualidad puede ayudar a las personas a encontrar un significado y propósito en la vida, lo que puede mejorar su satisfacción y su bienestar general.

Facilita la búsqueda de ayuda:

La espiritualidad puede facilitar la búsqueda de ayuda profesional para problemas de salud mental.

Complemento a otros tratamientos:
La espiritualidad puede ser un complemento a la terapia.

CONCLUSIÓN

La espiritualidad puede servir como un antídoto contra la desesperación y la depresión.
La participación religiosa puede ayudar a mantener la esperanza y mejorar la calidad de vida.

En resumen, la espiritualidad puede ser una herramienta valiosa para promover la salud mental y el bienestar, tanto a nivel individual como comunitario.
Ante la irracionalidad y la incertidumbre del mundo que nos rodea, es de gran ayuda articular un sistema de creencias y afectos capaz de suscitar una experiencia subjetiva de paz y confianza.

BIBLIOGRAFÍA

1 La atención espiritual en salud mental. SOM Salud Mental 360. 2025. SOM Salud Mental 360. Disponible en: https://www.som360.org/es/articulo/atencion-espiritual-salud-mental
2 El impacto de la espiritualidad en el bienestar emocional y físico. 2021. Es Mental. Disponible: https://www.esmental.com/el-impacto-de-la-espiritualidad-en-el-bienestar-emocional-y-fisico/

3 Rodríguez Fernández, Mª Isabel. ¿Es la espiritualidad una fuente de salud mental o de psicopatología? Spirituality is a source of mental health or it is a source of psychopathology? Psiquiatría.com. Disponible en: https://psiquiatria.com/

Resumen: *La espiritualidad tiene un impacto positivo en la salud mental, actuando como un factor protector contra la depresión, la ansiedad y otros problemas. Puede ayudar a reducir el estrés, la depresión, el dolor y el aislamiento social. La espiritualidad también puede proporcionar sentido, propósito y esperanza, lo que mejora el bienestar emocional y la resiliencia.*

Palabras clave: *Espiritualidad - Religión - Salud Emocional.*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La espiritualidad tiene un impacto positivo en la salud mental, actuando como un factor protector contra la depresión, la ansiedad y otros problemas. Puede ayudar a reducir el estrés, la depresión, el dolor y el aislamiento social. La espiritualidad también puede proporcionar sentido, propósito y esperanza, lo que mejora el bienestar emocional y la resiliencia.

Objetivo:

- Beneficios de la práctica de creencias en la salud mental

- Relación salud mental positiva- espiritualidad

Material y Método:

Se ha buscado información en bases de datos veraces sobre el tema tratado, como SOM Salud Mental, EsMental, revista Psiquiatría.com.

Resultados:

La espiritualidad y religiosidad ofrecen un marco de creencias y valores que ayudan a las personas a encontrar sentido y paz ante la incertidumbre, especialmente durante episodios de trastornos de salud mental. La evidencia científica ha demostrado un efecto protector de la dimensión espiritual en diversos trastornos mentales, como la depresión y la adicción, al disminuir la prevalencia y mejorar la calidad de vida y recuperación:

Se relacionan con una mejor salud psíquica, según distintos estudios y resultados de investigaciones, hay elementos que tienen que ver con las religiones y con potenciar lo espiritual, que favorecen que las personas tengan más equilibrio interior. Dichos elementos serían:

Que pueden dar una **orientación positiva a la vida**, proporcionan esperanza, sentido y favorecen el conocimiento de uno mismo, a la vez que con frecuencia estimulan una actitud introspectiva y de profundización en el interior de uno mismo.

Pueden estimular a **alcanzar la libertad interior y el desarrollo integral del ser humano**, siempre y cuando se enfoquen adecuadamente. Pues también hay ejemplos en los que desde diversas tradiciones se ha influido en un sentido contrario.

Las religiones también pueden proporcionar una fuente de fuerzas y estímulos, que facilitan que las personas se sientan apoyadas y reconfortadas, ante distintas dificultades de sus vidas.

Fundamentalmente:

- **Reduce el estrés y la ansiedad:**

La práctica espiritual, como la oración, la meditación y los rituales, puede ayudar a gestionar el estrés y la ansiedad.

- **Mejora el bienestar emocional:**

La espiritualidad puede fomentar sentimientos positivos, como la esperanza, el optimismo y la gratitud.

- **Fortalece la resiliencia:**

La espiritualidad proporciona un marco para comprender la adversidad y encontrar significado en la vida, lo que ayuda a las personas a ser más resilientes ante los desafíos.

- **Reduce la depresión:**

La participación religiosa y la espiritualidad se han relacionado con una menor prevalencia y gravedad de la depresión.

- **Reduce el aislamiento social:**

La pertenencia a una comunidad religiosa o espiritual puede ayudar a combatir la soledad y el aislamiento social, factores de riesgo en salud mental.

- **Aporta sentido y propósito:**

La espiritualidad puede ayudar a las personas a encontrar un significado y propósito en la vida, lo que puede mejorar su satisfacción y su bienestar general.

- **Facilita la búsqueda de ayuda:**

La espiritualidad puede facilitar la búsqueda de ayuda profesional para problemas de salud mental.

- **Complemento a otros tratamientos:**

La espiritualidad puede ser un complemento a la terapia.

Conclusiones:

La espiritualidad puede servir como un antídoto contra la desesperación y la depresión.

La participación religiosa puede ayudar a mantener la esperanza y mejorar la calidad de vida.

En resumen, la espiritualidad puede ser una herramienta valiosa para promover la salud mental y el bienestar, tanto a nivel individual como comunitario.

Ante la irracionalidad y la incertidumbre del mundo que nos rodea, es de gran ayuda articular un sistema de creencias y afectos capaz de suscitar una experiencia subjetiva de paz y confianza.

Bibliografía

1. La atención espiritual en salud mental. SOM Salud Mental 360. 2025. SOM Salud Mental 360. Disponible en: https://www.som360.org/es/articulo/atencion-espiritual-salud-mental

2. El impacto de la espiritualidad en el bienestar emocional y físico. 2021. Es Mental. Disponible: https://www.esmental.com/el-impacto-de-la-espiritualidad-en-el-bienestar-emocional-y-fisico/

3. Rodríguez Fernández, Mª Isabel. ¿Es la espiritualidad una fuente de salud mental o de psicopatología? Spirituality is a source of mental health or it is a source of psychopathology? Psiquiatría.com. Disponible en: https://psiquiatria.com/

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 127

Sistema de Monitorización Flash de Glucosa. Un avance en diabetes.

Carretero Valderrábano, Juan José
Varón Serrano, Ana
Moreno Sobrino, Almudena

SISTEMA DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA: UN AVANCE EN DIABETES

JUAN JOSÉ CARRETERO VALDERRÁBANO; ANA VARÓN SERRANO; ALMUDENA MORENO SOBRINO

SATSE

INTRODUCCIÓN

Con el método estándar para evaluar el control glucémico (HbA1c) no podemos evaluar el riesgo de hipoglucemia ni observar la variabilidad glucémica. Para la autogestión y ajuste de tratamiento se utiliza la automonitorización de glucemia (punciones capilares) en ocasiones se requieren de hasta 6 punciones al día, lo que produce dolor e incomodidades que hacen que no siempre se realicen tantas como son necesario.

Una herramienta que puede contribuir a una evaluación más exhaustiva y cómoda de la glucemia es la monitorización continua de la glucosa. Este tipo de sistemas permiten monitorizar los niveles de glucosa sin necesidad de realizar pruebas con punción digital, a través de un sensor que dura 14 días.

OBJETIVOS

El objetivo principal ha sido mostrar en qué consisten los sistemas de monitorización flash de glucosa.
El objetivo secundario es enumerar los beneficios que supone para el paciente diabético el uso de este tipo de dispositivos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda de bibliografía en diferentes bases de datos como Pubmed,Scielo y Dialnet y en la biblioteca virtual del SESCAM (Discovery). Para ello se han utilizado las palabras clave Flash Glucose Monitoring, Diabetes, hypoglycemia y Hb1Ac utilizando el operador boleano "AND". Como criterio de inclusión se ha utilizado el idioma tanto en español como en inglés y que el año de publicación sea inferior a 10 años.

RESULTADOS

Tras la revisión de los artículos seleccionados, se pueden extraer de ellos diferentes beneficios del uso de sistemas de monitorización flash de glucosa sobre los pacientes diabéticos, tanto a nivel de calidad de vida como de control de la enfermedad.

Entre otros beneficios encontramos una reducción de los niveles de HbA1c sin aumento de la frecuencia de hipoglucemias, un menor tiempo en hipoglucemia y una reducción significativa de la incidencia de ingresos y absentismo laboral por complicaciones asociadas a la diabetes. Además, en algunos de los estudios se hace referencia a una mejor en la calidad de vida tras el uso de este tipo de dispositivos.

CONCLUSIÓN

El sistema de monitorización de glucosa ha demostrado ser una herramienta eficaz para el manejo de la diabetes mellitus. Entre sus principales beneficios se destacan:

- **Mejora significativa del control glucémico** sin un aumento en la frecuencia de hipoglucemias.
- **Reducción considerable de los niveles de HbA1c**, lo que indica un mejor control a largo plazo de la glucosa en sangre.
- **Disminución de las hipoglucemias** y del tiempo que los pacientes pasan en estado de hipoglucemia.
- **Menor número de ingresos hospitalarios** debido a complicaciones relacionadas con la diabetes.
- **Mayor tiempo en rango**, con menos episodios de hiperglucemia e hipoglucemia, lo que contribuye a una mejor calidad de vida para los pacientes.

Resumen: *El aumento de la diabetes tipo 2 y su tratamiento con insulina exige herramientas eficaces para el control glucémico. Este trabajo revisa la eficacia de los sistemas de monitorización flash de glucosa (FGM), que ofrecen datos continuos y sin punciones digitales. A través de una revisión bibliográfica, se identificaron beneficios significativos: reducción de HbA1c, menor frecuencia de hipoglucemias, menos hospitalizaciones y mejora en la calidad de vida. El FGM permite una gestión más precisa y segura de la diabetes, optimizando el tratamiento y reduciendo complicaciones, lo que lo convierte en una estrategia clave para el control de esta enfermedad.*

Palabras clave: *Diabetes Mellitus - Hypoglycemia - Hb A1c*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El número de personas con diabetes está aumentando en todo el mundo: el 90% padece diabetes de tipo 2 y una quinta parte de ellas está en tratamiento con insulina. Una proporción significativa de los adultos con diabetes de tipo 2 tratados con insulina son menores de 65 años y suelen tener un mal control glucémico.

En la actualidad, la determinación de la HbA1c sigue siendo el principal método estándar para evaluar el control glucémico. Sin embargo, no puede reflejar el riesgo de hipoglucemia ni indicar la variabilidad de la glucosa, lo que, según informes recientes, se asocia a un resultado clínico inferior.

La detección de la hipoglucemia o de la variabilidad de la glucosa puede resultar difícil con la automonitorización de la glucemia, que suele ser el principal método utilizado para la autogestión y el ajuste del tratamiento con insulina. En el caso de los participantes en tratamiento intensivo con insulina, es necesario realizar cuatro o más pruebas de glucemia al día para ajustar las dosis de insulina de forma segura y eficaz. Esto no siempre se consigue debido al dolor y los inconvenientes asociados a este método de medición de la glucosa.

Una herramienta que puede contribuir a una evaluación más exhaustiva de la glucemia es la monitorización continua de la glucosa. Recientemente, se ha introducido un sistema de monitorización instantánea de la glucosa para la medición de la glucosa intersticial. Este tipo de sistemas permiten monitorizar los niveles de glucosa sin necesidad de realizar pruebas con punción digital.

El sistema FGM se compone de un pequeño sensor de un solo uso, calibrado en fábrica, que mide continuamente los niveles de glucosa intersticial. El sensor se coloca en la parte posterior del brazo durante un máximo de 14 días y actualiza automáticamente los datos de glucosa cada minuto. El sensor es escaneado por un lector independiente donde se refleja el valor de la glucemia. También se muestran datos que incluyen la tendencia de la glucosa; es decir, una flecha y una curva de los valores de glucosa del periodo anterior de 8 h.

El desarrollo de la monitorización continua de la glucosa y la disponibilidad de datos sobre la glucosa aumentan la evaluación clínica del control glucémico.

Objetivo:

El objetivo principal ha sido mostrar en qué consisten los sistemas de monitorización flash de glucosa. El objetivo secundario es enumerar los beneficios que supone para el paciente diabético el uso de este tipo de dispositivos.

Material y Método:

Se ha realizado una búsqueda de bibliografía en diferentes bases de datos como Pubmed,Scielo y Dialnet y en la biblioteca virtual del SESCAM (Discovery). Para ello se han utilizado las palabras clave Monitoreo continuo de glucosa, Diabetes Mellitus, hypoglycemia y Hb A1 utilizando el operador boleano “AND”. Como criterio de inclusión se ha utilizado el idioma tanto en español como en inglés y que el año de publicación sea inferior a 10 años.

Resultados:

La revisión de los artículos seleccionados ha permitido identificar diversos beneficios del uso de sistemas de monitorización flash de glucosa en pacientes diabéticos, tanto en términos de calidad de vida como de control de la enfermedad.

Entre los beneficios más destacados se encuentran:

• Reducción de los niveles de HbA1c sin un aumento en la frecuencia de hipoglucemias, lo que indica un mejor control glucémico a largo plazo.

• Disminución del tiempo en hipoglucemia, contribuyendo a una mayor estabilidad glucémica.

• Reducción significativa de la incidencia de ingresos hospitalarios y del absentismo laboral debido a complicaciones asociadas a la diabetes.

• Mejora en la calidad de vida de los pacientes, según se menciona en varios de los estudios revisados.

Conclusiones:

El sistema de monitorización de glucosa ha demostrado ser una herramienta eficaz para el manejo de la diabetes mellitus. Entre sus principales beneficios se destacan:

• Mejora significativa del control glucémico sin un aumento en la frecuencia de hipoglucemias.

• Reducción considerable de los niveles de HbA1c, lo que indica un mejor control a largo plazo de la glucosa en sangre.

• Disminución de las hipoglucemias y del tiempo que los pacientes pasan en estado de hipoglucemia.

• Menor número de ingresos hospitalarios debido a complicaciones relacionadas con la diabetes.

• Mayor tiempo en rango, con menos episodios de hiperglucemia e hipoglucemia, lo que contribuye a una mejor calidad de vida para los pacientes.

Estos resultados subrayan la importancia de la monitorización continua de la glucosa como una estrategia clave en el manejo de la diabetes, proporcionando datos en tiempo real que permiten ajustes precisos en el tratamiento y mejoran los resultados clínicos.

Bibliografía

1. Yaron M, Roitman E, Aharon-Hananel G, Landau Z, Ganz T, Yanuv I, Rozenberg A, Karp M, Ish-Shalom M, Singer J, Wainstein J, Raz I. Effect of Flash Glucose Monitoring Technology on Glycemic Control and Treatment Satisfaction in Patients With Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 2019 Jul;42(7):1178-1184. doi: 10.2337/dc18-0166. Epub 2019 Apr 29. PMID: 31036546.

2. Kröger J, Fasching P, Hanaire H. Three European Retrospective Real-World Chart Review Studies to Determine the Effectiveness of Flash Glucose Monitoring on HbA1c in Adults with Type 2 Diabetes. Diabetes Ther. 2020 Jan;11(1):279-291. doi: 10.1007/s13300-019-00741-9. Epub 2019 Dec 12. PMID: 31833041; PMCID: PMC6965548.

3. Bolinder J, Antuna R, Geelhoed-Duijvestijn P, Kröger J, Weitgasser R. Novel glucose-sensing technology and hypoglycaemia in type 1 diabetes: a multicentre, non-masked, randomised controlled trial. Lancet. 2016 Nov 5;388(10057):2254-2263. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31535-5. Epub 2016 Sep 12. PMID: 27634581.

4. Roussel R, Riveline JP, Vicaut E, de Pouvourville G, Detournay B, Emery C, Levrat-Guillen F, Guerci B. Important Drop in Rate of Acute Diabetes Complications in People With Type 1 or Type 2 Diabetes After Initiation of Flash Glucose

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 128

Tatuajes: Riesgos de los que nadie habla

Nieves López, Isabel
Meneses Jimenez, Mª Teresa

TATUAJES: RIESGOS DE LOS QUE NADIE HABLA

Nieves López, Isabel; Enfermera Gerencia de Atención Primaria de Ávila
Meneses Jiménez, Mª Teresa; Enfermera Complejo Asistencial de Ávila

INTRODUCCION

A lo largo de la historia, los tatuajes han evolucionado en su significado y en las técnicas utilizadas, pasando de ser rituales o marcas de guerra a convertirse en una forma de expresión personal y artística en la actualidad.

Un tatuaje es una modificación corporal en la que se realiza una decoración en la piel, mediante la inserción de sustancias con color debajo de la superficie. Durante ese proceso la piel es perforada con un instrumento puntiagudo o agujas hechas de materiales diversos, que arrastran los pigmentos hasta la dermis

Se han convertido en una moda, especialmente entre la población adolescente, que implica serios riesgos que se desconocen.

OBJETIVO

Identificar los riesgos para la salud asociados a la realización de los tatuajes.

METODOLOGIA

BASES DE DATOS
Biblioteca Virtual en Salud (BVS)
LILACS
Scielo
Dialnet
Google académico

DESCRIPTORES DECS
Tatuaje
Riesgo
Salud

Criterios de inclusión: Publicado en los últimos 5 años (2020 a 2024), en inglés y español y con texto completo gratuito.

RESULTADOS

Los tatuajes pueden conllevar varios riesgos para la salud:

- ✓ **Reacciones alérgicas**: dermatitis, fotodermatosis, urticaria, prurito, ….
- ✓ **Infecciones en la piel**: localizadas o sistemáticas
- ✓ **Problemas dermatológicos**: granulomas, queloides, sarcoidosis, …
- ✓ **Enfermedades transmitidas por la sangre**: VIH, hepatitis B, hepatitis C, infecciones por estafilococo, …
- ✓ **Tumores**
- ✓ **Reacciones a resonancias magnéticas**: En ocasiones, los tatuajes pueden causar hinchazón o ardor durante una resonancia magnética

Es fundamental que tanto la persona como el establecimiento dedicados a la realización de tatuajes cumplan con las condiciones higiénicas sanitarias requeridas para proteger la salud de los usuarios y minimizar estos riesgos.

CONCLUSION

Es importante que los usuarios, antes de realizarse tatuajes, conozcan los riesgos y complicaciones derivados de ellos.

La aplicación de tatuajes no es una práctica inocua, pueden producirse desde reacciones inflamatorias y alérgicas hasta tumores pasando por enfermedades infecciosas como son los diversos tipos de hepatitis.

Las enfermeras juegan un papel vital en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través de la educación sanitaria. Al proporcionar información precisa y relevante sobre los riesgos de los tatuajes, pueden ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas y a mantener su salud y bienestar

BIBLIOGRAFIA

Tierz Puyuelo, Silvia et al. Complicaciones y cuidado local de la piel tras la realización de un tatuaje: revisión sistemática. *Gerokomos*, 2021, vol.32, no.4, p.257-262. ISSN 1134-928X

Márquez-González, Y., Cortina-Luna, F. A., & García-Mejía, D. Los tatuajes y los riesgos a la salud por una mala práctica. *Salud Jalisco*, 2020, vol *6*, no.3, p.228-234.

Morales-Cardona CA, Llamas-Castellanos BC. Complicaciones infecciosas de los tatuajes permanentes: la piel sin ley. Parte I. Iatreia. 2021 Oct-Dic;34(4): 335-46. DOI 10.17533/udea.iatreia.105.

Resumen: *Durante historia, los tatuajes han evolucionado en su significado y en las técnicas utilizadas, pasando de ser rituales o marcas de guerra a convertirse en una forma de expresión personal y artística en la actualidad.*

El objetivo es identificar los riesgos para la salud asociados de la realización de tatuajes.

La aplicación de tatuajes no es una práctica inocua, pueden producirse desde reacciones inflamatorias y alérgicas hasta tumores pasando por enfermedades infecciosas como diversos tipos de hepatitis.

Las enfermeras juegan un papel vital en la promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante educación sanitaria.

Palabras clave: *Tatuaje - Riesgo - Salud*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

A lo largo de la historia, los tatuajes han evolucionado en su significado y en las técnicas utilizadas, pasando de ser rituales o marcas de guerra a convertirse en una forma de expresión personal y artística en la actualidad.

Un tatuaje es una modificación corporal en la que se realiza una decoración en la piel, mediante la inserción de sustancias con color debajo de la superficie. Durante ese proceso la piel es perforada con un instrumento puntiagudo o agujas hechas de materiales diversos, que arrastran los pigmentos hasta la dermis

Se han convertido en una moda, especialmente entre la población adolescente, que implica serios riesgos que se desconocen.

Objetivo:

Identificar los riesgos para la salud asociados a la realización de los tatuajes.

Metodología:

Revisión bibliográfica en las bases de datos: Biblioteca Virtual en Salud (BVS), LILACS, Scielo, Dialnet y Google académico, utilizando como descriptores DeCs las palabras clave tatuaje, riesgo y salud.

