

VOLUMEN

42

TOMO

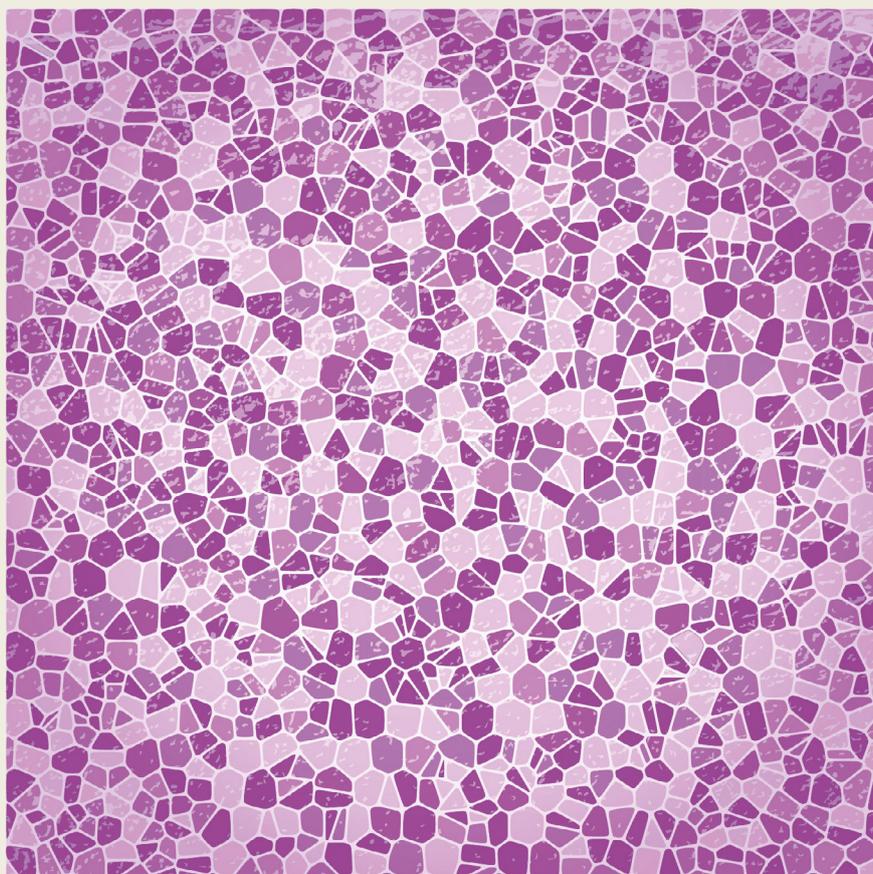
1

Revista científica del Colegio de Enfermería de Sevilla

ISSN: 1576/3056

Enero/abril de 2025

HYGIA DE ENFERMERÍA



SEGURO DE VIDA EXCLUSIVO PARA COLEGIADOS DEL ICOES

Como profesional de la enfermería, tu compromiso con los demás es admirable. Pero, **¿Quién protege lo que tú más quieres en caso de un imprevisto?**

Desde **AndalBrok**, la correduría de seguros que gestiona las pólizas del Colegio de Enfermería de Sevilla te ofrecemos un **Seguro de Vida** con un capital de 100.000 €, **tanto por fallecimiento por cualquier causa como por invalidez permanente profesional***, y a un precio exclusivo solo por estar colegiado.

*Cualquier invalidez que te impida realizar la profesión de enfermería.

Te sorprenderá lo poco que cuesta estar protegido

Edad	Capital	Precio anual
30 años	100.000 €	122 €/año
40 años	100.000 €	152 €/año
45 años	100.000 €	304 €/año
50 años	100.000 €	448 €/año
54 años	100.000 €	581 €/año

*Otras edades o capitales, consultar



EDITORIAL

- 4 **¿Qué fue de Dorotea?**
Bienvenida Gala Martínez

ORIGINALES / ORIGINALS

- 5 **Plan de cuidados estandarizado en la Técnica Disección Endoscópica Submucosa**
Standardized care plan in the Endoscopic Submucosal Dissection Technique
María Antonia Parrado Fernández

CASOS CLÍNICOS / CLINICAL CASES

- 11 **Detección de una úlcera neoplásica en atención primaria desde el diagnóstico hasta su resolución**
Detection of a neoplastic ulcer in primary care from diagnosis to resolution
Lucía Martín López, Paula Arenas Hernández, Elisa Bolívar Gilpérez y Adrián García Montero
- 15 **Colocación de malla-cabestrillo suburetral: cuidados enfermeros preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios inmediatos. Caso clínico**
Placement of suburethral mesh-sling: preoperative, intraoperative and immediate postoperative nursing care. Clinical case
María José Fernández Martín y Almudena Arroyo Rodríguez