Criterios de inclusión: Publicado en los últimos 5 años (2020 a 2024), en inglés y español y con texto completo gratuito.

Resultados:

Los tatuajes pueden conllevar varios riesgos para la salud:

- ✓ Reacciones alérgicas: dermatitis, fotodermatosis, urticaria, prurito, ….
- ✓ Infecciones en la piel: localizadas o sistemáticas
- ✓ Problemas dermatológicos: granulomas, queloides, sarcoidosis, …
- ✓ Enfermedades transmitidas por la sangre: VIH, hepatitis B, hepatitis C, infecciones por estafilococo, …
- ✓ Tumores
- ✓ Reacciones a resonancias magnéticas: En ocasiones, los tatuajes pueden causar hinchazón o ardor durante una resonancia magnética

Es fundamental que tanto la persona como el establecimiento dedicado a la realización de tatuajes cumplan con las condiciones higiénicas sanitarias requeridas para proteger la salud de los usuarios y minimizar estos riesgos.

Conclusiones:

Es importante que los usuarios, antes de realizarse tatuajes, conozcan los riesgos y complicaciones derivados de ellos.

La aplicación de tatuajes no es una práctica inocua, pueden producirse desde reacciones inflamatorias y alérgicas hasta tumores pasando por enfermedades infecciosas como son los diversos tipos de hepatitis.

Las enfermeras juegan un papel vital en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través de la educación sanitaria. Al proporcionar información precisa y relevante sobre los riesgos de los tatuajes, pueden ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas y a mantener su salud y bienestar.

Bibliografía

1. Tierz Puyuelo, Silvia et al. Complicaciones y cuidado local de la piel tras la realización de un tatuaje: revisión sistemática. Gerokomos, 2021, vol.32, no.4, p.257-262. ISSN 1134-928X

2. Márquez-González, Y., Cortina-Luna, F. A., & García-Mejía, D. Los tatuajes y los riesgos a la salud por una mala práctica. Salud Jalisco, 2020, vol 6, no.3, p.228-234.

3. Morales-Cardona CA, Llamas-Castellanos BC. Complicaciones infecciosas de los tatuajes permanentes: la piel sin ley. Parte I. Iatreia. 2021 Oct-Dic;34(4): 335-46. DOI 10.17533/udea.iatreia.105.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 129

Técnica Mölndal: Una Solución Innovadora para Heridas Quirúrgicas

Gómez López, Belén Encarnación

XVI CONGRESO
DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA:
INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO

"Técnica Mölndal: Una Solución Innovadora para Heridas Quirúrgicas"

Gómez López, Belén Encarnación

INTRODUCCIÓN

Las infecciones en heridas quirúrgicas representan una complicación común, de gran impacto clínico y económico, constituyendo la tercera causa más frecuente de infecciones en el ámbito sanitario.
Frente a esta problemática, se desarrolló la técnica Mölndal con el propósito de reducir el riesgo de infección, optimizando así la cicatrización de las heridas quirúrgicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta revisión bibliográfica se llevó a cabo mediante la consulta de bases de datos electrónicas como Scielo y Science Direct. Además, se incorporó la búsqueda de artículos en el portal bibliográfico Dialnet.
Se emplearon como palabras clave: *"cura Mölndal"*, *"herida quirúrgica"* y *"cura plana"*.
Los criterios metodológicos incluyeron un rango temporal entre 2020 y 2025, y se limitaron los resultados a publicaciones en español e inglés. Obteniéndose, el mayor número de artículos en español.
El propósito principal de esta revisión sistemática fue explorar la técnica Mölndal, su implementación, así como sus ventajas y posibles limitaciones.

RESULTADOS

La técnica Mölndal consiste en aplicar un apósito de fibra hidrocoloide sobre una herida quirúrgica limpia, el cual se sella con un apósito tipo film de poliuretano. Este vendaje se mantiene sin ser retirado por un período de hasta siete días. No obstante, se debe realizar un seguimiento visual a través del film transparente para detectar posibles signos de infección o un exceso de exudado; en caso de presentarse alguno de estos, será necesario retirar la cura.
La aplicación de esta técnica incluye los siguientes pasos:
Primero, se realiza el lavado de la herida quirúrgica con suero fisiológico.
Luego, se aplica un antiséptico, como la clorhexidina alcohólica al 2%, permitiendo que se seque adecuadamente según el tiempo recomendado.
A continuación, se coloca el apósito hidrocoloide, asegurando que sobresalga unos centímetros del borde de la herida, y se cubre con el film transparente.
En comparación con la cura plana, la técnica Mölndal presenta diferencias significativas en algunos aspectos del proceso de curación:
Se evidencia una menor irritación o enrojecimiento en la piel circundante a la herida.
Brinda mayor confort al paciente, ya que el apósito impermeable permite mantener la higiene corporal sin necesidad de retirarlo.
Además, disminuye la frecuencia de las curas, ya que puede permanecer hasta una semana sin cambios, lo que también reduce la carga asistencial del personal de Enfermería.

CONCLUSIONES

La técnica Mölndal se caracteriza por su sencilla aplicación y por disminuir la frecuencia de los cambios de apósito, lo que la convierte en una opción costo-efectiva. Además, contribuye a una mayor comodidad y autonomía del paciente, favoreciendo así su bienestar y calidad de vida.
Adicionalmente, al requerir menos manipulación de la herida, se reduce el riesgo de infección, y el entorno húmedo que proporciona favorece el proceso de cicatrización.
No obstante, es necesario contar con más estudios científicos que respalden su eficacia, evaluando su aplicación en distintos tipos de heridas y comparándola con otras técnicas de curación.

Resumen: *Las infecciones en heridas quirúrgicas representan una complicación común, de gran impacto clínico y económico, constituyendo la tercera causa más frecuente de infecciones en el ámbito sanitario.*

Frente a esta problemática, se desarrolló la técnica Mölndal con el propósito de reducir el riesgo de infección, optimizando así la cicatrización de las heridas quirúrgicas. El propósito principal de esta revisión sistemática fue explorar la técnica Mölndal, su implementación, así como sus ventajas y posibles limitaciones.

Palabras clave: *Cura Molndal - Herida Quirúrgica - Cura Plana*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las infecciones en heridas quirúrgicas representan una complicación común, de gran impacto clínico y económico, constituyendo la tercera causa más frecuente de infecciones en el ámbito sanitario.

Frente a esta problemática, se desarrolló la técnica Mölndal con el propósito de reducir el riesgo de infección, optimizando así la cicatrización de las heridas quirúrgicas.

Material y Métodos:

Esta revisión bibliográfica se llevó a cabo mediante la consulta de bases de datos electrónicas como Scielo y Science Direct. Además, se incorporó la búsqueda de artículos en el portal bibliográfico Dialnet.

Se emplearon como palabras clave: *“cura Mölndal”, “herida quirúrgica” y “cura plana”.*

Los criterios metodológicos incluyeron un rango temporal entre 2020 y 2025, y se limitaron los resultados a publicaciones en español e inglés. Obteniéndose, el mayor número de artículos en español.

El propósito principal de esta revisión sistemática fue explorar la técnica Mölndal, su implementación, así como sus ventajas y posibles limitaciones.

Resultados:

La técnica Mölndal consiste en aplicar un apósito de fibra hidrocoloide sobre una herida quirúrgica limpia, el cual se sella con un apósito tipo film de poliuretano. Este vendaje se mantiene sin ser retirado por un período de hasta siete días. No obstante, se debe realizar un seguimiento visual a través del film transparente para detectar posibles signos de infección o un exceso de exudado; en caso de presentarse alguno de estos, será necesario retirar la cura.

La aplicación de esta técnica incluye los siguientes pasos:

Primero, se realiza el lavado de la herida quirúrgica con suero fisiológico.

Luego, se aplica un antiséptico, como la clorhexidina alcohólica al 2%, permitiendo que se seque adecuadamente según el tiempo recomendado.

A continuación, se coloca el apósito hidrocoloide, asegurando que sobresalga unos centímetros del borde de la herida, y se cubre con el film transparente.

En comparación con la cura plana, la técnica Mölndal presenta diferencias significativas en algunos aspectos del proceso de curación:

Se evidencia una menor irritación o enrojecimiento en la piel circundante a la herida.

Brinda mayor confort al paciente, ya que el apósito impermeable permite mantener la higiene corporal sin necesidad de retirarlo.

Además, disminuye la frecuencia de las curas, ya que puede permanecer hasta una semana sin cambios, lo que también reduce la carga asistencial del personal de Enfermería

Conclusiones:

La técnica Mölndal se caracteriza por su sencilla aplicación y por disminuir la frecuencia de los cambios de apósito, lo que la convierte en una opción costo-efectiva. Además, contribuye a una mayor comodidad y autonomía del paciente, favoreciendo así su bienestar y calidad de vida.

Adicionalmente, al requerir menos manipulación de la herida, se reduce el riesgo de infección, y el entorno húmedo que proporciona favorece el proceso de cicatrización.

No obstante, es necesario contar con más estudios científicos que respalden su eficacia, evaluando su aplicación en distintos tipos de heridas y comparándola con otras técnicas de curación.

Bibliografía

1. T Incluir mínimo 3 y máximo 5 referencias siguiendo las Normas de Vancouver. Su exactitud son responsabilidad de los autores por lo que se ruega una revisión exhaustiva de éstas y su comprobación con los documentos originales, para que no contengan errores que puedan entorpecer su localización por parte de los lectores interesados. Ejemplo:

1. Ferrero NA, Bortsov AV, Arora H, et al. Simulator training enhances resident performance in transesophageal echocardiography. Anesthesiology. 2014;120(1):149-159.

2. Kahle W, Leonhart H, Platzer W. Atlas de Anatomía Vol.1. Barcelona: Omega; 1995.

1. Díaz FJ, Muñoz Conde M, Cabello Jaime R. Técnica modificada Mölndal/Jubilee frente a tratamiento tradicional en heridas quirúrgicas tras cirugía menor en atención primaria. Gerokomos. 2022;33(3):185-91.

2. Alcalde CA, Lluch AV, Cuairan MJI, Cano SS, Bernuz SB, Iranzo MS. Aplicación técnica Mölndal en herida quirúrgica; beneficios frente a cura convencional. Revista Sanitaria de Investigación. 2022;3(7):70.

3. Barrena López S, Bonilla Gracia A, Oto Mullotaipe ED, Peña Barrero L, Arezes de Sousa AR, Barrena López N. ¿Qué es la cura Mölndal y para qué se utiliza? Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2022;3(9):122

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 130

Terapia espejo asistida con robot tras accidente cerebrovascular.

Gómez Artillo, Cristina

TERAPIA ESPEJO ASISTIDA CON ROBOT TRAS ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

CRISTINA GÓMEZ ARTILLO

INTRODUCCIÓN

Los ictus son la principal causa de muerte y discapacidad a largo plazo. Las secuelas más frecuentes son paresia, tono muscular anormal y disminución de la somatosensibilidad y coordinación en miembro superior. Se estima que sólo un 12% recupera la funcionalidad de miembro superior completa tras el ictus.

La terapia espejo es muy frecuente y útil, sin embargo, hay pacientes que no son capaces de realizar el movimiento de forma activa en el lado parético, por ello, la ayuda de un dispositivo externo mecanizado podría ser muy interesante.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una estrategia de búsqueda en Pubmed empleando los términos: *"Mirror Movement Therapy", "robotic therapy", "stroke"* y *"randomized controlled trial".*

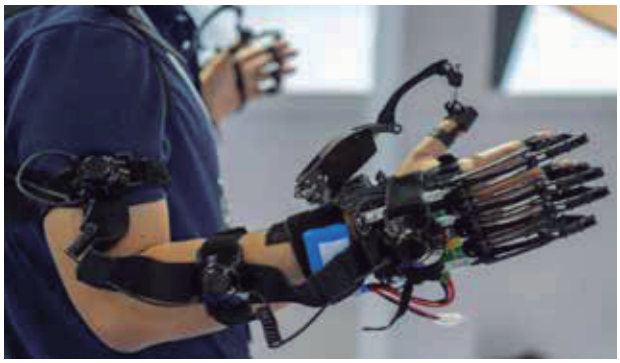
OBJETIVO:

Analizar el beneficio de añadir el uso de robot al procedimiento de terapia con espejo convencional en pacientes que presentan paresia de miembro superior tras accidente cerebrovascular.

RESULTADOS:

Se han incluido 2 estudios. En ambos el tratamiento consistía en la realización de ejercicios de miembro superior mediante la terapia espejo. En el grupo control el brazo afectado (oculto detrás del espejo) se mantenía relajado, mientras que el grupo experimental este brazo realizaba los mismos ejercicios pero asistidos por un brazo robótico. Los resultados de ambos estudios son:

- **Schrader *et al. (2022):* El grupo experimental mejoró significativamente a nivel motor y sensitivo. El grupo control no lo hizo. Pero no hubo diferencia significativa entre grupos.**
- **Kurniawan *et al (2024):* Ambos grupos mejoraron función motora y dominio motor. La diferencia entre grupos sí fue significativa.**



CONCLUSIÓN

El efecto de combinar terapia robótica con terapia de espejo es beneficioso tanto en la función motora y dominio motor como en la función sensitiva. Siendo una opción recomendable para los pacientes con afectación de miembro superior por accidente cerebrovascular.

BIBLIOGRAFÍA:
1.Chen, Y. W., Li, K. Y., Lin, C. H., Hung, P. H., Lai, H. T., & Wu, C. Y. (2023). The effect of sequential combination of mirror therapy and robot-assisted therapy on motor function, daily function, and self-efficacy after stroke. Scientific reports, 13(1), 16841. 2. Schrader, M., Sterr, A., Kettlitz, R., Wohlmeiner, A., Buschfort, R., Dohle, C., & Bamborschke, S. (2022). The effect of mirror therapy can be improved by simultaneous robotic assistance. Restorative neurology and neuroscience, 40(3), 185-194. 3. Kurniawan, S., Mubarak, H., Sam, N., Waluyo, Y., Zainuddin, A. A., & Mochtar, A. A. (2024). Enhancing Hand Motor Recovery Poststroke: A Comparative Study of Robotic vs Conventional Mirror Therapy. Archives of physical medicine and rehabilitation.

SATSE

Resumen: *Los ictus son una de las principales causas de muerte y discapacidad a largo plazo. Las secuelas más frecuentes afectan a la función motora del miembro superior. Para su tratamiento fisioterápico se emplea la terapia espejo. En esta revisión se plantea el beneficio que provoca añadir a este tratamiento una asistencia al movimiento del lado parético. Se concluye que la terapia con robot es beneficiosa para mejorar la función motora, sensitiva y del dominio motor.*

Palabras clave: *Accidente cerebrovascular - Terapia del Movimiento Espejo - Dispositivo exoesqueleto*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Un accidente cerebrovascular es un trastorno caracterizado por causar déficit neurológicos focales y globales. Los ictus son una de las principales causas de muerte y discapacidad a largo plazo. Las secuelas más frecuentes en miembro superior y, por tanto, la causa de discapacidad más común en estos pacientes son paresia, tono muscular anormal y disminución de la somatosensibilidad y la coordinación. Se estima que afecta al 80% de los pacientes con ictus en la fase aguda y que el 40% lo mantiene como secuela. Incluso hay autores que afirman que, a largo plazo, solo el 12% de los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular o lesión cerebral traumática logran recuperar de forma completa la funcionalidad que tenían previamente.

Para la rehabilitación del miembro superior se proponen diferentes tratamientos, dentro de ellos encontramos la terapia espejo. Esta técnica ha mostrado eficacia y es muy fácil y económica de aplicar en nuestros pacientes. Consiste en colocar un espejo en la línea media del paciente de modo que el brazo no parético se refleje en el mismo. Mientras el paciente realiza movimientos bilaterales, el reflejo del brazo no parético parece simular visualmente ser el miembro superior parético, que se encuentra en la parte oculta del espejo. La efectividad de este tratamiento está a nivel cortical, ya que la activación neuronal que provoca ver el brazo menos afectado simulando ser el parético realizando un movimiento de forma correcta, hace que el circuito sensoriomotor afectado favorezca la reorganización neuronal y pueda promover la neuroplasticidad y la recuperación de los patrones de movimiento.

El problema de la terapia espejo aplicada de forma bilateral, es que hay pacientes que no tienen la activación mínima necesaria para provocar una acción concreta en el miembro parético, por ello, la ayuda de un dispositivo robótico que asista el movimiento del miembro superior afecto puede ser clave para reeducar el reclutamiento motor y favorecer la recuperación de la función de la mano. Este es el principal motivo por el que se propone esta combinación de terapias que pueden ser muy beneficiosas si se combinan y se suma los efectos de ambas en el sistema neurológico del paciente con daño tras accidente cerebrovascular.

Objetivos:

El objetivo principal de esta revisión es analizar el beneficio de añadir el uso de un robot al procedimiento de terapia con espejo convencional en pacientes que presentan paresia de miembro superior tras un accidente cerebrovascular.

Material y Método:

Para realizar esta revisión sistemática se realizó una estrategia de búsqueda en la base de datos Pubmed. Se emplearon los términos: “Mirror Movement Therapy”, “robotic therapy”, “stroke” y "randomized controlled trial".

Se incluyeron los ensayos clínicos aleatorizados cuyos pacientes tuvieran un antecedente de ictus que le provoque una deficiencia funcional en miembro superior y cuya intervención sea terapia de espejo a la que se le añada terapia combinada con mecanismo motorizado externo.

Resultados:

Se incluyeron 2 estudios que se analizaron a texto completo y cumplían los criterios de inclusión.

El primero de los estudios, publicado por Schrader et al., es un ensayo clínico aleatorizado que analizaron los pacientes con lesión cerebral adquirida, ya sea por accidente cerebrovascular o por traumatismo. En la investigación dividieron a los participantes en dos grupos. Todos recibieron 15 sesiones de 30 minutos de forma individual, repartidas de 3 a 5 días a la semana de terapia espejo. El tratamiento era similar en cuanto a número de repeticiones y movimientos realizados. En el grupo control los pacientes colocaban el brazo parético detrás del espejo de forma cómoda, mientras el grupo de intervención recibía movimiento pasivo por parte de un dispositivo externo mecanizado. A este grupo se le pidió que combinara el movimiento pasivo que recibía por parte del robot con el movimiento del miembro superior sano.

En cuanto a los resultados de este estudio, el grupo de intervención mostró mejora estadísticamente significativa en función motora y sensibilidad mientras que el grupo control no lo hizo. En dolor, en ninguno de los grupos la mejoría fue estadísticamente significativa. En la comparación entre grupos la diferencia no fue significativa en ninguna de las variables analizadas.

El otro estudio analizado fue el de Kuriawan et al., un ensayo clínico aleatorizado en el que, al igual que en la investigación anterior, un grupo de participantes recibió terapia espejo convencional (grupo control) y el otro grupo (experimental) recibió asistencia robótica durante la realización de la terapia. La intervención en este caso fue de 6 semanas, con 3 sesiones en cada una de ellas.

En ambos grupos la mejora tanto en función motora como en dominio motor de la mano fue estadísticamente significativa. En este caso, sí hubo diferencia significativa entre grupos, obteniendo el grupo experimental mejores resultados en ambas variables.

Resultados:

El efecto de combinar terapia robótica con terapia de espejo es beneficioso tanto en la función motora y dominio motor como en la función sensitiva. Siendo una opción recomendable como tratamiento para los pacientes con afectación de miembro superior al sufrir un accidente cerebrovascular.

Bibliografía

1.Chen, Y. W., Li, K. Y., Lin, C. H., Hung, P. H., Lai, H. T., & Wu, C. Y. (2023). The effect of sequential combination of mirror therapy and robot-assisted therapy on motor function, daily function, and self-efficacy after stroke. Scientific reports, 13(1), 16841.

2. Schrader, M., Sterr, A., Kettlitz, R., Wohlmeiner, A., Buschfort, R., Dohle, C., & Bamborschke, S. (2022). The effect of mirror therapy can be improved by simultaneous robotic assistance. Restorative neurology and neuroscience, 40(3), 185-194.

3. Kurniawan, S., Mubarak, H., Sam, N., Waluyo, Y., Zainuddin, A. A., & Mochtar, A. A. (2024). Enhancing Hand Motor Recovery Poststroke: A Comparative Study of Robotic vs Conventional Mirror Therapy. Archives of physical medicine and rehabilitation.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 131

Termoterapia en el parto como alivio del dolor

García Mulas, Isabel

TERMOTERAPIA EN EL PARTO COMO ALIVIO DEL DOLOR

Autora/ Author García Mulas I.

INTRODUCCION

La termoterapia, aplicada de forma superficial, provoca hiperemia por vasodilatación, que favorece la llegada de nutrientes a la zona tratada, aumenta la oxigenación de los tejidos y reduce la isquemia, que es una de las causas del dolor. Además, este aumento de flujo sanguíneo mejora la eliminación de residuos y sustancias algógenas segregadas localmente a causa del daño tisular, como las prostaglandinas, la noradrenalina o las histaminas, que son fácilmente arrastradas por el incremento del flujo sanguíneo. También produce una acción sedante, ya que influye en los impulsos nerviosos; puede inhibir o disminuir la sensación de dolor cuando la aplicación es prolongada y eleva el umbral de dolor por el calentamiento de otros tejidos, como la piel. Se puede aplicar utilizando calor seco, que aumenta la temperatura de forma rápida, o calor húmedo, que penetra en los tejidos en mayor profundidad

La temperatura máxima tolerada por nuestra piel si se transmite por el agua es de 45- 46º. Debido a estas características, la aplicación de calor húmedo sobre el cuerpo produce un efecto más intenso que la aplicación de calor seco. La compresa mojada con agua caliente y escurrida es muy bien tolerada sobre la piel. Produce una menor transferencia térmica que el calor seco pero ocasiona una penetración superior del calor.
Estos campos no constituyen una fuente constante de calor, ya que la temperatura desciende de forma rápida cuando se retira del agua caliente y es necesario sumergirla de nuevo para conseguir más calor.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de la termoterapia para reducir el dolor perineal durante el periodo expulsivo de parto.
Valorar la diferencia entre los dos tipos de aplicaciones de calor, húmedo y seco.

Efectos fisiológicos de la termoterapia

Efecto vascular

Si la aplicación de calor local es duradera se produce una disminución del tono vascular y los vasos sanguíneos de la zona se van dilatando y acumulando en ellos una gran cantidad de sangre. Por otra parte, en la zona de aplicación se produce un aumento del número de leucocitos y de anticuerpos, mientras dura la aplicación hasta, como máximo, dos horas después de ella.

Efecto metabólico

Un aumento de la temperatura producirá un aumento de la actividad enzimática. El aumento de la velocidad de las reacciones bioquímicas produce un incremento en la captación de oxigeno por parte de los tejidos y de nutrientes a las células del tejido muscular que contribuyen a la cicatrización, a la reparación tisular, a la relajación de los músculos y al alivio del dolor. El calor facilita la eliminación de las sustancias metabólicas. Los materiales de desecho producidos en las células de los tejidos son fácilmente arrastrados por el incremento del flujo sanguíneo.

Efecto neuromuscular

La aplicación de calor superficial contribuye a reducir el tono muscular, disminuyendo la rigidez. La aplicación de calor a 40º- 45º C. relaja y disminuye el tono y la excitabilidad muscular por lo que está muy indicado en caso de hipertonía muscular. La aplicación externa de calor actúa relajando las fibras musculares lisas de los órganos y vísceras internas, por lo que están indicado para combatir espasmos patológicos de las mismas. La eficacia del calor se encuentra clínicamente documentada para combatir el espasmo muscular de defensa, ya que disminuye la sensibilidad al estiramiento.

Efecto analgésico

La termoterapia tiene una acción sedante del dolor ya que influye sobre los impulsos nerviosos y puede inhibir o disminuir la sensación de dolor cuando la aplicación es prolongada. La aplicación de calor a un nervio periférico produce la disminución de dolor en el área inervada por el mismo, sin afectar la función motora. Además, se eleva el umbral del dolor por calentamiento de otros tejidos como la piel y se reducen los espasmos musculares secundarios.

METODOLOGIA

Búsqueda bibliográfica en bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane, ENFISPO e IBECS mediante DeCs: "dolor"; "termoterapia" Y "nacimiento" y MeSh: "pain"; "thermotherapy"; Y "birth" entre los años 2014-2024 haciendo lectura crítica con guías Caspe

RESULTADOS

En la Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal elaborada por el Ministerio de Sanidad se recomienda con grado de recomendación A, la aplicación de compresas calientes en la segunda etapa del parto para reducir las lesiones graves. También la Guia Nice del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists y las recomendaciones sobre la asistencia al parto de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia recomiendan la aplicación de compresas calientes en el periné durante el periodo expulsivo de parto como medida para distender el periné y evitar lesiones posparto.
Diversos estudios comparan el uso de calor húmedo con el uso de calor seco observándose un aumento de perinés sin sutura en el grupo de calor húmedo del 15,2% y un 6% en el grupo de calor seco. Así, para comparar la efectividad del calor húmedo y del calor seco durante el periodo expulsivo para disminuir el número de suturas posparto se analizaron estas variables y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes aplicaciones de calor, húmedo y seco.

Contraindicaciones de la termoterapia

*Pacientes con hemorragias activas.
*Heridas abiertas y ulceraciones de la piel.
*Tromboflebitis agudas.
*Neoplasias.

CONCLUSION Y DISCUSION

La aplicación de termoterapia en el periné de forma superficial es eficaz para reducir la percepción del dolor durante el periodo expulsivo de un parto normal por lo que lo recomiendan las principales guías de practica clínica.
Aunque el calor seco se utiliza en diferentes terapias y sus efectos están bien documentado al comparar los dos tipos de aplicaciones de calor, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos. A pesar de ello, se observó que con el calor húmedo se obtuvieron mejores resultados que con el calor seco. Según la bibliografía consultada, este hecho se puede atribuir a que el calor húmedo tiene mayor capacidad de penetración en los tejidos, debido a la utilización del agua como medio conductor de calor, lo que permite que su efecto sea más intenso.

BIBLIOGRAFIA:

*Fernández Medina, I.M. 2014. Alternativas analgésicas al dolor de parto. *Enfermería Global*. 13, 1 (ene. 2014), 400–406. DOI:https://doi.org/10.6018/eglobal.13.1.162531.

*Pico-Solís, V. M., & Freire-Montesdeoca, J. M. (2025). Revisión del manejo actual del parto eutócico clínico vs el parto eutócico ancestral . *MQRInvestigar*, *9*(1), e420. https://doi.org/10.56048/MQR20225.9.1.2025.e420

*Roldan L. Manejo del dolor mediante medidas no farmacológicas durante el proceso del parto.2022. Universidad de Cantabria [Internet]. Disponible en: file:///C:/Users/FANNY/Downloads/2022_LuisL.pdf

Resumen: *Objetivo: Evaluar la eficacia de la termoterapia para reducir el dolor perineal durante el periodo expulsivo de parto, así como valorar la diferencia entre la aplicación húmeda y seca.*

Resultados: Las principales guías de práctica clínica recomiendan el uso de termoterapia en el periodo de expulsivo para prevención del dolor. Diversos estudios comparan el uso de calor húmedo con el uso de calor seco observándose un aumento de perinés sin sutura en el grupo de calor húmedo.

Conclusiones: La aplicación de termoterapia en el periné es eficaz para reducir el dolor durante el periodo expulsivo de parto normal.

Palabras clave: *- DeCs: "dolor"; "termoterapia" Y "nacimiento" -MeSh: "pain"; "thermotherapy"; Y "birth"*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La termoterapia, aplicada de forma superficial, provoca hiperemia por vasodilatación, que favorece la llegada de nutrientes a la zona tratada, aumenta la oxigenación de los tejidos y reduce la isquemia, que es una de las causas del dolor. Además, este aumento de flujo sanguíneo mejora la eliminación de residuos y sustancias algógenas segregadas localmente a causa del daño tisular, como las prostaglandinas, la noradrenalina o las histaminas, que son fácilmente arrastradas por el incremento del flujo sanguíneo. También produce una acción sedante, ya que influye en los impulsos nerviosos; puede inhibir o disminuir la sensación de dolor cuando la aplicación es prolongada y eleva el umbral de dolor por el calentamiento de otros tejidos, como la piel. Se puede aplicar utilizando calor seco, que aumenta la temperatura de forma rápida, o calor húmedo, que penetra en los tejidos en mayor profundidad.

Objetivos:

Evaluar la eficacia de la termoterapia para reducir el dolor perineal durante el periodo expulsivo de parto.

Valorar la diferencia entre los dos tipos de aplicaciones de calor, húmedo y seco.

Material y Método:

Búsqueda bibliográfica en bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane, ENFISPO e IBECS mediante revisando artículos entre los años 2014-2024 y haciendo lectura crítica con guías Caspe.

Resultados:

En la Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal elaborada por el Ministerio de Sanidad se recomienda con grado de recomendación A, la aplicación de compresas calientes en la

segunda etapa del parto para reducir las lesiones graves. También la Guia Nice del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists y las recomendaciones sobre la asistencia al parto de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia recomiendan la aplicación de compresas calientes en el periné durante el periodo expulsivo de parto como medida para distender el periné y evitar lesiones posparto. Diversos estudios comparan el uso de calor húmedo con el uso de calor seco observándose un aumento de perinés sin sutura en el grupo de calor húmedo del 15,2% y un 6% en el grupo de calor seco. Así, para comparar la efectividad del calor húmedo y del calor seco durante el periodo expulsivo para disminuir el número de suturas posparto se analizaron estas variables y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes aplicaciones de calor, húmedo y seco.

Conclusiones:

La aplicación de termoterapia en el periné de forma superficial es eficaz para reducir la percepción del dolor durante el periodo expulsivo de un parto normal por lo que lo recomiendan las principales guías de práctica clínica. Aunque el calor seco se utiliza en diferentes terapias y sus efectos están bien documentado al comparar los dos tipos de aplicaciones de calor, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos. A pesar de ello, se observó que con el calor húmedo se obtuvieron mejores resultados que con el calor seco. Según la bibliografía consultada, este hecho se puede atribuir a que el calor húmedo tiene mayor capacidad de penetración en los tejidos, debido a la utilización del agua como medio conductor de calor, lo que permite que su efecto sea más intenso.

Bibliografía

Bibliografía 1

Fernández Medina, I.M. 2014. Alternativas analgésicas al dolor de parto. Enfermería Global. 13, 1 (ene. 2014), 400–406. DOI:https://doi.org/10.6018/eglobal.13.1.162531.

Bibliografía 2

Pico-Solís, V. M., & Freire-Montesdeoca, J. M. (2025). Revisión del manejo actual del parto eutócico clínico vs el parto eutócico ancestral. MQRInvestigar, 9(1), e420. https://doi.org/10.56048/MQR20225.9.1.2025.e420.

Bibliografía 3

Roldan L. Manejo del dolor mediante medidas no farmacológicas durante el proceso del parto.2022. Universidad de Cantabria [Internet]. Disponible en: file:///C:/Users/FANNY/Downloads/2022_LuisL.pdf

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 132

Transformando la Atención: el impacto se las APPS para Enfermería

Tapiador García, Sara
Rodrigo Martín, Magnolia Inés
Tapiador García, David

TRANSFORMANDO LA ATENCIÓN: EL IMPACTO DE LAS APPS PARA ENFERMERÍA

Tapiador García, Sara; Rodrigo Martín, M. Inés; Tapiador García, David

SATSE

INTRODUCCIÓN

Cada vez es más habitual ver a los profesionales sanitarios usar sus móviles como herramientas de trabajo.

Se estima que existen más de 3000 aplicaciones móviles (apps) específicas para enfermería, las cuales cumplen **diferentes funciones**.

- **Gestión de pacientes**
- **Recursos de referencia**
- **Educación continua**
- **Herramientas de cálculo**
- **Comunicaciones**

Todas estas apps sirven de gran ayuda para mejorar la eficiencia y la calidad asistencial.

Esta revisión tiene como objetivo analizar su utilidad y su impacto en la salud.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica abarcando una variedad de bases de datos y revistas científicas como Cochrane, Pubmed, Elservier, Scielo, J.Nurs.Res. Y JMIR.

Se incluyeron diferentes estudios publicados en los últimos 10 años, asegurando la inclusión de los estudios más recientes y relevantes en la materia. Se seleccionaron aquellos artículos que abordaran el tema de interés sin limitarse a aplicaciones móviles específicas o poblaciones particulares.

Palabras clave: "aplicaciones móviles", "enfermería" e "impacto en la salud".

CONCLUSIONES

El uso de apps para enfermería ha transformado la práctica profesional optimizando los procesos asistenciales.

La integración de estos recursos no solo ha mejorado la atención y la calidad de los cuidados a los pacientes, sino que también ha enriquecido la experiencia profesional, promoviendo un enfoque más proactivo y colaborativo en la gestión de la salud.

Su impacto en la salud es pluridimensional.

Debemos garantizar que las aplicaciones utilizadas sean seguras, de calidad y que cumplan con los estándares éticos y legales.

RESULTADOS

El uso de apps para enfermería ha crecido notablemente y esto presenta un impacto significativo en el trabajo.
Ha transformado la forma en que los profesionales de la salud interactúan con los pacientes y gestionan su atención.
La tecnología móvil ha ampliado el alcance y la capacidad de atención de enfermería, promoviendo un enfoque más centrado en el paciente.

BENEFICIOS

- Mejora de la eficiencia
- Monitoreo remoto
- Educación y capacitación
- Documentación y registros
- Comunicación y colaboración
- Bienestar personal y reducción del estrés laboral

LIMITACIONES

- Falta de interoperabilidad
- Variabilidad en la calidad
- Acceso y familiarización con nuevas tecnologías
- Privacidad de los datos
- Falta de regulación
- Resistencia al cambio

A medida que se desarrollan nuevas tecnologías, es fundamental que los profesionales de enfermería se mantengan informados y capacitados para aprovechar estos recursos de manera efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: *Existen multitud de aplicaciones móviles (apps) para enfermería, las cuales cumplen diferentes funciones.*

Todas estas apps sirven de gran ayuda para mejorar la eficiencia y la calidad asistencial. Presentan múltiples beneficios tanto para los profesionales enfermeros como para los usuarios, pero también existen una serie de limitaciones.

La tecnología móvil ha transformado la atención de enfermería, promoviendo un enfoque más centrado en el paciente y optimizando los procesos asistenciales. Por ello es necesario que los profesionales enfermeros se mantengan informados y capacitados para aprovechar estos recursos de manera efectiva.

Palabras clave: *Aplicaciones Móviles - Enfermería - Impacto En La Salud*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Cada vez es más habitual ver a los profesionales sanitarios usar sus móviles como herramientas de trabajo.

Se estima que existen más de 3000 aplicaciones móviles (apps) específicas para enfermería, las cuales cumplen diferentes funciones como:

- Gestión de pacientes
- Recursos de referencia
- Educación continua
- Herramientas de cálculo
- Comunicaciones

Todas estas apps sirven de gran ayuda para mejorar la eficiencia y la calidad asistencial.

A nivel nacional, la Estrategia de Salud Digital 2021-2026 tiene como objetivo transformar la atención sanitaria mediante la implementación de herramientas digitales, con un enfoque específico en la formación y el empoderamiento del personal de enfermería.

Esta revisión tiene como objetivo analizar la utilidad de las aplicaciones móviles y su impacto en la salud.

Metodología:

Se realizó una búsqueda bibliográfica abarcando una variedad de bases de datos y revistas científicas, incluyendo Cochrane, Pubmed, Elservier, Scielo, J.Nurs.Res. y JMIR. Se incluyeron diferentes estudios publicados en los últimos 10 años, asegurando la inclusión de los estudios más recientes y relevantes en la materia. Durante la revisión de la literatura, se seleccionaron artículos que abordaran el tema de interés sin limitarse a aplicaciones móviles específicas o poblaciones particulares.

Resultados:

El uso de apps para enfermería ha crecido notablemente y esto presenta un impacto significativo en el trabajo. Ha transformado la forma en que los profesionales de la salud interactúan con los pacientes y gestionan su atención. La tecnología móvil ha ampliado el alcance y la capacidad de atención de enfermería, promoviendo un enfoque más centrado en el paciente.

Algunos de los principales beneficios de estas apps incluyen:

- Mejora de la eficiencia: acceso rápido a información médica, protocolos de tratamiento y guías de medicamentos.

- Monitoreo remoto: útil para el manejo de enfermedades crónicas y seguimiento postoperatorio.

- Educación y capacitación: permiten mantenerse actualizado con las últimas prácticas y avances en su campo de desarrollo.

- Documentación y registros: facilitan el seguimiento de historiales clínicos, mejor coordinación del cuidado y reducción de errores en el traspaso de información.

- Comunicación y colaboración: favorecen la comunicación entre los miembros del equipo de salud, mejora la atención al paciente y facilita la toma de decisiones.

- Bienestar personal y reducción del estrés laboral: al agilizar tareas, mejora la gestión del tiempo. También existen aplicaciones que se centran en el bienestar del personal sanitario ofreciendo herramientas para la gestión del estrés, salud mental y autocuidado.

A pesar de los beneficios señalados, también existen limitaciones:

- Falta de interoperabilidad: las apps pueden tener dificultades para integrarse con los sistemas de salud existentes, lo que limita su efectividad y utilidad.

- Variabilidad en la calidad de las aplicaciones disponibles: algunas apps pueden ofrecer información médica incorrecta o no respaldada por evidencia científica, lo que puede tener efectos adversos en la salud.

- Acceso y familiarización con nuevas tecnologías: si las apps no son intuitivas o fáciles de usar se pueden cometer errores al utilizarlas e incluso abandonarlas. No todas las personas tienen el mismo acceso a teléfonos inteligentes o internet, lo que puede generar desigualdades en el uso de apps mHealth.

- Privacidad de los datos: la protección de la información personal y médica de los pacientes es fundamental, y las brechas de seguridad pueden poner en riesgo la confidencialidad.

- Falta de regulación: la ausencia de un marco legal claro para las apps de salud puede llevar a la distribución de aplicaciones de baja calidad o ineficaces.

- Resistencia al cambio de algunos profesionales de la salud: el uso personal del teléfono, su uso fuera del horario laboral, una posible sobrecarga de información son causas de desmotivación entre los profesionales.

A medida que se desarrollan nuevas tecnologías, es fundamental que los profesionales de enfermería se mantengan informados y capacitados para aprovechar estos recursos de manera efectiva.

Conclusión:

El uso de aplicaciones móviles para enfermería ha transformado la práctica profesional optimizando los procesos asistenciales.

La integración de estos recursos no solo ha mejorado la atención y la calidad de los cuidados a los pacientes, sino que también ha enriquecido la experiencia profesional, promoviendo un enfoque más proactivo y colaborativo en la gestión de la salud.

Su impacto en la salud es pluridimensional.

Debemos garantizar que las aplicaciones utilizadas sean seguras, de calidad y que cumplan con los estándares éticos y legales.

Bibliografía

1. Glenton C, Paulsen E, Agarwal S, Gopinathan U, Johansen M, Kyaddondo D, Munabi-Babigumira S, Nabukenya J, Nakityo I, Namaganda R, Namitala J, Neumark T, Nsangi A, Pakenham-Walsh NM, Rashidian A, Royston G, Sewankambo N, Tamrat T, Lewin S. Usos informales de teléfonos móviles y otros dispositivos móviles por parte de profesionales sanitarios en apoyo a su trabajo: una síntesis de evidencia cualitativa. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2024, Número 8. N.º de art.: CD015705. DOI: 10.1002/14651858.CD015705.pub2.

2. Espín Arguello Adriana del Pilar, Mas Camacho María Rosa, Rea Guamán Mery Rocío, López Paredes Silvana Ximena. Tecnología aplicada al cuidado de enfermería: wereables, apps y robótica. RCIM [Internet]. 2023 Jun [citado 2025 Jun 05] ; 15(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592023000100014&lng=es. Epub 01-Jun-2023

3. Bustamante-Gonzales María del Carmen, Vega-Ramírez Angélica Soledad. Uso de teléfonos inteligentes en Enfermería. Ene. [Internet]. 2023 [citado 2025 Jun 05] ; 17(2): 2199. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000200006&lng=es. Epub 22-Ene-2024

4. Nezamdoust S, Abdekhoda M, Ranjbaran F, Azami-Aghdash S. Adopting mobile health applications by nurses: a scoping review. J Res Nurs. 2022 Aug;27(5):480-491. doi: 10.1177/17449871221077080. Epub 2022 Jul 4. PMID: 36131693; PMCID: PMC9483232.

5. Alkhuzaimi F, Rainey D, Wilson CB, Bloomfield J. The impact of mobile health interventions on service users' health outcomes and the role of health professions: a systematic review of systematic reviews-protocol. Syst Rev. 2024 Jul 27;13(1):199. doi: 10.1186/s13643-024-02624-y. PMID: 39068478; PMCID: PMC11283682.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 133

Tratamiento con Realidad Virtual (RV) en Fisioterapia: Una Revolución en la Rehabilitación.

Sanchez Fuentes, Alicia
Risalde Santos, Blas Manuel

TRATAMIENTO CON REALIDAD VIRTUAL (RV) EN FISIOTERAPIA: UNA REVOLUCIÓN EN LA REHABILITACIÓN

XVI CONGRESO DE INVESTIGACIÓN SATSE CIUDAD REAL

INTRODUCCIÓN

La realidad virtual (RV) se define como un entorno ficticio generado por una computadora, bajo una orientación tridimensional, que permite una interacción del usuario como si se tratase de la vida real. La realidad virtual como herramienta fisioterapéutica es una alternativa fiable para tratar ciertas discapacidades o
síntomas, el sistema nervioso central y periférico son los principales personajes que actúan sobre la neuro estimulación y el hecho de ser una tecnología nueva
solamente significan que existen muchos campos más de la fisioterapia que abarcar.Durante los últimos años los avances médicos y la tecnología han crecido de la mano de manera significativa, la inteligencia artificial, realidad virtual y la rehabilitación poco a poco se han ido conjuntado para
dar paso a nuevos tratamientos sofisticados en respuesta a las nuevas demandas que no solo exige el área médica, sino también en el ámbito deportivo y social. La relevancia de estos conceptos radica en el efecto que tiene la inmersión a realidades alteradas en la integración de estímulos a nivel de sistema nervioso y cómo estos generan cambios fisiológicos importantes en la búsqueda de mejora de las capacidades físico-cognitivas o la remisión de la sintomatología que involucra alguna discapacidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL- introducir los nuevos conceptos de tratamiento del cerebro mediante los últimos estudios, avances y tecnologías de última generación, ofreciendo una visión más amplia de los métodos de actuación a los que la ciencia se está dirigiendo.
OBJETIVOS SECUNDARIOS
-Efectos que tiene el uso de realidad virtual en los tratamientos de fisioterapia .
-El origen de esta herramienta, los avances que se han hecho, cuáles son las áreas de la fisioterapia donde se puede utilizar.
- Efectos sobre el cuerpo humano, así como plantear una proyección/hipótesis que esta conjunción tiene para poder así servir como una herramienta de tratamiento.