REVISIONES / REVIEWS

- 22 **Suplementación dietética y amenorrea hipotalámica en mujeres atletas. Una revisión narrativa**
Dietary supplementation and hypothalamic amenorrhea in female athletes. A narrative review
María Teresa Hernández-Domínguez y María Plaza-Carmona

ARTÍCULOS ESPECIALES / SPECIAL ARTICLES

- 28 **Píldoras en investigación enfermera: La pregunta de investigación**
Pills on nursing research: The research question
Ana María Moltó Boluda
- 32 **Premio ICOES Mejor Artículo Científico Tercer Trimestre 2024**
Dra. Nicia del Rocío Santana Berlanga
- 33 **Premio ICOES Mejor Artículo Científico Cuarto Trimestre 2024**
Paola Suárez Reina

CARTAS AL DIRECTOR / LETTERS TO THE EDITOR

- 35 **Hijos de una enfermera**
Javier Camacho Uceda

¿Qué fue de Dorotea?

Bienvenida Gala Martínez

Enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria

Aventurarse a afirmar que Dorotea Orem completa el podium de las teóricas enfermeras, con Florence Nightingale y Virginia Henderson en cuanto a difusión de su corpus teórico en la disciplina enfermera contemporánea, quizá es demasiado osado pero sí que después de treinta años de formalizada la Teoría General de Orem, el desarrollo teórico continúa¹. Su longevidad (falleció con 93 años) le permitió desarrollar, revisar y ampliar su teoría dilatada en el tiempo, hasta principios del siglo XXI.

Su teoría del autocuidado publicada en la obra "Nursing: concepts of practice" en 1971, surge en un momento de evolución de la disciplina enfermera en EEUU y en un contexto social marcado por la guerra de Vietnam y el auge de los movimientos por los derechos y el feminismo en EEUU así como el cambio de enfoque de los sistemas de salud más centrados en la prevención y la comunidad, que cristalizarían en la conferencia de Alma-Ata en 1978 y su "salud para todos en el años 2000". No puede obviarse este contexto ya que inevitablemente influyó en su desarrollo teórico y en cómo su teoría daba respuesta a ese contexto social.

Pues bien, más de 50 años después, el término autocuidado ha derivado en un concepto del que sería interesante conocer la opinión de Orem. Ella definió en su Teoría General, la demanda de autocuidado como "la cantidad y el tipo de acciones o actividades que la persona debería realizar para alcanzar los requisitos de autocuidado. Si la demanda es superior a la capacidad de la persona surge el déficit de autocuidado".

La palabra demanda es clave para entender esta deriva. La lógica del mercado capitalista ha virado el concepto hacia un déficit continuo impuesto y artificial: haga yoga para relajarse, tome melatonina para dormir, utilice cremas para "autocuidarse" y conseguir un ideal de belleza inexistente, viaje, medite con la última app ...y así se podría hacer una lista infinita de hábitos que casi siempre además en nombre de la salud, nos hacen estar en la rueda del hámster del consumo sin fin.

Pero bien conocido es cómo la salud está atravesada por los determinantes sociales y estos mensajes no pueden además desligarse del género, la clase social o la edad, interseccionando, afectando de manera directa y específica en cada uno de ellos.

Por otra parte, también este concepto está atravesado por la hiperproductividad ligada al consumo, hay pocas prescripciones de cuidarnos sin hacer nada.

Como afirma Marta Carmona, psiquiatra: "si todo es autocuidado, nada es autocuidado [...] Es muy llamativo lo tremendamente homogéneas que son ese tipo de recomendaciones respecto al autocuidado que siempre lo asocian inequívocamente a una actividad que se hace estando solo, reduciendo estímulos, apartándose de cosas y comprando algo. Puede ser un objeto, un servicio, una unidad de producto. Es una lógica muy de consumo"².

La mayoría de estos actos individualistas además tratan de esconder situaciones sociales injustas y modificables como son las condiciones de vida precarias. La psiquiatrización de la vida cotidiana favorece un proceso en el que el sufrimiento es sacado del contexto de la vida del individuo, de su entorno social y se reinterpreta para reconducirlo como problemas que solo pueden resolverse de manera individual.

Frente a la idea del autocuidado actual como epítome del individualismo, debemos reivindicar el cuidado como acto colectivo, cuidamos a otras personas porque hay otras que cuidan de nosotras, esa debería ser la base de una sociedad bien articulada. Nosotras como profesionales del cuidado deberíamos plantearnos resignificar el concepto de Dorotea Orem, reivindicando el autocuidado como acto colaborativo y social, devolviendo el espíritu de Orem de escalar de la primera persona del singular a la del plural.

BIBLIOGRAFÍA

1. López AL, Guerrero S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. Invest. educ. enferm. 2006; (24)2: 90-100.
2. https://www.eldiario.es/era/si-autocuidado-autocuidado-dorada-industria-bienestar-culpa_1_10765220.html. Consultado el 05/03/25

Plan de cuidados estandarizado en la Técnica Dissección Endoscópica Submucosa

Standardized care plan in the Endoscopic Submucosal Dissection Technique

María Antonia Parrado Fernández

Enfermera. UGC Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

RESUMEN

Objetivo: El cáncer colorrectal es una de las neoplasias con mayor incidencia a nivel mundial, surgiendo para su tratamiento técnicas cada vez más eficaces, como la dissección submucosa endoscópica. Esto lleva a la necesidad de analizar los cuidados posteriores con el fin de desarrollar un plan de cuidados estandarizado, analizando a su vez su evolución y complicaciones.

Método: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de 78 casos entre enero 2018 -diciembre 2023, extraído de las historias clínicas informatizadas.

Resultados: La utilización de esta técnica experimenta una curva ascendente en su uso para tratamiento y curación de las lesiones extensas diseminadas y sus subtipos, granular (42,3%) y no granular (35,89%). El 51,28% mujeres y el 48,71% hombres, con una edad media de 62,90 años. El 51,28% requieren ingreso de corta duración. En cuanto a la seguridad de la técnica, el 88,85% no tuvieron complicaciones, frente al 11,14% que sí, siendo la perforación el riesgo más frecuente.

Conclusiones: La evolución de nuevas técnicas en el tratamiento de los cánceres colorrectales, gástricos y esofágicos ponen en evidencia la necesidad de la actualización de los conocimientos y cuidados enfermeros, para unificar los criterios de cuidados.

PALABRAS CLAVE

dissección endoscópica submucosa, adenocarcinoma, técnica, cuidados

ABSTRACT

Objective: Colorectal cancer is one of the neoplasms with the highest incidence worldwide, and increasingly effective techniques, such as endoscopic submucosal dissection, are emerging for its treatment. This leads to the need to analyse aftercare in order to develop a standardised care plan, analysing its evolution and complications.

Methods: Descriptive and retrospective observational study of 78 cases between January 2018 - December 2023, extracted from computerised medical records.

Results: The use of this technique experienced an upward curve in its use for treatment and cure of extensive disseminated lesions and its subtypes, granular (42.3%) and non-granular (35.89%). 51.28% were women and 48.71% men, with a mean age of 62.90 years. 51.28% required short-term hospitalisation. Regarding the safety of the technique, 88.85% had no complications, compared to 11.14% who did, with perforation being the most frequent risk.

Conclusions: The evolution of new techniques in the treatment of colorectal, gastric and oesophageal cancers highlights the need to update nursing knowledge and care to unify care criteria.

KEYWORDS

endoscopic submucosal dissection, adenocarcinoma, technique, care

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más frecuentes en el mundo, siendo el segundo cáncer más diagnosticado en mujeres y el tercero en hombres. La etiología es diversa, pero cabe reseñar los estilos de vida poco saludables con un peso en la base de la alimentación basado en carnes rojas y grasas, más la asociación de una vida cada vez más sedentaria¹.

Dentro de las neoplasias colorrectales, tenemos que diferenciar los tumores de diseminación lateral que, según sus características morfológicas, pueden clasificarse en 2 tipos y 4 subtipos,

es decir, tipo granular (LST-G), que incluye el tipo G homogéneo y el tipo G mixto nodular; tipo no granular (LST-NG), que incluye el tipo NG plano elevado y un tipo NG pseudodeprimido. El LST-tipo no granular (LST-NG) se considera con mayor frecuencia candidato para dissección submucosa endoscópica (DES) que los tumores de diseminación lateral - tipo granular (LST-G), debido a su mayor potencial de invasión submucosa².