METODOLOGÍA

Exposición de caso clínico, aplicando la evidencia científica actual basada en una revisión bibliográfica narrativa. Bases de datos empleadas: Pubmed, Medes y PEDro. Palabras clave utilizadas :realidad virtual, estímulos aferentes, respuestas eferentes, neuro plasticidad, virtual plasticidad, integración cognitiva.
Paciente de 25 años que sufre accidente de tráfico y es diagnosticado de Traumatismo Cráneo Encefálico moderado. Tras tres meses de encamamiento, se inicia tratamiento de fisioterapia con el paciente consciente. No hay secuelas neurológicas solo desacondicionamiento físico grave.
El tratamiento con realidad virtual nos permite:
-Entornos Controlados y Personalizables: La RV permite crear entornos terapéuticos adaptados a las necesidades específicas de cada paciente. Esto es especialmente útil para pacientes con miedo al movimiento o con dificultades para realizar ciertos ejercicios en un entorno real.
-Motivación y Compromiso: Los entornos de RV pueden ser diseñados para ser interactivos y lúdicos, lo que aumenta la motivación del paciente y promueve un mayor compromiso con el programa de rehabilitación2.
-Feedback Inmediato: La RV proporciona feedback en tiempo real sobre el desempeño del paciente, lo que ayuda a corregir movimientos y mejorar la técnica.
-Medición Precisa del Progreso: La tecnología de RV permite una evaluación detallada y cuantitativa del progreso del paciente, facilitando ajustes precisos en el tratamiento2.

RESULTADOS

En nuestro paciente las lesiones musculoesqueléticas tras el trascurso de un mes de tratamiento con RV
- Nos ayudó a restaurar la fuerza, la movilidad y una disminución significativa de la intensidad del dolor, disminución de la discapacidad y kinesofobia..
-Fue fundamental en la recuperación del equilibrio, la marcha, la coordinación y la función motora fina al proporcionar entornos seguros para la práctica de movimientos complejos. Que nuestro paciente controlo en un mes y medio.
- Nos permitió diseñar un programas de ejercicios que ayudan a vigilar la salud cardiovascular en un entorno seguro y controlado, minimizando el riesgo de eventos adversos durante el ejercicio.
-Aumentó la capacidad de entretenimiento y sus posibilidades ligadas al ejercicio terapéutico provocando una mejora funcional y la casi totalidad de discapacidad a los 6 meses.

CONCLUSIONES

La realidad virtual como herramienta fisioterapéutica es una alternativa fiable para tratar ciertas discapacidades o síntomas, el sistema nervioso central y periférico son los principales personajes que actúan sobre la neuro estimulación y el hecho de ser una tecnología nueva solamente significan que existen muchos campos más de la fisioterapia que abarcar.
La realidad virtual representa una herramienta innovadora y poderosa en la fisioterapia, con el potencial de mejorar significativamente los resultados de rehabilitación. Aunque existen desafíos en su implementación, la continua investigación y desarrollo en este campo prometen hacer de la RV una parte integral de los programas de rehabilitación en el futuro.
La integración de la RV en la fisioterapia está aún en una etapa temprana, pero los estudios preliminares son prometedores. A medida que la tecnología se vuelve más accesible y los fisioterapeutas adquieren más experiencia en su uso, es probable que veamos un aumento en la adopción de la RV como una herramienta estándar en los programas de rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

1- Capriotti A, Moret S, Del Bello E, Federici A, Lucertini F.Virtual Reality: A New Frontier of Physical Rehabilitation.Sensors (Basel). 2025 May 13;25(10):3080. doi: 10.3390/s25103080.PMID: 40431872
2-P Campo-Prieto , D Santos-García , M Cancela-Carral , G Rodríguez-Fuentes .Current status of immersive virtual reality as a tool for physical and functional rehabilitation in patients with Parkinson´s disease: systematic review.
3-León-Ruiz, M., Pérez-Nieves, M. T., Arce-Arce, S., Benito-León, J., & Ezpeleta-Echávarri, D. Evidencias actuales sobre la realidad virtual y su utilidad potencial en la neurorrehabilitación postictus. Revista de Neurología, 69(12), 497-506. (2019).

Resumen: *La realidad virtual (RV) ha emergido como una herramienta prometedora en el campo de la fisioterapia. Este artículo revisa el estado actual de la investigación sobre el uso de la RV en la rehabilitación física, sus beneficios, aplicaciones específicas, y desafíos. Se discuten estudios recientes que evidencian la eficacia de la RV en el tratamiento de diversas condiciones musculoesqueléticas y neurológicas, destacando cómo esta tecnología puede mejorar los resultados terapéuticos al proporcionar entornos controlados y motivadores para los pacientes.*

Palabras clave: *Realidad virtual - Estímulos aferentes - Respuestas eferentes -Neuro plasticidad - Virtual plasticidad -Integración cognitiva*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La realidad virtual (RV) se define como un entorno ficticio generado por una computadora, bajo una orientación tridimensional, que permite una interacción del usuario como si se tratase de la vida real. La realidad virtual como herramienta fisioterapéutica es una alternativa fiable para tratar ciertas discapacidades o síntomas, el sistema nervioso central y periférico son los principales personajes que actúan sobre la neuro estimulación y el hecho de ser una tecnología nueva solamente significan que existen muchos campos más de la fisioterapia que abarcar. Durante los últimos años los avances médicos y la tecnología han crecido de la mano de manera significativa, la inteligencia artificial, realidad virtual y la rehabilitación poco a poco se han ido conjuntado para dar paso a nuevos tratamientos sofisticados en respuesta a las nuevas demandas que no solo exige el área médica, sino también en el ámbito deportivo y social. La relevancia de estos conceptos radica en el efecto que tiene la inmersión a realidades alteradas en la integración de estímulos a nivel de sistema nervioso y cómo estos generan cambios fisiológicos importantes en la búsqueda de mejora de las capacidades físico-cognitivas o la remisión de la sintomatología que involucra alguna discapacidad.

Objetivos:

OBJETIVO PRINCIPAL- introducir los nuevos conceptos de tratamiento del cerebro mediante los últimos estudios, avances y tecnologías de última generación, ofreciendo una visión más amplia de los métodos de actuación a los que la ciencia se está dirigiendo.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Efectos que tiene el uso de realidad virtual en los tratamientos de fisioterapia.

- El origen de esta herramienta, los avances que se han hecho, cuáles son las áreas de la fisioterapia donde se puede utilizar.

- Efectos sobre el cuerpo humano, así como plantear una proyección/hipótesis que esta conjunción tiene para poder así servir como una herramienta de tratamiento.

Material y Método:

Exposición de caso clínico, aplicando la evidencia científica actual basada en una revisión bibliográfica narrativa. Bases de datos empleadas: Pubmed, Medes y PEDro. Palabras clave utilizadas: realidad virtual, estímulos aferentes, respuestas eferentes, neuro plasticidad, virtual plasticidad, integración cognitiva.

Paciente de 25 años que sufre accidente de tráfico y es diagnosticado de Traumatismo Cráneo Encefálico moderado. Tras tres meses de encamamiento, se inicia tratamiento de fisioterapia con el paciente consciente. No hay secuelas neurológicas solo desacondicionamiento físico grave.

El tratamiento con realidad virtual nos permite:

-Entornos Controlados y Personalizables: La RV permite crear entornos terapéuticos adaptados a las necesidades específicas de cada paciente. Esto es especialmente útil para pacientes con miedo al movimiento o con dificultades para realizar ciertos ejercicios en un entorno real.

-Motivación y Compromiso: Los entornos de RV pueden ser diseñados para ser interactivos y lúdicos, lo que aumenta la motivación del paciente y promueve un mayor compromiso con el programa de rehabilitación2.

-Feedback Inmediato: La RV proporciona feedback en tiempo real sobre el desempeño del paciente, lo que ayuda a corregir movimientos y mejorar la técnica.

-Medición Precisa del Progreso: La tecnología de RV permite una evaluación detallada y cuantitativa del progreso del paciente, facilitando ajustes precisos en el tratamiento2.

Resultados:

En nuestro paciente las lesiones musculoesqueléticas tras el trascurso de un mes de tratamiento con RV

- Nos ayudó a restaurar la fuerza, la movilidad y una disminución significativa de la intensidad del dolor, disminución de la discapacidad y kinesofobia..

-Fue fundamental en la recuperación del equilibrio, la marcha, la coordinación y la función motora fina al proporcionar entornos seguros para la práctica de movimientos complejos. Que nuestro paciente controlo en un mes y medio.

- Nos permitió diseñar un programa de ejercicios que ayudan a vigilar la salud cardiovascular en un entorno seguro y controlado, minimizando el riesgo de eventos adversos durante el ejercicio.

-Aumentó la capacidad de entretenimiento y sus posibilidades ligadas al ejercicio terapéutico provocando una mejora funcional y la casi totalidad de discapacidad a los 6 meses.

Conclusiones:

La realidad virtual como herramienta fisioterapéutica es una alternativa fiable para tratar ciertas discapacidades o síntomas, el sistema nervioso central y periférico son los principales personajes que actúan sobre la neuro estimulación y el hecho de ser una tecnología nueva solamente significan que existen muchos campos más de la fisioterapia que abarcar.

La realidad virtual representa una herramienta innovadora y poderosa en la fisioterapia, con el potencial de mejorar significativamente los resultados de rehabilitación. Aunque existen desafíos en su implementación, la continua investigación y desarrollo en este campo prometen hacer de la RV una parte integral de los programas de rehabilitación en el futuro.

La integración de la RV en la fisioterapia está aún en una etapa temprana, pero los estudios preliminares son prometedores. A medida que la tecnología se vuelve más accesible y los fisioterapeutas adquieren más experiencia en su uso, es probable que veamos un aumento en la adopción de la RV como una herramienta estándar en los programas de rehabilitación.

Bibliografía

1- Capriotti A, Moret S, Del Bello E, Federici A, Lucertini F.Virtual Reality: A New Frontier of Physical Rehabilitation.Sensors (Basel). 2025 May 13;25(10):3080. doi: 10.3390/s25103080.PMID: 40431872

2-P Campo-Prieto , D Santos-García , M Cancela-Carral , G Rodríguez-Fuentes .Current status of immersive virtual reality as a tool for physical and functional rehabilitation in patients with Parkinson´s disease: systematic review.

3-León-Ruiz, M., Pérez-Nieves, M. T., Arce-Arce, S., Benito-León, J., & Ezpeleta-Echávarri, D. Evidencias actuales sobre la realidad virtual y su utilidad potencial en la neurorrehabilitación postictus. Revista de Neurología, 69(12), 497-506. (2019).

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 134

Tratamiento de Úlcera venosa con vendaje compresivo bi–capa urgo k2 combinado con apósito urgoclean ag.

Arias López-Peláez, Víctor Manuel
Arias Jiménez, Nicanor
Sánchez Gil, Leire
Pardilla Elipe, Blas
Mateo Parrado, Pilar
Gil Pardo, María Beatriz

TRATAMIENTO DE ÚLCERA VENOSA CON VENDAJE COMPRESIVO BI-CAPA URGO K2 COMBINADO CON APÓSITO URGOCLEAN AG

Autores: Arias López-Peláez, Víctor M.; Arias Jiménez, Nicanor; Sánchez Gil, Leire; Pardilla Elipe, Blas; Mateo Parrado, Pilar; Gil Pardo, Mª Beatriz.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras venosas tienen un origen multicasual y sus complicaciones de las insuficiencias venosas crónicas. Representan entre el 80-90% del total de las úlceras vasculares, por tanto son con las que la enfermería más frecuentemente se enfrenta sobre todo a nivel ambulatorio o domiciliario.

Una vez que se desencadenan, tienden a tener una evolución insidiosa, con dificultad para la cicatrización, gran afectación de la piel circundante frecuente recidivas.

OBSERVACIÓN CLINICA. Caso Clínico

Mujer de 80 años, con insuficiencia venosa crónica que presenta úlcera de etiología venosa en tercio medio posterior de la extremidad inferior derecha. La paciente padece diabetes, HTA, obesidad y tiene una deambulación limitada.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES
00004: Riesgo de infección. **R/C 00057.** Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	**1102.** Curación de la herida: por primera intención. **1103.** Curación de la herida: por segunda intención.	**3660.** Cuidados de las heridas. **6540.** Control de infecciones.	**366006.** Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico. **366014.** Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. **654013.** Poner en práctica precauciones universales. **654024.** Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
00024: Perfusión tisular inefectiva. **R/C 00294.** Reducción mecánica del flujo venoso o arterial: consecuencias.	**0401.** Estado circulatorio. **0407.** Perfusión tisular periférica. **1101.** Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	**3590.** Vigilancia de la piel. **4066.** Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. **4070.** Precauciones circulatorias.	**359006.** Observar si hay infecciones, especialmente en la zonas edematosas. **359013.** Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas. **406601.** Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura). **406613.** Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., Borreguito debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas). **407004.** Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la extremidad afectada. **407005.** Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
00044: Deterioro de la integridad tisular. **R/C 00074.** Problemas circulatorios: consecuencias.	**1103.** Curación de las herida: por segunda intención.	**3660.** Cuidados de las heridas. **4070.** Precauciones circulatorias.	**366016.** Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. **366017.** Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede. **407006.** Evitar lesiones en la zona afectada. **407007.** Evitar infecciones en heridas.
00046: Deterioro de la integridad cutánea. **R/C 00074.** Problemas circulatorios: consecuencias.	**1103.** Curación de las heridas: por segunda intención.	**3660.** Cuidados de las heridas. **4070.** Precauciones circulatorias.	**366025.** Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura. **366028.** Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida. **407008.** Instruir al paciente para que compruebe el agua de baño antes de introducirse en la misma para evitar quemarse la piel. **407010.** Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada.
00132: Dolor agudo. **R/C 00057.** Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	**1605.** Control del dolor. **2109.** Nivel de malestar.	**0840.** Cambio de posición. **1400.** Manejo del dolor. **2210.** Administración de analgésicos. **6482.** Manejo ambiental: confort.	**084017.** Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. **084026.** Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad. **140019.** Enseñar los principios de control del dolor. **140021.** Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. **221001.** Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. **221021.** Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. **648212.** Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad. **648214.** Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

DISCUSIÓN

Previa comprobación de pulsos distales con ultrasonidos doppler para verificar que se trata de úlcera venosa, se comienza por realizar un desbridamiento cortante, se limpia con antiséptico y se pauta tratamiento con apósito de Urgoclean AG por controlar el exudado y la infección y posterior vendaje compresivo Bi-capa Urgo K2. Las curas se realizan cada 4 días, pasando posteriormente a 7 días, evolucionando las lesiones favorablemente hasta la curación.

Imagen 1: 08/04/2024. Inicio de tratamiento.

Imagen 2: 16/04/2024. Buena evolución.

Imagen 3: 03/05/2024. Sigue buena evolución.

Imagen 4: 17/05/2024. Evolución favorable

Imagen 5: 31/05/2024. Curación y epitelización.

CONCLUSIONES

El tratamiento con vendaje compresivo Urgo K2 combinado con apósito Urgoclean Ag garantiza un óptimo retorno venoso favorece la formación de tejido de granulación en úlceras venosas, acelerando la cicatrización, reduciendo el número de curas y el tiempo de resolución de problemas, ahorrando costes y favoreciendo la comodidad del paciente. Por tanto, la terapia compresiva puede ser el tratamiento más efectivo para en control de la presión y de la insuficiencia venosa

Resumen: *El trabajo refleja un caso clínico de mujer de 80 años con insuficiencia venosa crónica que presenta úlcera de etiología venosa en tercio medio posterior de la extremidad inferior derecha. La paciente padece diabetes, HTA y obesidad y tiene una deambulación limitada. Se ha utilizado protocolo de ulceras venosas con evidencia científica, igualmente se ha realizado plan de cuidados enfermero. Para las curas se utilizó sobre la herida un apósito de Urgoclean Ag para control del exudado y la infección y posterior vendaje, compresivo bi-capa Urgo K2, evolucionando las lesiones favorablemente hasta la curación.*

Palabras clave: *Úlcera venosa - Vendaje compresivo bi-capa*
Plan de cuidados de enfermería.

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Las úlceras venosas tienen un origen multicausal y son complicaciones de las insuficiencias venosas crónica. Representan entre el 80%-90% del total de las úlceras vasculares, por tanto, son con las que la enfermería más frecuentemente se enfrenta sobre todo a nivel ambulatorio o domiciliario. Una vez que se desencadenan tienden a tener una evolución insidiosa, con dificultad para la cicatrización, gran afectación de la piel circundante y frecuentes recidivas.

Observación clínica:

Mujer de 80 años con insuficiencia venosa crónica que presenta úlcera de etiología venosa en tercio medio posterior de la extremidad inferior derecha. La paciente padece diabetes, HTA y obesidad y tiene una deambulación limitada.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNOSTICOS NANDA

00004: Riesgo de infección, 00021: Perfusión tisular inefectiva, 00044: Deterioro de la integridad tisular, 00046: deterioro de la integridad cutánea, 00132; Dolor agudo,

RESULTADOS NOC

1102. Curación de la herida por primera intención, 1103. Curación de la herida por segunda intención. 0401. Estado circulatorio, 0407. Perfusión tisular periférica. 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas, 1605. Control del dolor, 2108.Nivel de malestar.

INTERVENCIONES NIC

3660. Cuidados de las heridas, 6540, Control de las infecciones, 3590. Vigilancia de la piel, 3660. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa, 4070. Precauciones circulatorias, 0840. Cambios de posición, 1400. Manejo del confort. 2210. Administración de analgésicos, 6482. Manejo ambiental: confort.

ACTIVIDADES

366006. Limpiar con solución salina o un limpiador no toxico, 366014. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje, 65403. Poner en práctica precauciones universales, 654024. Asegurar una técnica de cuidados adecuada, 359006. Observar si hay infecciones, especialmente en zonas edematosas, 406601. Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura) ,407005. Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad en la sangre, 366016. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida, 366017. Colocar de manera que se evite presionar la herida, 366025. Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de curas, 407010. Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada, 084017. Evitar colocar al paciente en posición que le aumente el dolor, 140019. Enseñar los principios de control del dolor, 221001, determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente, 221021. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso, 648212. Colocar al paciente de forma que se le facilite la comodidad, 648214. Evitar expone la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

Discusión:

Previa comprobación de pulsos distales con ultrasonidos doppler para verificar que se trata de úlcera venosa, se comienza por realizar un desbridamiento cortante, se limpia con antisépticos y se pauta tratamiento con apósito de Urgoclean Ag para controlar el exudado y la infección y posterior vendaje compresivo Bi-capa Urgo K2, las curas se realizan cada 4 días pasando posteriormente a 7 días, evolucionando las lesiones favorablemente hasta la curación.

Conclusiones:

El tratamiento con vendaje compresivo Urgo K2 combinado con apósito Urgoclean Ag garantiza un óptimo retorno venoso y favorece la formación de tejido de granulación en úlceras venosas, acelerando la cicatrización, reduce el número de curas y el tiempo de resolución del problema, ahorrando costes y favoreciendo la comodidad del paciente. Por tanto, la terapia compresiva puede ser el tratamiento más efectivo para el control de la presión y de la insuficiencia venosa.

Bibliografía

1. Diagnósticos de enfermería de NANDA internacional: Definiciones y Clasificación 2015-2017.

2. http://www.ulceras.net/publicaciones/Upp%20ciudad%20real.pdf

3. https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=protocolo+cura+ulceras+venosas.

4. Carreño P. terapéutica de la compresión en el tratamiento de la úlcera de etiología venosa. Todo heridas. 2010.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 135

Tratamiento fisioterapéutico del prolapso de órganos pélvicos (POP)

De La Iglesia Fernández, Leticia
Casas Manzanas, Almudena
León Antón, Patricia

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS (POP)

Leticia De La Iglesia Fernández, Almudena Casas Manzanas y Patricia León Antón

Introducción

El prolapso de órganos pélvicos (POP), según la ICS (International Continence Society), es el descenso de uno o más órganos pélvicos desde su posición anatómica normal, a través de la vagina.

Aunque la cirugía ha sido una opción común, presenta riesgos de recurrencia. Por ello, la fisioterapia ha ganado relevancia como tratamiento conservador, ofreciendo una alternativa menos invasiva y con beneficios funcionales.