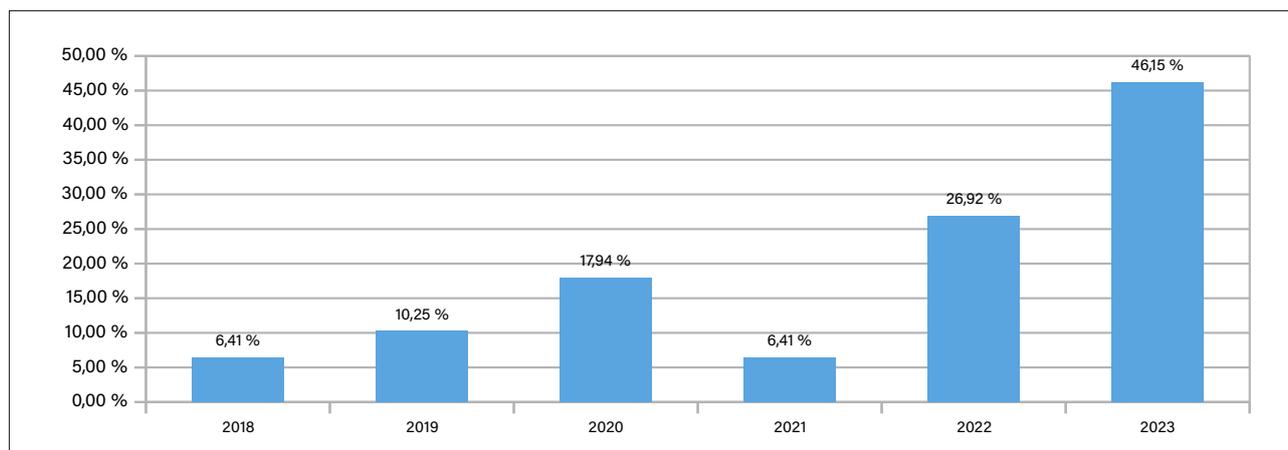
FECHA DE RECEPCIÓN: 7/1/2025

FECHA DE ACEPTACIÓN: 24/2/2025

Correspondencia: María Antonia Parrado Fernández

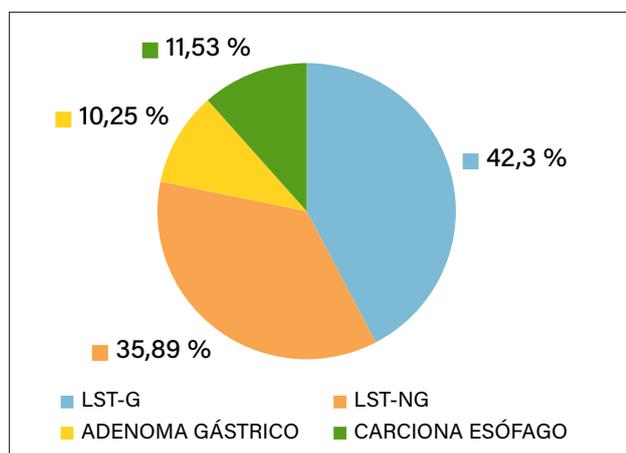
Correo electrónico: mantoniaparrado@gmail.com

Gráfico 1. Técnica de disección endoscópica submucosa por año de estudios del artículo. Casos por año.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Tipos de diagnósticos del Adenocarcinoma.



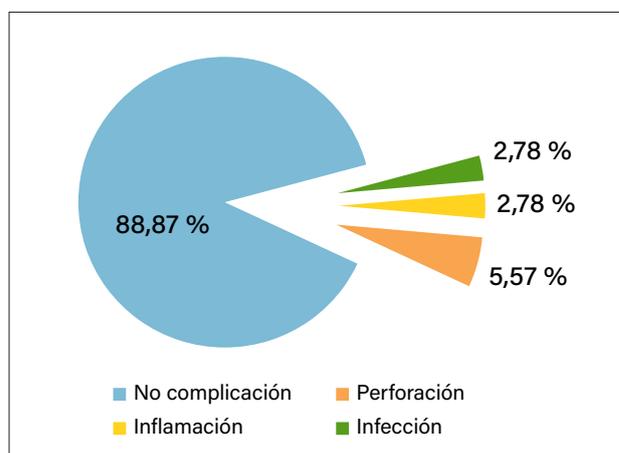
Fuente: Elaboración propia.