Objetivos

El objetivo es analizar la efectividad de las intervenciones fisioterapéuticas en el tratamiento del POP, evaluando su impacto en la sintomatología, calidad de vida y funcionalidad del suelo pélvico. También se busca identificar las técnicas más efectivas y los factores que influyen en su éxito terapéutico.

Material y método

Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como PubMed, Cochrane, Google Scholar y PEDro. Se emplean como palabras clave “modalidades de fisioterapia” “mujeres” y “prolapso de órgano pélvico”.

Se seleccionan los artículos de los últimos diez años que evalúan intervenciones fisioterapéuticas en mujeres con POP.

Resultados

La cinesiterapia específica de suelo pélvico es efectiva para mejorar la fuerza muscular, reducir el grado de prolapso y aliviar síntomas como la sensación de pesadez o presión vaginal. Estos ejercicios mejoran significativamente la fuerza, la resistencia y la coordinación muscular, lo que se traduce en una disminución de la sensación de pesadez vaginal y en una menor caída del prolapso.

El biofeedback proporciona una retroalimentación visual y/o auditiva sobre la contracción muscular, por lo que potencia los resultados al facilitar la conciencia corporal y la correcta ejecución de los ejercicios.

También se ha demostrado que la electroestimulación puede ser útil en pacientes con dificultad para activar voluntariamente la musculatura del suelo pélvico

Conclusiones

La fisioterapia representa una opción terapéutica efectiva y segura para el tratamiento del POP, especialmente en estadios I y II.

Las técnicas más efectivas son aquellas que combinan ejercicios activos con herramientas de retroalimentación como el biofeedback.

La intervención temprana y la adherencia al tratamiento son factores clave para el éxito del tratamiento.

Es recomendable establecer la fisioterapia como primera línea de tratamiento conservador antes de considerar opciones quirúrgicas.

Bibliografía

Sigurdardottir T, Steingrimsdottir T, Geirsson RT, Halldorsson TI, Aspelund T, Bø K. Postpartum pelvic organ prolapse and pelvic floor muscle training: secondary analysis of a randomized controlled trial of primiparous women. Int Urogynecol J. 2023;34:1319–1326.

Dumoulin C, Morin M, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for women with pelvic organ prolapse: a Cochrane systematic review update. Cochrane Database Syst Rev. 2023;(5):CD012116.

Nygaard I, Shaw JM, Richter HE. Pelvic floor muscle training and pelvic organ prolapse: current evidence and future directions. Curr Opin Obstet Gynecol. 2024;36(1):45–52.

Resumen: *El prolapso de órganos pélvicos (POP) es el descenso de uno o más órganos a través de la vagina.*

La fisioterapia ha ganado protagonismo como tratamiento conservador por su menor invasividad y sus beneficios funcionales.

La cinesiterapia de suelo pélvico mejora la fuerza muscular, reduce el grado de prolapso y alivia sus síntomas.

El biofeedback y la electroestimulación potencian los resultados, especialmente en pacientes con dificultades para activar la musculatura.

La intervención temprana y la adherencia al tratamiento son claves para el éxito terapéutico.

Se recomienda la fisioterapia como primera línea de tratamiento antes de recurrir a la cirugía.

Palabras clave: *Modalidades de fisioterapia - Mujeres - Prolapso de órgano pélvico*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El prolapso de órganos pélvicos (POP), según la ICS (International Continence Society), es el descenso de uno o más órganos pélvicos desde su posición anatómica normal, a través de la vagina.

Aunque la cirugía ha sido una opción común, presenta riesgos de recurrencia. Por ello, la fisioterapia ha ganado relevancia como tratamiento conservador, ofreciendo una alternativa menos invasiva y con beneficios funcionales.

Objetivos

El objetivo es analizar la efectividad de las intervenciones fisioterapéuticas en el tratamiento del POP, evaluando su impacto en la sintomatología, calidad de vida y funcionalidad del suelo pélvico. También se busca identificar las técnicas más efectivas y los factores que influyen en su éxito terapéutico.

Material y Método:

Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como PubMed, Cochrane, Google Scholar y PEDro. Se emplean como palabras clave “modalidades de fisioterapia” “mujeres” y “prolapso de órgano pélvico”.

Se seleccionan los artículos de los últimos diez años que evalúan intervenciones fisioterapéuticas en mujeres con POP.

Resultados:

La cinesiterapia especifica de suelo pélvico es efectiva para mejorar la fuerza muscular, reducir el grado de prolapso y aliviar síntomas como la sensación de pesadez o la presión vaginal. Estos ejercicios mejoran significativamente la fuerza, la resistencia y la coordinación muscular, lo que se traduce en una disminución de la sensación de pesadez vaginal y en una menor caída del prolapso.

El biofeedback proporciona una retroalimentación visual y/o auditiva sobre la contracción muscular, por lo que potencia los resultados al facilitar la conciencia corporal y la correcta ejecución de los ejercicios.

También se ha demostrado que la electroestimulación puede ser útil en pacientes con dificultad para activar voluntariamente la musculatura del suelo pélvico

Conclusiones:

La fisioterapia representa una opción terapéutica efectiva y segura para el tratamiento del POP, especialmente en estadios I y II.

Las técnicas más efectivas son aquellas que combinan ejercicios activos con herramientas de retroalimentación como el biofeedback.

La intervención temprana y la adherencia al tratamiento son factores clave para el éxito del tratamiento.

Es recomendable establecer la fisioterapia como primera línea de tratamiento conservador antes de considerar opciones quirúrgicas.

Bibliografía

1. Bibliografía 1

Sigurdardottir T, Steingrimsdottir T, Geirsson RT, Halldorsson TI, Aspelund T, Bø K. Postpartum pelvic organ prolapse and pelvic floor muscle training: secondary analysis of a randomized controlled trial of primiparous women. Int Urogynecol J. 2023;34:1319–1326.

2. Bibliografía 2

Dumoulin C, Morin M, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for women with pelvic organ prolapse: a Cochrane systematic review update. Cochrane Database Syst Rev. 2023;(5):CD012116.

3. Bibliografía 3

Nygaard I, Shaw JM, Richter HE. Pelvic floor muscle training and pelvic organ prolapse: current evidence and future directions. Curr Opin Obstet Gynecol. 2024;36(1):45–52.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 136

Uso de Apósito de Fibras de Gelificación Reforzada (Biatain Fiber ®) en Heridas de Origen Traumatico

Pardilla Elipe, Blas
Arias López-Peláez, Victor Manuel
Arias Jiménez, Nicanor
Sánchez Gil, Leire
Mateo Parrado, Pilar
Gil Pardo, María Beatriz

USO DE APÓSITO DE FIBRAS DE GELIFICACIÓN REFORZADA (BIATAIN FIBER®) EN HERIDAS DE ORIGEN TRAUMATICO

Autores: Pardilla Elipe, Blas; Arias López-Peláez, Víctor M.; Arias Jiménez, Nicanor; Mateo Parrado, Pilar; Sánchez Gil, Leire; Gil Pardo, María Beatriz;

INTRODUCCIÓN

Dentro de las funciones de enfermería, el abordaje de heridas supone un reto importante.
Estas lesiones a menudo presenta complicaciones tales como edemas, hemorragias, hematomas, infección, necrosis, etc.
Entre los objetivos principales están acortar el periodo de cicatrización de la herida, disminuir el riesgo de infección consiguiendo un resultado satisfactorio, aumentar el confort del paciente y mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en éste tipo de heridas.

OBSERVACIÓN CLINICA.

Hombre de 84 años, independiente ABVD, hipertenso, diabetico tipo 2 insulinizado, dislipemia, isquemia crónica de MMII acude a su enfermero de atención primaria por presentar lesión limpia de origen traumatico en MII a consecuencia de golpe accidental, con perdida de piel, la cual está localizada en cara anterior., Se realiza valoración de las características de las heridas y se establecen diagnósticos reales y potenciales, se fijan unos objetivos y se eligen las actividades necesarias para alcanzarlos. Se llevan a cabo las actividades de enfermería planificadas. Se registra todo el proceso y se realiza una evaluación continua del mismo.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES
00004: Riesgo de infección. **R/C 00057.** Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	**1102.** Curación de la herida: por primera intención. **1103.** Curación de la herida: por segunda intención.	**3660.** Cuidados de las heridas. **6540.** Control de infecciones.	**366006.** Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico. **366014.** Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. **654013.** Poner en práctica precauciones universales. **654024.** Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
00024: Perfusión tisular inefectiva. **R/C 00294.** Reducción mecánica del flujo venoso o arterial: consecuencias.	**0401.** Estado circulatorio. **0407.** Perfusión tisular periférica. **1101.** Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	**3590.** Vigilancia de la piel. **4066.** Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. **4070.** Precauciones circulatorias.	**359006.** Observar si hay infecciones, especialmente en la zonas edematosas. **359013.** Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas. **406601.** Realizar una valoración global de la circulación periférica (pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura). **406613.** Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., Borreguito debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas). **407004.** Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la extremidad afectada. **407005.** Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.
00044: Deterioro de la integridad tisular. **R/C 00074.** Problemas circulatorios: consecuencias.	**1103.** Curación de las herida: por segunda intención.	**3660.** Cuidados de las heridas. **4070.** Precauciones circulatorias.	**366016.** Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. **366017.** Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede. **407006.** Evitar lesiones en la zona afectada. **407007.** Evitar infecciones en heridas.
00046: Deterioro de la integridad cutánea. **R/C 00074.** Problemas circulatorios: consecuencias.	**1103.** Curación de las heridas: por segunda intención.	**3660.** Cuidados de las heridas. **4070.** Precauciones circulatorias.	**366025.** Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura. **366028.** Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida. **407008.** Instruir al paciente para que compruebe el agua de baño antes de introducirse en la misma para evitar quemarse la piel. **407010.** Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada.
00132: Dolor agudo. **R/C 00057.** Solución de continuidad de piel, membranas o mucosas.	**1605.** Control del dolor. **2109.** Nivel de malestar.	**0840.** Cambio de posición. **1400.** Manejo del dolor. **2210.** Administración de analgésicos. **6482.** Manejo ambiental: confort.	**084017.** Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. **084026.** Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad. **140019.** Enseñar los principios de control del dolor. **140021.** Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia. **221001.** Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. **221021.** Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. **648212.** Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad. **648214.** Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

DISCUSION

Se inicia tratamiento el día 25 de marzo limpiando bien la herida con suero fisiológico más clorhexidina., se pone aposito de Biatain Fiber ® más apósito de gasa ., se cura al inicio cada 24 horas observando buena evolución., se continua el tratamiento cada 48-72 horas, sin aparecer signos de infección y la lesión cicatrizó con buen resultado estético en aproximadamente 35 días.

Imagen 1: 25/03/2025
Inicio de tratamiento.

Imagen 2: 02/04/2025.
Limpieza esfacelos.

Imagen 3: 15/04/2025
Buena evolución lesión.

Imagen 4: 25/04/2025.
Lesión en cicatrización

Imagen 5: 30/04/2025.
Fin tratamiento, alta.

CONCLUSIONES

El uso de apósito de fibra de gelificación reforzada (Biatain Fiber) para tratamiento de heridas, produce desbridamiento de esfacelos si los hubiera y produce tejido de granulación con rapidez, lo cual hace favorecer una epitelización rápida de la herida, mejorandola calidad de vida del paciente a la vez que reduce los tiempos de curación de enfermería por lo que se puede considerar un tratamiento altamente eficiente en el tratamiento de las heridas.

Resumen: *El trabajo refleja el caso clínico de un paciente con 84 años con hipertensión arterial, diabético tipo 2 insulinizado, dislipemia, isquemia crónica de MMII, independiente ABVD que presenta lesión en MII a consecuencia de un golpe accidental en la cara anterior. Se han realizado curas protocolizadas y también se ha realizado un plan de cuidados enfermero; para las curas se ha utilizado suero fisiológico, apósito de fibras de gelificación reforzada (biatain fiber®) más apósito de gasa consiguiendo una buena evolución de la herida hasta su total cicatrización.*

Palabras clave: *Lesión - Traumatismo - Infección*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Dentro de las funciones de enfermería, el abordaje de heridas supone un reto importante. Estas lesiones a menudo presentan complicaciones tales como edemas, hemorragias, hematomas, hipergranulación, infección, necrosis, etc. Entre los objetivos principales están acortar el periodo de cicatrización de la herida, disminuir el riesgo de infección consiguiendo un resultado satisfactorio, aumentar el confort del paciente y mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en este tipo de heridas

Observación clínica

Hombre de 84 años, hipertenso, diabético tipo 2 con insulina, dislipemia, con isquemia crónica de MMII acude a su enfermero de Atención Primaria por presentar lesión de origen traumático a consecuencia de golpe accidental, con pérdida de piel, la cual está localizada en cara anterior de pierna izquierda, Presenta lesión de 10 cm aproximadamente. Se realiza valoración de las características de la herida y se establecen diagnósticos reales y potenciales, se fijan unos objetivos y se eligen las actividades necesarias para alcanzarlos. Se llevan a cabo las actividades de enfermería planificadas. Se registra todo el proceso y se realiza una evaluación continua del mismo.

Plan de Cuidados Enfermero:

DIAGNOSTICOS NANDA

00004: Riesgo de infección, 00024: Perfusión tisular inefectiva, 00044: Deterioro de la integridad tisular, 00046: Deterioro de la integridad cutánea, 00132: Dolor agudo.

RESULTADOS NOC

1102: Curación de la herida por primera intención, 1103: Curación de la herida por segunda intención, 0401: Estado circulatorio, 0407: Perfusión tisular periférica, 1101: Integridad tisular: piel y membranas mucosas, 1605: Control del dolor, 2109: Nivel de malestar

INTERVENCIONES NIC

3660: Cuidados de las heridas, 6540: Control de las infecciones, 3590: Vigilancia de la piel, 4066: Cuidados circulatorio: insuficiencia venosa, 4070: Precauciones circulatorias, 0840: Cambios de posición, 1400: Manejo del dolor, 2210: Administración de analgésicos, 6482: Manejo ambiental: Confort

ACTIVIDADES

36006: Limpiar con solución salina o un limpiador no tóxico, 366014: Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje, 65043: Poner en práctica precauciones universales, 65024: Asegurar una técnica de cuidados adecuada, 359006:Observar si hay infecciones, especialmente en zonas edematosas, 406601: Realizar una valoración global de la circulación periférica, 407004: Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la zona afectada, 407005: Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de la viscosidad de la sangre,407006:Evitar lesiones en la zona afectada, 407007: Evitar infecciones en las heridas, 366016: Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida, 366017: Colocar de manera que se evite presionar la herida, 366025: Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de curas, 407010: Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada, 084017: Evitar colocar al paciente en posición que le aumente el dolor, 140019: Enseñar los principios del control del dolor, 221001: Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente, 221021: Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso, 648212:Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad, 648214: Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

Discusión:

Se inicia tratamiento el día 25 de Marzo limpiando bien la herida con suero fisiológico, se pone biatain fiber ® más apósito de gasa., se cura al inicio cada 24 horas observando buena evolución., se continua el tratamiento cada 48-72 horas, sin aparecer signos de infección ni de maceración y la lesión cicatrizó con buen resultado estético en aproximadamente 35 días.

Conclusiones:

El uso de apósito de fibras de gelificación reforzada (biatain fiber®) para tratamiento de heridas, produce desbridamiento de ésta, tejido de granulación con rapidez, no produce maceración en la piel perilesional lo cual hace favorecer una epitelización rápida de la herida, mejorando la calidad de vida del paciente a la vez que reduce los tiempos de curación de enfermería por lo que se puede considerar un tratamiento altamente eficiente en el tratamiento de las heridas.

Bibliografía

1. Herman, T.H. y Kamitsuru, S. (Eds.) (2015). NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Edición española. Barcelona: Elsevier; 2015- 2017.

2. M. Bulechek, G., K. Butcher, H., M. Dochterman, J. y M. Wagner, C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Ed española. Barcelona: Elsevier; 2014.

3. Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J.M., Maas, M., Moorhead, S. y Swanson, E. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. 2ª Ed española. Barcelona: Elsevier; 2007.

4. Moorhead, S., Johnson, M., L. Maas, M. y Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª Ed española. Barcelona: Elsevier; 2014.

5. By Sebastian Probst, DClinPrac, RN. Cuidado de heridas en Enfermería. 3ª Ed española: Elsevier; 202

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 137

"Uso de la aromaterapia durante el parto"

Martínez Tocino, Rocío
García Benito, Irene
Del Blanco Ubiergo, Gema
Álvarez Albardías, Claudia

USO DE LA AROMATERAPIA EN EL PARTO

MARTÍNEZ TOCINO, ROCÍO; GARCÍA BENITO, IRENE; DEL BLANCO UBIERGO, GEMA; ÁLVAREZ ALBARDÍAS, CLAUDIA.

SATSE

INTRODUCCIÓN

La aromaterapia es una práctica terapéutica, usada como método no farmacológico de alivio del dolor durante el trabajo de parto. La aromaterapia interactúa con los receptores olfatorios, estimulando el sistema límbico, liberando así neurotransmisores y hormonas que ayuda al bienestar físico y emocional de la gestante. Esta técnica se puede realizar mediante inhalación directa, aplicación tópica y en difusor

OBJETIVOS

Conocer la utilidad de la aromaterapia durante el proceso del parto.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos científicas: Pubmed, Scielo, Cochrane, Dialnet, OMS. En cuanto a la estrategia de búsqueda se incluyeron las palabras clave : aromaterapia, trabajo de parto, enfermería obstétrico-ginecológica; operadores booleanos: “AND”, “OR” e idiomas: castellano, inglés y portugués. Como criterios de inclusión: últimos 3 años.

RESULTADOS

Uno de los estudios evidencia la efectividad de la aromaterapia en el alivio de la ansiedad y dolor en la primera fase activa del parto, no siendo así en la fase final. Además también se observa su efectividad en las náuseas y vómitos.
Otro estudio señala la disminución de dolor y mejoría en las episiotomías e incluso en las cesáreas, ayudando además a prevenir la depresión postparto.

- Lavanda, azahar, rosa, laurel, mandarina: disminuye el dolor.
- Incienso, jazmín, rosa damanesca, manzanilla: disminuye la ansiedad.
- Jengibre, manzanilla: disminuye las náuseas.
- Eucalipto, bergamota: disminuye el cansancio.
- Uterotónico: limón.

La aromaterapia se puede usar de forma inhalatoria directa, de manera tópica, diluído al 2% y/o en forma de difusor.

CONCLUSIÓN

La evidencia científica respalda el uso de la aromaterapia como método no farmacológico de alivio del dolor, teniendo en cuenta los gustos de la gestante en cuanto al olor y forma de administración. Aún así se necesita más investigación, ensayos clínicos y la estandarización de protocolos.

BIBLIOGRAFÍA

Resumen: *La aromaterapia es una práctica terapéutica, usada como método no far-macológi-co de alivio del dolor durante el trabajo de parto. La aromaterapia interac-túa con los receptores olfatorios, estimulando el sistema límbico, liberando así neuro-transmisores y hormonas que ayuda al bienestar físico y emocional de la gestante. Esta técnica se puede realizar mediante inhalación directa, aplicación tópica y en difusor El dolor y la ansiedad que se puede percibir durante el parto hace que exis-tan diferentes alternativas para mitigarlo; usando la aromaterapia con precaución por sus diferentes efectos adversos.*

Palabras clave: *Aromaterapia, trabajo de parto, enfermería obstétrica.*
http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Según la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), el parto es: "un proceso fisiológico que comienza con contracciones uterinas regulares y termina con la expulsión del feto y la placenta." Durante el proceso del parto, el dolor e in-cluso el miedo está presente en un gran número de las gestantes, pudiendo provo-car malestar durante el proceso del parto. La oxitocina es la hormona que estimula y mantiene las contracciones uterinas; el estrés y el miedo, por el contrario, la inhiben.

Se puede utilizar durante el proceso del parto, métodos no farmacológicos de alivio del dolor, como técnicas de relajación y respiración, la hidroterapia, esferodinamia y entre ellos, el uso de aceites esenciales, la aromaterapia.

La aromaterapia es una práctica terapéutica que utiliza aceites esenciales como método no farmacológico de alivio del dolor. Esta técnica se puede realizar de for-ma inhalatoria, tópica y/o en difusor.

Objetivos:

Conocer la utilidad del aromaterapia durante el proceso del parto.

Material y Métodos:

Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos científicas: Pubmed, Scielo, Cochrane, Dialnet, OMS. En cuanto a la estrategia de búsqueda se incluyeron las palabras clave: aromaterapia, trabajo de parto, enfermería obstétri-co-ginecológica; operadores booleanos: "AND", "OR" e idiomas: castellano, inglés y portugués. Como criterios de inclusión: últimos 3 años.

Resultados:

La aromaterapia es una práctica terapéutica que utiliza aceites esenciales. Se ob-servó que cada aceite esencial tiene efectos específicos. La aromaterapia estimula los receptores olfatorios activando el sistema límbico del cerebro provocando la li-beración de neurotransmisores y hormonas, como la serotonina y endorfinas, que produce bienestar, placer...disminuyendo así el estrés y la ansiedad.

Uno de los estudios evidencia la efectividad de la aromaterapia en el alivio de la ansiedad y dolor en la primera fase activa del parto, no siendo así en la fase final. Además también se observa su efectividad en las náuseas y vómitos.

Otro estudio señala la disminución de dolor y mejoría en las episiotomías e incluso en las cesáreas, ayudando además a prevenir la depresión postparto.

Algunos ejemplos del uso de aceites esenciales son:

- Lavanda, azahar, rosa, laurel, mandarina: disminuye el dolor.

- Incienso, jazmín, rosa damanesca, manzanilla: disminuye la ansiedad.

- Jengibre, manzanilla: disminuye las náuseas.

- Eucalipto, bergamota: disminuye el cansancio.

- Uterotónico: limón.

Debemos tener en cuenta: evitar el uso de masaje con aceites esenciales directa-mente sobre heridas abiertas y quemaduras; evitar la mandarina y limón si tiene alergia a los cítricos y verificar si el aroma elegido desagrada a la gestante.

La aromaterapia se puede usar de forma inhalatoria directa, de manera tópica, di-luido al 2% y/o en forma de difusor.

Conclusiones:

La evidencia científica respalda el uso de la aromaterapia como método no farma-cológico de alivio del dolor, teniendo en cuenta los gustos de la gestante en cuanto al olor y forma de administración. Aun así, se necesita más investigación, ensayos clínicos y la estandarización de protocolos

Bibliografía

1. Caballero Rodríguez, María del Carmen; Fernández Sancho, Andrea; Gregorio Jordán, Mónica; Salete García, Claudia; Becas Azagra, Marina; Blasco Lázaro, Inés. "Uso de la aromaterapia en el trabajo de parto." Revista Sanitaria de In-vestigación, ISSN-e 2660-7085, Vol. 5, Nº4, 2024.

2. Veras, Ingrid de Sousa; Almeida, Mariana Viana; Soares, Stephanea Marcelle Boaventura; Fraca, Katia Guerreiro de; Carvalho, Fernanda Thais Silva. "O uso da aromaterapia como recurso facilitador do trabalho de parto." Enfe. Foco (Brasília); 15:1-7, maio. 2024.

3. Vivancos Marín, Noelia; Cánovas Ambit, Germán; Sánchez García, Juan Carlos: López Requena, Anais; García Vidal, Jose Antonio. "Técnicas complementarias de relajación y analgesia no farmacológicas durante el parto: revisión sistemática." Enfem. Glob. Vol 23, Nº 73. Murcia, enero 2024.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 138

Uso de Sensores Intersticiales para el Control de la Glucemia en Pacientes con Diabetes: Un Enfoque Innovador en Enfermería

González Redondo, María
Navarro Diez, Macarena

Uso de Sensores Intersticiales para el Control de la Glucemia en Pacientes con Diabetes: Un Enfoque Innovador en Enfermería

INTRODUCCIÓN:

La diabetes mellitus requiere un control riguroso de los niveles de glucosa en sangre para prevenir complicaciones. Los sensores intersticiales representan una tecnología avanzada que permite monitoreo continuo de glucosa (MCG), facilitando una gestión más precisa y en tiempo real. La enfermería juega un papel clave en la implementación, educación y seguimiento del uso de estos dispositivos.

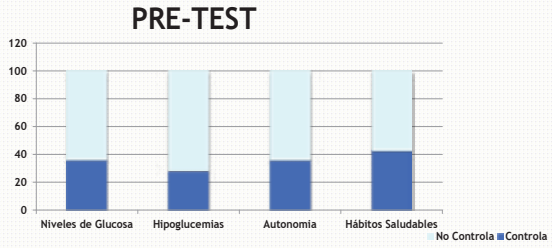
OBJETIVO

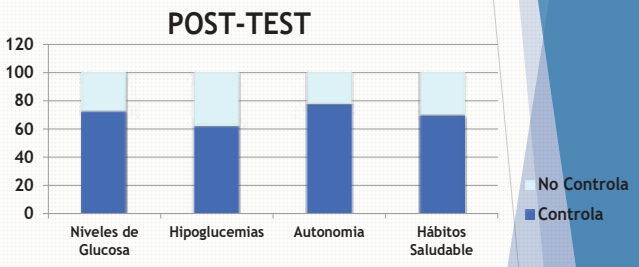
-Evaluar la efectividad y la percepción del uso de sensores intersticiales en el control glucémico de pacientes con diabetes, así como el impacto en la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.
-Evaluar la eficacia de la Educación Sanitaria que se proporciona en las sesiones informativas que desarrollamos en el centro de salud.
-Conseguir que los pacientes adquieran habilidades necesarias para su autocuidado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en un centro de salud de un área rural. La población a estudio fueron hombres y mujeres diabéticos tipo 1 y 2, que acudían a las charlas de educación sanitaria organizadas en el centro y orientadas al manejo del sensor intersticial
Se realizó durante 3 meses un muestreo no probabilístico y consecutivo de los asistentes que tras consentimiento informado deciden participar en el estudio.
Se decidió excluir aquellas encuestas que no estuvieran completas al 100%.
El instrumento utilizado fue una encuesta “ad hoc” que constaba de 9 preguntas con respuesta dicotómica (si/no)
• Analizamos datos de los dispositivos individuales, niveles de glucosa, frecuencia de hipoglucemias e hiperglucemias, satisfacción del paciente, conocimientos sobre el dispositivo.
Se realizó un test previo al inicio de la primera sesión y una nueva evaluación de conocimientos tras finalizar los 3 meses de estudio.
La variable principal medida fue el grado de conocimiento adquirido tras la charla de educación sanitaria.
Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos, realizándose el análisis con el Programa Excel de Windows en su Versión de 2016

RESULTADOS





Se obtuvo una tasa de respuesta del 100%., la muestra estudiada fueron 60 participantes, 45% mujeres y 65% varones, con edad comprendida entre 55 y 80 años. Tras el análisis de los cuestionarios se observó un aumento de conocimientos. El total de los pacientes consideró la información recibida buena o muy buena.
De la revisión de los test, destacar que un 86,9% llevaba más de 5 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus,y alrededor de 6 meses con sensor intersticial. El 71,2% mejora significativa en el control glucémico (reducción en las variables de glucosa) y un 85% disminución en episodios de hipoglucemia no detectada previamete . El 80% de ellos alta satisfacción y aceptación del dispositIvo entre los pacientes. .
El 75% mayor autonomía y adherencia al tratamiento.
Un 75% indica haber aumentado la actividad física y controlar mejor su alimentación.

CONCLUSIONES

-La EPS es una herramienta eficaz que permite al usuario la adquisición de conocimientos que influyen en su autocuidado y en la prevención de enfermedades crónicas. Disminuye la morbilidad y mejora la calidad de vida de los pacientes.
-El uso de sensores intersticiales en pacientes con diabetes mejora el monitoreo, reduce complicaciones y favorece una gestión más activa y autónoma.
-La enfermería debe promover la educación en el uso correcto, manejo de datos y seguimiento continuo.
Los sensores intersticiales representan una herramienta valiosa en el control de la diabetes, y la participación de la enfermería es fundamental para maximizar sus beneficios, mejorar la calidad de vida y reducir complicaciones.
-Se observó una mejoría en el conocimiento después de las sesiones de enseñanza. El método directo de transmitir información es muy útil y debe complementar a la información escrita.

Autores:
-María González Redondo.
-Macarena Navarro Díez.

Bibliografía

-Alvin C. Powers (2016). «Capítulo 417: Diabetes mellitus: diagnóstico, clasificación y fisiopatología». En Kasper, Dennis; Fauci, Anthony; Hauser, Stephen; Longo, Dan; Jameson, J. Larry; Loscalzo, Joseph, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e (19e edición). McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. ISBN 9786071513359. Consultado el 18 de junio de 2016.

-Alustiza Martinez, Elena (2020). «Abordaje de factores de riesgo de diabetes tipo 2 en adolescentes.»

-Icalá-Bejarano Carrillo, J; Yago Torregrosa, MD; Mañas Almendros, M; López Millán, MB; Martínez Burgos, MA; & Martínez de Victoria, Muñoz, E. (2015). Macronutrientes, ingesta de alimentos y peso corporal: papel de la grasa. Nutrición Hospitalaria, 31(1), 46-4. https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.1.8439

Resumen: *El uso de sensores intersticiales en pacientes con diabetes permite un control glucémico continuo y preciso, mejorando la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. Este estudio, realizado en un centro de salud rural, evaluó a 60 pacientes con diabetes tipo 1 y 2 mediante sesiones educativas. Se observó un aumento significativo en el conocimiento sobre el dispositivo, así como mejoras en el control de glucosa, reducción de hipoglucemias y mayor autonomía. La educación sanitaria, liderada por enfermería, resultó clave en el autocuidado. La mayoría de los pacientes mostró alta satisfacción y aceptación del sensor, destacando su eficacia.*

Palabras clave: *http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=engDeCS – Descritores em Ciências da Saúde (bvsalud.org)*

- *Diabetes, sensores intersticiales, enfermería*

Desarrollo del Trabajo:

Uso de Sensores Intersticiales para el Control de la Glucemia en Pacientes con Diabetes: Un Enfoque Innovador en Enfermería

Introducción:

La diabetes mellitus requiere un control riguroso de los niveles de glucosa en sangre para prevenir complicaciones. Los sensores intersticiales representan una tecnología avanzada que permite monitoreo continuo de glucosa (MCG), facilitando una gestión más precisa y en tiempo real. La enfermería juega un papel clave en la implementación, educación y seguimiento del uso de estos dispositivos.

Objetivos:

- Evaluar la efectividad y la percepción del uso de sensores intersticiales en el control glucémico de pacientes con diabetes, así como el impacto en la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

- Evaluar la eficacia de la Educación Sanitaria que se proporciona en las sesiones informativas que desarrollamos en el centro de salud.

- Conseguir que los pacientes adquieran habilidades necesarias para su autocuidado.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en un centro de salud de un área rural. La población a estudio fueron hombres y mujeres diabéticos tipo 1 y 2, que acudían a las charlas de educación sanitaria organizadas en el centro y orientadas al manejo del sensor intersticial

Se realizó durante 3 meses un muestreo no probabilístico y consecutivo de los asistentes que tras consentimiento informado deciden participar en el estudio.

Se decidió excluir aquellas encuestas que no estuvieran completas al 100%.

El instrumento utilizado fue una encuesta “ad hoc” que constaba de 9 preguntas con respuesta dicotómica (si/no)

• Analizamos datos de los dispositivos individuales, niveles de glucosa, frecuencia de hipoglucemias e hiperglucemias, satisfacción del paciente, conocimientos sobre el dispositivo.

Se realizó un test previo al inicio de la primera sesión y una nueva evaluación de conocimientos tras finalizar los 3 meses de estudio.

La variable principal medida fue el grado de conocimiento adquirido tras la charla de educación sanitaria.

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos, realizándose el análisis con el programa Excel de Windows en su versión de 2016.

Resultados:

Se obtuvo una tasa de respuesta del 100%., la muestra estudiada fueron 60 participantes, 45% mujeres y 65% varones, con edad comprendida entre 55 y 80 años. Tras el análisis de los cuestionarios se observó un aumento de conocimientos. El total de los pacientes consideró la información recibida buena o muy buena.

De la revisión de los test, hay que destacar que un 86,9% llevaba más de 5 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus,y alrededor de 6 meses con sensor intersticial. El 71,2% mejora significativa en el control glucémico (reducción en las variables de glucosa) y un 85% disminución en episodios de hipoglucemia no detectada previamente. El 80% de ellos alta satisfacción y aceptación del dispositivo entre los pacientes.

El 75% mayor autonomía y adherencia al tratamiento.

Un 75% indica haber aumentado la actividad física y controlar mejor su alimentación.

Conclusiones:

- La EPS es una herramienta eficaz que permite al usuario la adquisición de conocimientos que influyen en su autocuidado y en la prevención de enfermedades crónicas. Disminuye la morbilidad y mejora la calidad de vida de los pacientes.

-El uso de sensores intersticiales en pacientes con diabetes mejora el monitoreo, reduce complicaciones y favorece una gestión más activa y autónoma.

-La enfermería debe promover la educación en el uso correcto, manejo de datos y seguimiento continuo.

Los sensores intersticiales representan una herramienta valiosa en el control de la diabetes, y la participación de la enfermería es fundamental para maximizar sus beneficios, mejorar la calidad de vida y reducir complicaciones.

-Se observó una mejoría en el conocimiento después de las sesiones de enseñanza. El método directo de transmitir información es muy útil y debe complementar a la información escrita.

Bibliografía

-Ministerio de Salud. Guía para el manejo de la diabetes mellitus tipo 1 y 2. 2023. p. 45-60.

-Pérez R, Gómez L. Educación sanitaria en diabetes: impacto en el autocuidado y control glucémico. Rev Enfermería Actual. 2024;12(2):115-22.

-Martínez J, Sánchez M. Monitorización continua de glucosa: avances tecnológicos y rol de la enfermería. Enferm Global. 2023;22(3):180-8.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 139

Uso de Siliconas en Piel Perilesional a propósito de un Caso

Camacho Sánchez, Ana María.

USO DE SILICONAS EN PIEL PERILESIONAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Autor: Camacho Sánchez, Ana María

INTRODUCCIÓN

En el manejo de heridas es crucial la protección y tratamiento de la piel perilesional. Esta puede verse afectada por muchos factores entre ellos el exudado procedente de la herida. Es importante gestionar el exudado para evitar maceraciones y proteger dicha piel. Las cremas con base de zinc, apósitos y cremas de siliconas son los productos mas recomendados según evidencia científica, siempre eligiendo bien el tipo de producto acorde a la fragilidad de la piel y nivel de exudado de la herida.

OBSERVACIÓN CLINICA

Paciente residente en centro sociosanitario antecedente de espina bífida. Hemiplejia de miembros inferiores. Deambulación en silla de ruedas. HTA, NO DM. Presenta herida cavitada de unos 3*3cm, relacionada con presión y humedad y fricción en pliegue subglúteo izquierdo. De carácter crónico, muy exudativa con piel perilesional macerada, frágil. Portador de superficies de manejo de presión tanto en silla de ruedas como en cama.

Diagnósticos enfermero		NOC	NIC
Diagnostico para lesiones en piel perilesional	(00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c humedad, fuerzas de cizallamiento y presión sobre la prominencia ósea m/p pigmentación alterada.	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas: estructura intacta y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas	0840 Cambio de posición 3670 Cuidados de las heridas: protección
Diagnostico para lesión cavitada de carácter crónico	(00044) Deterioro de la integridad tisular r/C humedad, fuerzas de cizallamientos y presión sobre la prominencia ósea m/p deterioro de la integridad cutánea y exposición de tejidos por debajo de la epidermis.	(1103) Curación de heridas: 2º intención. Alcance de regeneración de células y tejido.	0840 Cambio de posición 3660 Cuidados de las heridas

DISCURSIÓN

Se evalúa en primer lugar las causas que producen y mantienen esa herida crónica. Observamos que la presión unida a la fricción en silla de ruedas y la humedad son las causas etiológicas de esta lesión. Centrándonos en el objetivo del trabajo que es el tratamiento de la piel perilesional. Observamos:

Piel frágil + Piel macerada + Piel expuesta a un exudado alto → Según evidencia → **Uso de apósitos y cremas de silicona**

Por el tipo de forma que abarcan las lesiones en la piel nos decantamos por el **formato crema** que se adapta mejor a la extensión irregular de la herida. Además, se pautan cambios de apósitos secundarios de la herida cada 12 horas para ayudar a un mejor manejo de la humedad ya que los apósitos se saturan antes de las 24 horas. Aplicamos crema de silicona cada 24 horas, sin retirar la anterior ya que según ficha técnica del producto no es necesario.

CONCLUSIONES

Es importante evaluar las causas que producen cada herida, que tipo de herida y tejidos tenemos delante para así poder elegir el mejor tratamiento tanto en productos de cura como en las medidas que proponemos que favorecen a la curación de heridas.

BIBLIOGRAFIA

Las imágenes mostradas durante el desarrollo del trabajo son de propia creación.
-Enfermería Evidente. ¿Qué productos son los mejores para proteger la piel perilesional de una úlcera de la humedad? 2023. Disponible en: https://enfermeriaevidente.com/que-productos-son-los-mejores-para-proteger-la-piel-perilesional-de-una-ulcera-de-la-humedad/
-Elena Conde Montero Blog. Siliconas y otros apósitos atraumáticos [Internet]. [consultado 18 Abr 2025]. Disponible en: https://elenaconde.com/siliconas-y-otros-apositos-atraumaticos/
-García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú Soriano J. Efectividad de la Película Barrera No Irritante en la prevención de lesiones de piel: Revisión sistemática. Gerokomos [Internet]. 2009 [consultado 18 Abr 2025];20(1):29-39. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000100005

Resumen: *En el manejo de heridas es crucial la protección y tratamiento de la piel perilesional. Presentamos caso clínico de herida crónica exudativa causada por factores como la humedad, presión y fricción de la zona. La piel perilesional se ve sometida a una continua exposición a la humedad. Elegimos para su tratamiento y protección crema de silicona, ya que es una piel muy frágil y macerada. Se puede observar la mejoría tras semanas de aplicación. Es importante saber tratar las causas que nos producen las lesiones y saber distinguir que estructuras tenemos delante para aplicar las medidas y productos más adecuados.*

Palabras clave: *Heridas y Lesiones (Wounds and Injuries) - Planificación de Atención al paciente (Patient Care Planning) - Técnicas de Cierre de Heridas (Wound Closure Techniques)*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En el manejo de heridas es crucial la protección y tratamiento de la piel perilesional. Esta puede verse afectada por muchos factores entre ellos el exudado procedente de la herida. Es importante gestionar el exudado para evitar maceraciones y proteger dicha piel.

Las cremas con base de zinc, apósitos y cremas de siliconas son los productos más recomendados según evidencia científica, siempre eligiendo bien el tipo de producto acorde a la fragilidad de la piel y nivel de exudado de la herida.

Observación Clínica:

Paciente residente en centro sociosanitario antecedente de espina bífida. Hemiplejia de miembros inferiores. Deambulación en silla de ruedas. HTA, NO DM. Presenta herida cavitada de unos 3*3cm, relacionada con presión y humedad y fricción en pliegue subglúteo izquierdo. De carácter crónico, muy exudativa con piel perilesional macerada, frágil. Portador de superficies de manejo de presión tanto en silla de ruedas como en cama.

Fecha: 3.5.25

Plan de cuidados enfermero:

Diagnósticos enfermero		NOC	NIC
Diagnostico para lesiones en piel perilesional	(00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c humedad, fuerzas de cizallamiento y presión sobre la prominencia ósea m/p pigmentación alterada.	(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas: estructura intacta y función fisiológica normal de la piel y las membranas	0840 cambio de posición 3670 cuidados de las heridas: protección
		mucosas	
Diagnostico para lesión cavitada de carácter crónico	(00044) Deterioro de la integridad tisular r/C humedad, fuerzas de cizallamientos y presión sobre la prominencia ósea m/p deterioro de la integridad cutánea y exposición de tejidos por debajo de la epidermis.	(1103) Curación de heridas: 2º intención. Alcance de regeneración de células y tejido.	0840 Cambio de posición 3660 Cuidados de las heridas

Discusión:

Se evalúa en primer lugar las causas que producen y mantienen esa herida crónica. Observamos que la presión unida a la fricción en silla de ruedas y la humedad son las causas etiológicas de esta lesión. Centrándonos en el objetivo del trabajo que es el tratamiento de la piel perilesional. Observamos:

Por el tipo de forma que abarcan las lesiones en la piel nos decantamos por el formato crema que se adapta mejor a la extensión irregular de la herida. Además, se pautan cambios de apósitos secundarios de la herida cada 12 horas para ayudar a un mejor manejo de la humedad ya que los apósitos se saturan antes de las 24 horas. Aplicamos crema de silicona cada 24 horas, sin retirar la anterior ya que según ficha técnica del producto no es necesario.

Bibliografía

Las imágenes mostradas durante el desarrollo del trabajo son de propia creación.

- *Enfermería Evidente. ¿Qué productos son los mejores para proteger la piel perilesional de una úlcera de la humedad? 2023. Disponible en: https://enfermeriaevidente.com/que-productos-son-los-mejores-para-proteger-la-piel-perilesional-de-una-ulcera-de-la-humedad/*

- *Elena Conde Montero Blog. Siliconas y otros apósitos atraumáticos [Internet]. [consultado 18 Abr 2025]. Disponible en: https://elenaconde.com/siliconas-y-otros-apositos-atraumaticos/ García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú Soriano J. Efectividad de la Película Barrera No Irritante en la prevención de lesiones de piel: Revisión sistemática. Gerokomos [Internet]. 2009 [consultado 18 Abr 2025];20(1):29-39. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000100005*

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 140

Utilización de crema anestésica en población pediátrica.

Castellanos Velázquez, Yolanda
Martínez Lao, Isabel
Rodrigo Martín, Sonia

UTILIZACIÓN DE CREMA ANESTÉSICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

CASTELLANOS VELAZQUEZ, YOLANDA; RODRIGO MARTÍN, SONIA; MARTÍNEZ LAO, ISABEL

SATSE

INTRODUCCIÓN

El **dolor** es uno de los síntomas más invalidantes y que más sufrimiento produce.

Hoy en día, aliviarlo constituye un **derecho del ser humano** y una **obligación** por parte de los profesionales sanitarios ya que establece un problema básico de salud en todo el mundo.

La población pediátrica es vulnerable al dolor y encontrar una alternativa para ello es esencial.

OBJETIVOS

- Resaltar el papel de Enfermería en el manejo de anestésicos tópicos ante procedimientos dolorosos.
- Describir la utilización de la crema EMLA y su utilización en el medio hospitalario.

METODOLOGÍA

- **Criterios de inclusión**
  - Artículos en castellano publicados entre 2020 y 2024.
- **Bases de datos**
  - CUIDEN, SciELO, Medline, Google Académico, Dialnet.
- **Sociedades científicas**
- **Palabras clave**
  - Anéstésico local, fotodepilación, catéter.

RESULTADOS

La **crema EMLA** es un anestésico tópico que continen 25mg de lidocaína y 25 mg de prilocaína. Su **mecanismo de acción** consiste en inhibir la conducción del impulso nervioso, dejando sin sensibilidad la zona donde se haya aplicado.

Puede resultar útil en algunas técnicas como fotodepilación, extirpación de verrugas, limpieza de úlceras, etc.
Pero cabe resalta su importancia en la **población pediátrica** a la hora de realizar técnicas invasivas, ya sean venopunciones o vacunación.

Las vacunaciones inyectables son dolorosas, además de ser molesto y estresante para los niños y, por ende, para los profesionales sanitarios.

La crema EMLA puede ser aplicada una hora antes en la zona prevista con apósito oclusivo.
Está indicada, incluso, en menores de 1 año.

CONCLUSIÓN

Los efectos adversos derivados del uso de lidocaína al 4% frente a EMLA (lidocaína 2,5% y prilocaína 2,5%) son similares, excepto la metahemoglobinemia descrita por el uso de EMLA en amplias zonas.

El miedo, ansiedad y el dolor derivado de las técnicas simples en niños, se reducen significativamente con el uso de crema anestésica.

Los profesionales sanitarios pueden desempeñar su trabajo de una manera más confortable y relajada.

BIBLIOGRAFÍA

- Intxauspe Maritxalar A, Gorrotxategi Gorrotxategi PJ. Lidocaína y prilocaína (Emla®) frente a lidocaína sola (Lambdalina®) y metahemoglobinemia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:e193-e194.
- Arghese KS, Ahmed A, Mathew DM, Fusco PJ, Abraham MN. Mezcla eutéctica de anestésicos locales y ametocaína como anestésicos tópicos en pediatría: un metanálisis. Pediatr Res. 2024 Jul; 96(1):51-56. doi: 10.1038/s41390-024-03113-7. Epub 1 de marzo de 2024. PMID: 38429571.
- Haidar NA, Al Amri MH, Sendad NG, Toaimah FHS. Eficacia del dispositivo Buzzy frente a la crema EMLA para reducir el dolor durante los procedimientos relacionados con agujas en niños: un ensayo controlado aleatorizado. Pediatr Emerg Care. 1 de marzo de 2024; 40(3):180-186. doi: 10.1097/PEC.0000000000002965. Epub 11 de mayo de 2023. PMID: 37163686.

Resumen: *Aliviar el dolor es una de las obligaciones ligadas al derecho a la salud, según las leyes universales de los derechos humanos. De lo contrario, estaríamos cometiendo una negligencia.*

Además, si nos centramos en la población infantil, supone un agravio por la vulnerabilidad que conlleva la edad de nuestros pacientes.

Hoy en día, existen alternativas para reducir el dolor en aquellos tratamientos o técnicas que, por simples que sean, son mínimamente invasivas.

Algunos de ellos son compuestos simples o combinados de anestésicos locales utilizados por vía tópica que no requiere mayor complejidad, pero sí formación adecuada para su utilización.

Palabras clave: *Crema - Emla - Anestésico*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

La crema Emla es un medicamento de uso tópico para anestesiar localmente una zona de la piel. Contiene dos principios activos anestésicos, la lidocaína y la prilocaína, que inhiben la conducción del impulso nervioso insensibilizando la zona allá dónde se aplique. Este medicamento en crema se usa para anestesiar zonas de la piel donde se va a realizar algún tipo de punción, ya sea poner una inyección o realizar algún tipo de

La crema Emla es un medicamento de uso tópico para anestesiar localmente una zona de la piel. Contiene dos principios activos anestésicos, la lidocaína y la prilocaína, que inhiben la conducción del impulso nervioso insensibilizando la zona allá dónde se aplique. Este medicamento en crema se usa para anestesiar zonas de la piel donde se va a realizar algún tipo de punción, ya sea poner una inyección o realizar algún tipo de técnica invasiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que no aliviar el dolor incurre en una falta de ética grave por parte de los procuradores de salud hacia la población. Constituye un derecho fundamental.

Por el contrario, no llevar a cabo esta serie de comportamientos puede tener como consecuencia la violación de la obligación de cumplir con éste, además del trato inhumano y degradante para el paciente.

El mecanismo de acción de los anestésicos locales se basa en bloquear las señales eléctricas que transmiten la sensación dolorosa desde los nervios sensoriales hasta el cerebro, sin afectar a la memoria o a la capacidad de un paciente para respirar.

La crema EMLA es un medicamento de uso tópico para anestesiar localmente una zona. Contiene dos principios activos: la lidocaína y la prilocaína. Éstas inhiben la conducción del impulso nervioso insensibilizando la zona allá dónde se aplique, como ya se ha mencionado.

Objetivos:

Describir la utilización de la crema EMLA y su utilización en el medio hospitalario por parte del personal de Enfermería.

Material y Métodos:

Se ha realizado una revisión bibliográfica donde se ha podido recopilar toda la información necesaria, basada en la evidencia científica, sobre la deshidratación en la población infantil.

Se han incluido aquella bibliografía publicada entre 2020 y 2024, y redactados en castellano.

Para su desarrollo, se han analizado diferentes bases de datos: Scielo, PubMed, Dialnet, Cuiden, Google Académico, Medline. Además, se han consultado Sociedades Científicas como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Española de Pediatría (AEPED) y la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP).

Todos los artículos que no cumplieran estos criterios han sido desestimados.

Resultados:

En la actualidad, siguen existiendo situaciones en las que no se realiza una buena praxis analgésica existiendo medios suficientes para hacerlo. Se podría considerar una “negligencia”.

Una buena opción para aliviar el dolor en diferentes técnicas y sobre un volumen amplio de población son los anestésicos locales.

En el momento en el que vivimos, los anestésicos locales, son utilizados para diferentes técnicas que distan de las exclusivamente médicas como, por ejemplo, la fotodepilación. Para ello, se usan cremas anestésicas para amplias zonas de la piel sin necesidad de inocular ningún anestésico local convencional.

Asimismo, tiene otros usos como la extirpación de verrugas, limpieza de úlceras en miembros inferiores, punciones de cualquier índole, etc.

La crema anestésica EMLA es un sistema de emulsión oleo-acuosa que consiste en una mezcla eutéctica de lidocaína y prilocaína.

La absorción sistémica depende de la dosis, área, grosor de la piel y tiempo de aplicación.

Si nos centramos en la población infantil, reducir el dolor y, por tanto, el miedo y ansiedad que se derivan de algunas técnicas, esto gana relevancia.

En pediatría existen diferentes métodos para reducir el dolor. Si hablamos de un lactante, la “tetranalgesia” está más que indicada, siempre que sea posible. Lactar a la vez que se recibe una técnica dolorosa se ha evidenciado que reduce las molestias. Otra opción sería las técnicas de distracción, el contacto o piel con piel, la posición erguida frente a tumbado o la aplicación de anestésicos locales.

EMLA se utiliza en punciones, por ejemplo, de catéteres intravenosos o para extracción de muestras de sangre; punciones lumbares o intervenciones quirúrgicas superficiales, entre otras.

Cualquier adulto o niño mayor de 3 meses es subsidiario de recibirlo, siempre que no haya datos de tratamientos con agentes inductores de metahemoglobina.

El modo de usarlo es aplicando una capa gruesa de EMLA y tapar con un apósito oclusivo durante un tiempo mayor a 30 minutos. El procedimiento debe comenzar inmediatamente después de eliminar la crema.

Los últimos estudios recomiendan el uso de la crema EMLA para el desbridamiento en úlceras venosas, desestimando la lidocaína al 2% o al 4%.

Conclusiones:

La crema EMLA y lidocaína inyectada presentan similares beneficios y escasos efectos adversos. Sin embargo, la EMLA puede presentar metahemoglobinemia, síntomas neurotóxicos y cardiotóxicos si se aplica en zonas extensas.

Es apto para población adulta y pediátrica mayores de 3 meses. Su uso es muy versátil, desde venopunciones, vacunaciones inyectadas, extirpación de verrugas, etc.

Los profesionales de la salud, con la disponibilidad existente de fármacos para el tratamiento del dolor, debemos proporcionar las opciones más adecuadas para aliviarlo.

Aún existe reticencia a la hora de prescribir fármacos analgésicos y la mayoría de los pacientes continúan recibiendo un tratamiento analgésico que no refleja los avances de las últimas décadas.

Bibliografía

- Manejo local del dolor en curas de heridas. Artículo monográfico. am

- Intxauspe Maritxalar A, Gorrotxategi Gorrotxategi P. Lidocaína y Al-Jubouri MB, Jaafar SA, Abbas MK, Gazi IN, Shawwat MA, Karmoud KF, Al-prilocaína (Emla®) frente a lidocaína sola (Lambda lina®) y metahemoglobinemia. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:e193-e194.

- Arghese KS, Ahmed A, Mathew DM, Fusco PJ, Abraham MN. Mezcla eutéctica de anestésicos locales y ametocaína como anestésicos tópicos en pediatría: un metanálisis. Pediatr Res. 2024 Jul; 96(1):51-56. doi: 10.1038/s41390-024-03113-7. Epub 1 de marzo de 2024. PMID: 38429571.

- Al-Jubouri MB, Jaafar SA, Abbas MK, Gazi IN, Shawwat MA, Karmoud KF, Al-Faham TM. Uso de crioterapia, crema EMLA (lidocaína/prilocaína eutéctica) o lidocaína en aerosol para reducir el dolor durante la punción de fístula arteriovenosa: un ensayo controlado aleatorizado. Hemodial Int. 2024 Jul; 28(3):270-277. doi: 10.1111/hdi.13152. Epub 11 de abril de 2024. PMID: 38605472.

- Haidar NA, Al Amri MH, Sendad NG, Toaimah FHS. Eficacia del dispositivo Buzzy frente a la crema EMLA para reducir el dolor durante los procedimientos relacionados con agujas en niños: un ensayo controlado aleatorizado. Pediatr Emerg Care. 1 de marzo de 2024; 40(3):180-186. doi: 10.1097/PEC.0000000000002965. Epub 11 de mayo de 2023. PMID: 37163686.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 141

Vacunación Infantil: Una Revisión de Preocupaciones Parentales y Evidencia Científica

Sánchez Sánchez, Irene
Carrillo Palomo, Concepción

VACUNACIÓN INFANTIL: UNA REVISIÓN DE PREOCUPACIONES PARENTALES Y EVIDENCIA CIENTÍFICA

Sánchez Sánchez, Irene; Carrillo Palomo, Concepción

1. INTRODUCCIÓN

- Antes de los calendarios de vacunación infantil, las enfermedades infecciosas eran la principal causa de mortalidad en niños. Las **vacunas han logrado erradicar enfermedades** como la viruela y la poliomielitis y **reducir la incidencia de otras infecciones** graves.
- Las inmunizaciones infantiles más allá de la **protección individual**, debido a la alta cobertura de vacunación genera **inmunidad de grupo.**
- Algunas **familias optan por no vacunar a sus hijos** debido a **diversas preocupaciones:** Miedo al mercurio, aluminio, conservantes, estabilizantes, antibióticos o gelatinas, que provoquen autismo, reacciones alérgicas y enfermedades neurológica. Se ven **magnificadas por la desinformación** de redes sociales y otros medios de comunicación.

2. OBJETIVOS

- Identificar y comprender los motivos que llevan a las familias a optar por la no vacunación de sus hijos.
- Ofrecer información basada en la evidencia científica sobre la seguridad de las vacunas, sus efectos secundarios y otros aspectos relevantes.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó búsqueda bibliográfica en manuales, anales de pediatría y Dialnet, limitando los resultados hasta el 2016. La búsqueda se llevó a cabo de mayo a junio de 2025, en español.

4. RESULTADOS

- **Escuchar y entender** las inquietudes de los padres, proporcionar **información veraz.**
- **1º Mito: Las vacunas no son eficaces ni seguras.** Las vacunas deben demostrar su máxima seguridad, los efectos secundarios en su mayoría son leves, y los efectos adversos más graves son extremadamente raros.
- **2º Mito: La inmunidad producida por la enfermedad natural es mejor que la de las vacunas.** No es mejor enfermar que vacunarse, debido a los riesgos y complicaciones de la enfermedad natural.
- **3º Mito: Las enfermedades que se previenen ya están casi eliminadas, por lo que las vacunas no son necesarias.** Si se deja de vacunar, las enfermedades regresan, debido a: Persistencia de agentes patógenos en el mundo, riesgo de mutación, globalización y viajes.
- **4º Mito: Vacunar durante el primer año de vida es contraproducente porque el sistema inmunitario está inmaduro.** Se pueden administrar varias vacunas juntas, y no debilitan el sistema inmunitario. Retrasar la vacunación aumenta probabilidad de contraer infecciones y el riesgo de complicación de estas.
- **5º Mito: Las vacunas aumentan las alergias.** Numerosos estudios demuestran que esto no es cierto.
- **6º Mito: Las vacunas causan autismo.** No causan autismo, numerosos estudios científicos lo avalan.
- **7º Mito: Las vacunas contienen productos tóxicos como aluminio y mercurio.** Ninguna vacuna actualmente contiene tiomersal (mercurio). El aluminio rara vez produce efectos adversas locales, además se encuentra en nuestro ambiente.

5. CONCLUSIONES

La **vacunación** infantil ha **transformado la salud pública**, aunque persisten preocupaciones sobre componentes y posibles efectos adversos de las vacunas, magnificadas por la desinformación. Es **crucial abordar estas inquietudes** con evidencia científica clara, **para proteger la salud individual y colectiva**.

6. BIBLIOGRAFÍA

SATSE

Resumen: *La vacunación infantil es una intervención sanitaria vital que ha erradicado enfermedades como la viruela y prevenido millones de muertes, estableciendo inmunidad de grupo.*

Pese a su eficacia probada, algunas familias optan por no vacunar a sus hijos debido a preocupaciones sobre el mercurio, aluminio, autismo o alergias, a menudo magnificadas por la desinformación.

Este estudio busca entender estas razones y proporcionar información veraz basada en evidencia. La seguridad de las vacunas es rigurosa, con efectos secundarios leves y raros, y se abordan mitos comunes. Es esencial corregir la desinformación para proteger la salud individual y colectiva.

Palabras clave: *Vacunas - Desinformación - Enfermería Basada en la Evidencia*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

Antes de la implementación de los calendarios de vacunación infantil, las enfermedades infecciosas eran la principal causa de mortalidad en niños. Gracias a la vacunación, se ha logrado erradicar enfermedades como la viruela a nivel mundial y la poliomielitis en la mayoría de los países y reducir la incidencia de otras infecciones graves como la difteria y el sarampión.

Las inmunizaciones infantiles más allá de la protección individual, debido a la alta cobertura de vacunación genera inmunidad de grupo (Cuando la mayoría de la población está inmunizada, el virus deja de circular), protegiendo a aquellos niños que por motivos médicos no pueden recibir vacunas.

A pesar de la evidencia científica, algunas familias optan por no vacunar a sus hijos debido a diversas preocupaciones: Miedo a la presencia de mercurio (tiomersal), sales de aluminio, conservantes, estabilizantes, antibióticos o gelatinas, la idea de que provoquen autismo y temor a las reacciones alérgicas y enfermedades neurológicas. Estas preocupaciones se ven magnificadas por la desinformación que circula en las redes sociales y otros medios de comunicación.

Objetivos

• Identificar y comprender los motivos que llevan a las familias a optar por la no vacunación de sus hijos.

• Ofrecer información basada en la evidencia científica sobre la seguridad de las vacunas, sus efectos secundarios y otros aspectos relevantes.

Material y Método:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en manuales, anales de pediatría y bases de datos como Dialnet, limitando los resultados hasta el año 2016. La búsqueda se llevó a cabo de mayo a junio de 2025, en idioma español.

Resultados:

Lo primero y más importante es escuchar y entender las inquietudes de los padres, proporcionar información veraz y corregir cualquier desinformación. Debemos saber que en España, ninguna vacuna es obligatoria, aunque están totalmente recomendadas por su eficacia y seguridad.

A continuación, se desmienten los mitos más comunes sobre la vacunación:

1° Mito: Las vacunas no son eficaces ni seguras.

Las vacunas, aunque no son 100% efectivas ni están exentas de riesgos, deben demostrar su máxima seguridad en rigurosos estudios antes de su comercialización. Los efectos secundarios, en su mayoría son leves y pasajeros, deben presentarse en menos del 10% de las personas vacunadas. Los efectos secundarios más comunes incluyen: Dolor o hinchazón temporal en el lugar de la inyección y febrícula o fiebre leve que dura entre 24 y 48 horas.

Los efectos adversos más graves son extremadamente raros (aproximadamente 1 caso por cada millón): reacciones anafilácticas o encefalopatía.

2° Mito: La inmunidad producida por la enfermedad natural es mejor que la de las vacunas.

No es mejor enfermar que vacunarse, aunque muchas infecciones generan inmunidad duradera, la vacunación es siempre la mejor opción debido a los riesgos y complicaciones asociados con la enfermedad natural.

3° Mito: Las enfermedades que se previenen ya están casi eliminadas, por lo que las vacunas no son necesarias.

A pesar del éxito de las vacunas en la erradicación de ciertas enfermedades, si se deja de vacunar, las enfermedades regresan, debido a:

• Persistencia de agentes patógenos en el mundo en forma de reservorios animales y ambientales: Por ejemplo, el tétanos, está presente en esporas de Clostridium tetani del suelo, siendo la vacunación la única forma de proteger a los individuos.

• Riesgo de mutación y evolución viral: La vacunación sirve para minimizar la circulación viral y reducir las oportunidades de que surjan nuevas cepas que podrían evadir la inmunidad existente.

• Globalización y viajes.

Cabe destacar que la vacunación genera inmunidad de grupo, protegiendo a aquellos niños que por motivos médicos no pueden recibir vacunas.

4° Mito: Vacunar durante el primer año de vida es contraproducente porque el sistema inmunitario está inmaduro.

Se pueden administrar varias vacunas juntas, en la mayoría de los casos, con pocas excepciones. Tanto niños como lactantes responden adecuadamente a los antígenos de las vacunas. Además, las vacunas No debilitan el sistema inmunitario, ya que, desde el nacimiento, existe una capacidad de respuesta inmunológica que madura y se completa en los primeros meses de vida.

Retrasar la vacunación durante el primer año de vida es peligroso, ya que en este periodo la probabilidad de contraer infecciones es elevada, y con alto riesgo de complicación de la infección.

5° Mito: Las vacunas aumentan las alergias.

Numerosos estudios demuestran que no existe ninguna relación con el aumento de alergias debido a la vacunación.

6° Mito: Las vacunas causan autismo.

Las vacunas No causan autismo. Esta idea errónea se originó en 1998 a raíz de un artículo fraudulento publicado en la revista médica The Lancet. El autor de dicho artículo, Andrew Wakefield, afirmó que existía una relación entre la vacuna triple vírica (MMR) y la aparición de colitis y autismo. Sin embargo, esta investigación fue completamente desacreditada posteriormente. Se reveló que Wakefield tenía múltiples conflictos de intereses financieros no declarados, había manipulado la evidencia científica e incluso había cometido abusos éticos, como someter a niños autistas a procedimientos invasivos innecesarios. Como consecuencia de sus acciones, fue expulsado del registro médico del Reino Unido y se le inhabilitó para ejercer la medicina.

Tras la controversia generada por el artículo de Wakefield, se realizaron exhaustivos análisis, controles y estudios epidemiológicos que desmintieron por completo su afirmación. El consenso científico actual es unánime: no existe ninguna evidencia que relacione el desarrollo del autismo con la vacuna MMR. De hecho, los beneficios de esta vacuna como herramienta de control de epidemias superan con creces sus riesgos potenciales, que son mínimos. Numerosos estudios científicos han demostrado la ausencia de conexión entre las vacunas y el autismo. Por ejemplo:

• La Academia Nacional de Medicina revisó la seguridad de ocho vacunas para niños y adultos, concluyendo que, con raras excepciones, estas vacunas son muy seguras.

• Un estudio de los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) publicado en 2013 complementó la investigación que demuestra que las vacunas no causan Trastornos del Espectro Autista (TEA). Centrándose en la cantidad de antígenos administrados durante los dos primeros años de vida y mostró que la cantidad total de antígenos de las vacunas recibidas fue la misma entre los niños con TEA y los que no lo padecían.

7° Mito: Las vacunas contienen productos tóxicos como el aluminio y el mercurio.

En cuanto a los componentes de las vacunas encontramos:

• Conservantes: Actualmente, ninguna vacuna en los calendarios vacunales de España y Europa contiene tiomersal.

• Aluminio: Rara vez se han observado reacciones adversas locales como enrojecimiento o nódulos en la piel. Las vacunas no son la única fuente de exposición al aluminio, está presente en el aire, alimentos y agua.

• Aditivos y estabilizadores: Se utilizan para mantener la estabilidad de las vacunas frente a condiciones adversas (liofilización o calor) y para evitar que los inmunógenos se adhieran al vial. Incluyen azúcares (sacarosa, lactosa), aminoácidos (glicina, sal monosódica de ácido glutámico) y proteínas (gelatina o albúmina sérica humana).

• Cantidades residuales de reactivos: Los agentes inactivantes (como el formaldehído), antibióticos y residuos celulares (como proteínas de huevo y levadura) pueden estar presentes en el producto final en cantidades mínimas y estrictamente reguladas. Son cruciales para separar la capacidad de un patógeno para generar inmunidad de su virulencia, eliminando los efectos dañinos de las toxinas bacterianas o la capacidad de los virus infecciosos para replicarse.

Conclusiones:

La vacunación infantil ha transformado la salud pública, aunque persisten preocupaciones sobre los componentes y posibles efectos adversos de las vacunas magnificadas por la desinformación. Es crucial abordar estas inquietudes con información científica clara y basada en la evidencia para proteger la salud individual y colectiva.

Bibliografía

1. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. Escola de Salut SJD. Padres que no quieren vacunar a sus hijos: ¿qué riesgos implica para la salud de los niños?. Escola de Salut SJD [Internet]. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu Barcelona; 2024. Disponible en: https://escolasalut.sjdhospitalbarcelona.org/es/consejos-salud/seguridad/padres-no-quieren-vacunar-hijos-riesgos-implica-salud-ninos

2. Comité Asesor de Vacunas de la AEP. La fuerza de las vacunas [Internet]. Vacunasaep.org; 2023 Abr 25 [citado 2025 Jun 9]. Disponible en: https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/semana-europea-inmunizaciones-2023-la-fuerza-de-las-vacunas

3. Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Efectos secundarios de las inmunizaciones [Internet]. Vacunasaep.org; 2024 Jul [citado 2025 Jun 9]. Disponible en: https://vacunasaep.org/familias/efectos-secundarios-de-las-vacunas

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Autism and Vaccines [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2024 Dec 30 [citado 2025 Jun 15]. Disponible en: https://www.cdc.gov/vaccine-safety/about/autism.html

5. Ruiz Alpresa IL, Molina Ruiz FJ. Inmunizando contra los prejuicios antivacunas. MoleQla: Revista de Ciencias de la Universidad Pablo de Olavide [Internet]. 2016 [citado 2025 Jun 15];(21). Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5394209

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 142

Valoración enfermera en la prevención y manejo del shock hipovolémico intraoperatorio: revisión bibliográfica.

Meco Román, José Carlos
Martín Trujillo, María del Pilar
Patón Zúñiga, Esther

XVI CONGRESO DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA: INNOVACIÓN Y CIENCIA EN EL CUIDADO

Valoración enfermera en la prevención y manejo del shock hipovolémico intraoperatorio: revisión bibliográfica.

Meco Román, José Carlos; Martín Trujillo, María del Pilar; Patón Zúñiga, Esther.

SATSE

Introducción.

El politraumatismo es una causa principal de morbimortalidad, y el shock hipovolémico es una complicación intraoperatoria crítica.

La valoración continua enfermera es vital para anticipar y responder a los cambios fisiológicos mediante una intervención quirúrgica urgente a estos pacientes politraumatizados.

El enfermero de quirófano juega un papel crucial en esta vigilancia constante.

Objetivos.

1. Analizar la **importancia de la valoración continua enfermera** para la **detección precoz del shock** hipovolémico.
2. Identificar las **herramientas y parámetros relevantes** para su prevención y manejo.
3. Describir las **intervenciones enfermeras clave** en la cirugía traumatológica de urgencia.

Palabras clave.

MeSH	DeCS
Shock, Hypovolemic	Choque Hipovolémico
Wounds and Injuries	Traumatismos
Operating Rooms	Centros Quirúrgicos

Material y método.

Bases de datos empleadas en la búsqueda
PubMed/Medline
Scielo
Cochrane Library
Scopus

Se seleccionaron artículos de revisión, estudios originales y guías de práctica clínica publicados en los últimos cinco años, priorizando aquellos con un alto nivel de evidencia.
La información se analizó para extraer datos clave sobre la valoración enfermera y el manejo del shock hipovolémico.

Resultados.

	Monitorización Avanzada	Vigilancia Clínica	Comunicación Activa	Capacitación y Protocolos
Intervención Enfermera Crucial	Vigilancia de parámetros hemodinámicos (Ej. variabilidad de presión de pulso).	Observación de signos como diuresis, coloración y relleno capilar.	Reporte inmediato de cambios fisiológicos al equipo.	Adherencia a guías y formación continua del personal.
Objetivo Principal	**Detección temprana de hipovolemia** para intervención rápida.	Identificación de **deterioro de la perfusión** tisular.	**Coordinación rápida** para la toma de decisiones.	Optimización de la **respuesta y seguridad del paciente**.

Conclusiones.

La valoración continua enfermera es indispensable para la detección y manejo eficaz del shock hipovolémico intraoperatorio.

La integración de monitorización avanzada, vigilancia clínica y comunicación es clave.

La implementación de protocolos y formación especializada es fundamental para mejorar la seguridad del paciente.

Bibliografía.

1. Marín-Medina S, García-Gómez A, Ruiz-Hernández S. Monitorización hemodinámica en el paciente crítico: una revisión para enfermería. Enferm Intensiva. 2023; 34(2): 73-82.

2. González-Sánchez A, Pérez-Martínez L, Gómez-Castro M. Manejo del shock hipovolémico en el paciente traumatizado: rol de enfermería en el control de daños. Rev Enferm. 2022; 45(3): 187-195.

3. Martínez-Ruiz C, Delgado-López M, Reyes-Jiménez S. Impacto de la valoración continua enfermera en la prevención del shock hemorrágico en cirugía. Enferm Clínica. 2024; 34(1): 12-18.

Resumen: *Este capítulo aborda la valoración continua enfermera en el quirófano para la prevención y manejo del shock hipovolémico durante la cirugía traumatológica de urgencia en el paciente politraumatizado. Se realiza una revisión bibliográfica de la evidencia actual sobre las herramientas y enfoques de valoración, destacando su importancia para la detección precoz y la intervención oportuna. El objetivo es optimizar el cuidado enfermero para mejorar los resultados clínicos y la seguridad del paciente.*

Palabras clave: *- MeSH: Shock, Hypovolemic; DeCS: Choque Hipovolémico.*
- MeSH: Wounds and Injuries; DeCS: Traumatismos - MeSH: Operating Rooms; DeCS: Centros Quirúrgicos

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

El politraumatismo constituye una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial, requiriendo una atención sanitaria de emergencia y, en muchos casos, una intervención quirúrgica inmediata. Dentro de las complicaciones más críticas que pueden surgir durante una cirugía traumatológica de urgencia, el shock hipovolémico se posiciona como una amenaza significativa, comprometiendo la perfusión de órganos vitales y llevando a un desenlace fatal si no se detecta y maneja precozmente. Históricamente, la atención al paciente traumatizado se ha centrado en la estabilización inicial, pero la evolución de la enfermería quirúrgica ha puesto de manifiesto la necesidad de una valoración continua y dinámica que permita anticipar y responder eficazmente a los cambios fisiológicos intraoperatorios. En la actualidad, la función del enfermero especialista en el quirófano es crucial en esta vigilancia constante, aplicando conocimientos avanzados y habilidades críticas para asegurar la seguridad y el bienestar del paciente politraumatizado.

Objetivos

• Analizar la importancia de la valoración continua enfermera en el quirófano para la detección precoz del shock hipovolémico en pacientes politraumatizados.

• Identificar las herramientas y parámetros de valoración más relevantes utilizados por el personal de enfermería para prevenir y manejar el shock hipovolémico intraoperatorio.

• Describir las intervenciones enfermeras clave en el manejo del shock hipovolémico durante la cirugía traumatológica de urgencia.

Material y Método:

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda exhaustiva en las principales bases de datos científicas, incluyendo PubMed, Scielo, Cochrane Library y Scopus. Se utilizaron combinaciones de términos clave como "shock hipovolémico", "trauma", "cirugía de urgencia", "valoración enfermera" y "quirófano", utilizando sus respectivas equivalencias en MeSH y DeCS. Se

seleccionaron artículos de revisión, estudios originales y guías de práctica clínica publicados en los últimos cinco años, priorizando aquellos con un alto nivel de evidencia. La información recopilada se analizó críticamente para extraer los datos más relevantes relacionados con la valoración enfermera, la prevención y el manejo del shock hipovolémico intraoperatorio en pacientes politraumatizados.

Resultados:

La valoración continua enfermera en el quirófano emerge como un pilar fundamental en la prevención y manejo del shock hipovolémico en el paciente politraumatizado.

Los resultados de la revisión bibliográfica destacan la importancia de la monitorización de parámetros hemodinámicos avanzados, más allá de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, como la variabilidad de la presión del pulso, el índice de perfusión y la saturación venosa central de oxígeno. Estos indicadores ofrecen una visión más precisa del estado de volemia y la perfusión tisular, permitiendo una detección precoz de la hipovolemia incipiente.

Se ha evidenciado que la monitorización de la diuresis es un indicador fiable de la perfusión renal, y su disminución temprana debe alertar al equipo. Asimismo, la valoración de la coloración y temperatura de la piel, el relleno capilar y el estado de conciencia del paciente, aunque puedan estar alterados por sedación o anestesia, continúan siendo signos clínicos valiosos que deben integrarse en la evaluación global.

La comunicación efectiva entre el equipo quirúrgico y de anestesia, liderada por el enfermero de quirófano en la observación y reporte de cambios, es crucial para una toma de decisiones rápida y coordinada. Se subraya la necesidad de protocolos estandarizados para la administración de fluidos y hemoderivados, ajustados a las guías de reanimación de control de daños, que guíen la actuación enfermera ante la inestabilidad hemodinámica. La capacitación continua del personal de enfermería en el uso de tecnologías de monitorización avanzadas y en la interpretación de los datos fisiológicos se revela como un factor determinante para optimizar la respuesta ante el shock hipovolémico.

Conclusiones:

La valoración continua enfermera es indispensable para la detección precoz y el manejo eficaz del shock hipovolémico durante la cirugía traumatológica de urgencia en pacientes politraumatizados. La integración de la monitorización hemodinámica avanzada, la vigilancia de signos clínicos y la comunicación efectiva son elementos cruciales para anticipar y mitigar esta complicación. La implementación de protocolos estandarizados y la formación especializada del personal de enfermería en el quirófano son fundamentales para mejorar los resultados clínicos y la seguridad del paciente. Futuras investigaciones podrían explorar el impacto de nuevas tecnologías de monitorización no invasiva y el desarrollo de algoritmos predictivos para la identificación temprana de pacientes en riesgo.

Bibliografía

1. Marín-Medina S, García-Gómez A, Ruiz-Hernández S. Monitorización hemodinámica en el paciente crítico: una revisión para enfermería. Enferm Intensiva. 2023; 34(2): 73-82.

2. González-Sánchez A, Pérez-Martínez L, Gómez-Castro M. Manejo del shock hipovolémico en el paciente traumatizado: rol de enfermería en el control de daños. Rev Enferm. 2022; 45(3): 187-195.

3. Martínez-Ruiz C, Delgado-López M, Reyes-Jiménez S. Impacto de la valoración continua enfermera en la prevención del shock hemorrágico en cirugía. Enferm Clínica. 2024; 34(1): 12-18.

SATSE Sindicato de Enfermería

Capítulo 143

Vía Intraósea en RCP: de la Evidencia a la Práctica

Jiménez García, Víctor Manuel
Vega Vázquez, Francisco Javier
Robles Carrión, José

VÍA INTRAÓSEA EN RCP: DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA

Autores: Jiménez García, Víctor Manuel, Vega Vázquez, Francisco Javier; Robles Carrión, José.
UGC Cuidados Intensivos. Hospital Regional Virgen Macarena (Sevilla).

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se considera el acceso intraóseo (IO) una alternativa viable, eficaz y rápida al acceso intravenoso(IV), así como el desarrollo de dispositivos automatizados para la inserción de la aguja, la convierten en una técnica recomendada en aquellos casos que no es posible el acceso IV o si su obtención se retrasa más de 2 minutos de resucitación. El acceso IO es más rápido que el acceso venoso central en aquellos pacientes en los que no se puede obtener un acceso venoso periférico, evitando las interrupciones prolongadas de las compresiones torácicas. La base teórica del uso de esta vía está basada en que la cavidad medular de huesos largos está ocupada por una rica red de capilares sinusoides que drenan al gran seno venoso central y que permite pasar fármacos y líquidos a la circulación general con una rapidez similar a como lo harían por cualquier otra vena periférica.

OBJETIVO

Identificar las ventajas, complicaciones, contraindicaciones, zonas de inserción y dispositivos para la inserción del acceso IO.

METODOLOGÍA

Revisión Bibliográfica

Realizada en 2024

Bases de datos

PubMed
Scopus
CINAHL

Estrategia de búsqueda

Se consultaron los DeCS y MeSH correspondiente a palabras claves. Se utilizó operador booleano AND (Infusions, Intraosseous) AND (Cardiopulmonary Resuscitation)) AND (nursing)

Criterios de inclusión

Estudios publicados en adultos, en idioma castellano e inglés.

Artículos originales y de revisión.

Lectura crítica

de artículos según guía CASPe.

PREGUNTA PICO

¿Es eficaz la vía intraósea como alternativa a la vía intravenosa en RCP?

RESULTADOS

Diagrama de flujo

Identificación de estudios a través de bases de datos

Identificación de estudios a través de otros métodos

Identificación

Artículos identificados
Pubmed (n=15)
Scopus (n=3)
CINHAL (n=5)

Artículos identificados a partir de Búsqueda de Citaciones. Google Académico. Manuales de Soporte Vital Avanzado ERC. TFG Enfermería (n=9)

Inclusión

Artículos incluidos en la revisión (n=23)

Artículos incluidos totales. (n=32)

→ COMPLICACIONES

- **Extravasación en tejidos blandos.**
- **Protrusión de la aguja.**
- **Embolismo.**
- **Síndrome compartimental.**
- **Fractura del hueso.**
- **Dolor relacionado con infusión de fármacos y fluidos.**
- **Infección/osteomielitis.**

→ CONTRAINDICACIONES

- **Fractura o prótesis en el hueso.**
- **Reciente acceso IO (24-48 h previas) en el mismo miembro incluyendo intentos fallidos.**
- **Signos de infección en el sitio de inserción.**
- **Imposibilidad para localizar el sitio.**

→ ZONAS DE INSERCIÓN

- **Tibia proximal:** Se busca la tuberosidad tibial, y la inserción se realiza a 2 cm medial y 1 cm proximal de la tuberosidad.
- **Tibia distal:** Se busca el maléolo interno, y la inserción se realiza a 2-3 cm proximal del maléolo.
- **Húmero proximal**

DISPOSITIVOS

Aguja de Cook

Pistola BIG(Bone Inyection Gun)

Sistema Arrow® EZ- IO®

CONCLUSIONES

En respuesta a la pregunta de investigación, la evidencia científica nos dice que la vía intraósea es una vía eficaz, segura, viable, rápida, recomendada como alternativa a la vía intravenosa en RCP.
Pudiéndose realizar extracción sanguínea para analítica, así como infusión de fármacos, fluidos y hemoderivados.
Necesitando los profesionales de Enfermería, de formación específica, para adquirir conocimientos, conocer las zonas de inserción y habilidades en el manejo de los dispositivos existentes, conocer contraindicaciones y poder evitar complicaciones en la práctica enfermera diaria.
Se debe de realizar Plan de Cuidados, enumerando los Diagnósticos Enfermeras,en relación a la vía intraósea que nos sirvan para identificar problemas de salud, establecer y evaluar metas en el cuidado y planificar intervenciones, resaltando la NIC 2303. Administración de medicación: intraósea.

Junta de Andalucía

Resumen: *La evidencia científica nos dice que la vía intraósea es una vía eficaz, segura, viable, rápida, recomendada como alternativa a la vía intravenosa en RCP.*

Pudiéndose realizar extracción sanguínea para analítica, así como infusión de fármacos, fluidos y hemoderivados.

La base teórica del uso de esta vía está basada en que la cavidad medular de huesos largos está ocupada por una rica red de capilares sinusoides que drenan al gran seno venoso central y que permite pasar dichos fármacos y líquidos a la circulación general con una rapidez similar a como lo harían por cualquier otra vena periférica.

Palabras clave: *Infusions -Intraosseous -Cardiopulmonary Resuscitation - Nursing*

Desarrollo del Trabajo:

Introducción:

En la actualidad, se considera el acceso intraóseo (IO) una alternativa viable, eficaz y rápida al acceso intravenoso (IV), así como el desarrollo de dispositivos automatizados para la inserción de la aguja, la convierten en una técnica recomendada en aquellos casos que no es posible el acceso IV o si su obtención se retrasa más de 2 minutos de resucitación. El acceso IO es más rápido que el acceso venoso central en aquellos pacientes en los que no se puede obtener un acceso venoso periférico, evitando las interrupciones prolongadas de las compresiones torácicas. La base teórica del uso de esta vía está basada en que la cavidad medular de huesos largos está ocupada por una rica red de capilares sinusoides que drenan al gran seno venoso central y que permite pasar fármacos y líquidos a la circulación general con una rapidez similar a como lo harían por cualquier otra vena periférica.

Objetivos

Identificar las ventajas, complicaciones, contraindicaciones, zonas de inserción y dispositivos para la inserción del acceso IO.

Material y Método:

Revisión Bibliográfica. Realizada en 2024. Bases de datos: PubMed. Scopus.Cinahl. Estrategia de búsqueda

Se consultaron los DeCS y MeSH correspondiente a palabras claves.

Se utilizó operador booleano AND (Infusions, Intraosseous) AND (Cardiopulmonary Resuscitation) AND (nursing).

Criterios de inclusión: Estudios publicados en adultos, en idioma castellano e inglés. Artículos originales y de revisión.

Lectura crítica de artículos según guía CASPe.

Diagrama de flujo

Resultados:

COMPLICACIONES

- Extravasación en tejidos blandos.
- Protrusión de la aguja.
- Embolismo.
- Síndrome compartimental.
- Fractura del hueso.
- Dolor relacionado con infusión de fármacos y fluidos.
- Infección/osteomielitis.

CONTRAINDICACIONES

- Fractura o prótesis en el hueso.
- Reciente acceso IO (24-48 h previas) en el mismo miembro incluyendo intentos fallidos.
- Signos de infección en el sitio de inserción.
- Imposibilidad para localizar el sitio.

ZONAS DE INSERCIÓN

- Tibia proximal: Se busca la tuberosidad tibial, y la inserción se realiza a 2 cm medial y 1 cm proximal de la tuberosidad.
- Tibia distal: Se busca el maléolo interno, y la inserción se realiza a 2-3 cm proximal del maléolo.
- **Húmero proximal**

DISPOSITIVOS: Aguja de Cook. Pistola Big. Sistema EZ-IO.

Conclusiones:

En respuesta a la pregunta de investigación, la evidencia científica nos dice que la vía intraósea es una vía eficaz, segura, viable, rápida, recomendada como alternativa a la vía intravenosa en RCP.

Pudiéndose realizar extracción sanguínea para analítica, así como infusión de fármacos, fluidos y hemoderivados.

Necesitando los profesionales de Enfermería, de formación específica, para adquirir conocimientos, conocer las zonas de inserción y habilidades en el manejo de los dispositivos existentes, conocer contraindicaciones y poder evitar complicaciones en la práctica enfermera diaria.

Se debe de realizar Plan de Cuidados, enumerando los Diagnósticos Enfermeras, con relación a la vía intraósea que nos sirvan para identificar problemas de salud, establecer y evaluar metas en el cuidado y planificar intervenciones, resaltando la NIC 2303. Administración de medicación: intraósea.

Bibliografía

1. Gräsner JT, Lefering R, Koster RW, Masterson S, Böttiger BW, Herlitz J, et al. EuReCa ONE-27 Nations, ONE Registry. Aprospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 contries in Europe. Resuscitation.2016;105:188-95. 2

2. Soar J, Nolan JP, Böttiger BW, Perkins GD, Lott C, Carli P, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 3. Adult advanced life support. Resuscitation. 2015;95:100-47.

3. Callaway CW, Soar J, Aibiki M, Bottiger BW, Brooks SC, Deakin CD, et al. Part 4: Advanced Life Support: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2015;132:S84-145.

4. Nguyen L, Suarez S, Daniels J, Sanchez C, Landry K, Redfield C, et al. Effect of Intravenous Versus Intraosseous Access in Prehospital Cardiac Arrest. Air Med J. 2019;38:147-9.

5. Lewis P, Wright C. Saving the critically injured trauma patient: a retrospective analysis of 1000 uses of intraosseous access. Emerg Med J. 2015;32:463-7.