La disección submucosa endoscópica es un procedimiento eficaz para la resección en bloque de neoplasias colorrectales^{3,4}. Es una técnica desarrollada en Japón y proponen la resección en bloque incluso en lesiones mayores de 20 mm, reduciendo la necesidad de resección tipo piecemeal y permitiendo una evaluación precisa de los márgenes de resección (vertical y lateral), obteniendo como resultado tasas de recurrencia local mucho menores que la resección de mucosa endoscópica⁵ y una inestimable vida libre de cáncer a largo plazo⁶.

Numerosos estudios demuestran que la utilización de esta técnica está asociada a una menor morbilidad, a una reducción en el costo sanitario y a una preservación del colón en el 95% de los pacientes. Además de un aumento en la calidad de vida de los mismos^{7,8}.

Al ser una técnica novedosa y de reciente aplicación en atención especializada, no existen planes de cuidados de enfermería. Además, hay pocas guías que sirvan de apoyo para desarrollar planes de cuidados basados en la seguridad clínica y la excelencia del cuidado, actualmente la más importante es la Guía de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE)⁹.

Gráfico 3. Complicaciones y tipos.



Fuente: Elaboración propia.

El objetivo general de esta investigación es analizar los cuidados que precisan los pacientes tratados con esta reciente y novedosa técnica de tratamiento del cáncer colorrectal, analizando a su vez su evolución y complicaciones derivadas de la misma, con el fin de desarrollar un plan de cuidados de enfermería, tomando como referencia las guías publicadas y los casos clínicos tratados en el servicio de Endoscopia de la Unidad Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo y retrospectivo de todos los casos tratados con la técnica de disección endoscópica submucosa en el servicio de Endoscopia del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, entre enero 2018- diciembre 2023.

Se han incluido todos los pacientes con diagnóstico de adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado (DAG) o displasia de bajo grado (DBG), que han sido sometidos a tratamiento para disección endoscópica submucosa.

Tabla 1. Patrones funcionales alterados en la técnica DES y sus diagnósticos NANDA-I relacionados.

Patrones de Marjory Gordon	Diagnósticos NANDA-I
Patrón 1: Percepción-Manejo de la salud	Riesgo de Infección (00004) relacionado con Motilidad gastrointestinal disfuncional y Procedimientos invasivos.
Patrón 2: Nutricional-Metabólico	Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197) relacionado con régimen terapéutico.
Patrón 4: Actividad-Ejercicio	Riesgo de sangrado (00206) condicionado por problema gastrointestinal relacionado con régimen terapéutico manifestado por la necesidad de reposo absoluto las primeras 24 horas post técnica.
Patrón 6: Cognitivo-Perceptual	Dolor agudo (00132) relacionado con agentes lesivos manifestado por alteración de los parámetros fisiológicos e informa de la intensidad usando escalas estandarizadas de valoración del dolor.
Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto	Temor (00148) relacionado con intervención quirúrgica manifestado por nerviosismo, expresión de miedo.

Fuente: Elaboración propia.

Las variables que se han tenido en cuenta en el análisis de los datos son:

- Características del paciente: edad y sexo
- Diagnóstico: LST-G, LST-NG, Adenoma gástrico, carcinoma espinoso de esófago.
- Técnica: endoscopia, colonoscopia.
- Preparación previa a la técnica: estudio preanestésico, preparación para colonoscopia, ayunas.
- Puntuación en clasificación Boston.
- Tratamiento ventilatorio: gafas nasales, ventilación mecánica invasiva.
- Tratamiento farmacológico: sedación (midazolam, Propofol, fentanilo)
- Criterio de ingreso en unidad de hospitalización
- Días de ingreso
- Tratamiento post-técnica.
- Complicaciones
- Pruebas y tratamiento por complicaciones.

RESULTADOS

Análisis de los casos: evolución y complicaciones

Se han estudiado 78 casos en el periodo comprendido entre 2018 y 2023, la evolución de los casos tratados se refleja en el gráfico 1 (Técnica de disección endoscópica submucosa por año de estudios del artículo). En la disgregación por sexo, observamos que en el 51,28% son mujeres (n= 40) y 48,71 % son hombres (n= 38), la edad media es de 62,90 años.

En cuanto al diagnóstico, el 42,3% de los casos es una lesión diseminada lateral- granular (LST-G), 35,89% es una lesión diseminada lateral- No granular, el 10,25% tiene diagnóstico de adenoma gástrico y el 11,53% carcinoma espinoso de esófago. (Ver gráfico 2: Tipos de diagnósticos del Adenocarcinoma).

Para el tratamiento de estas patologías se han usado en el 21,8% endoscopia oral y en el 78,20% colonoscopia, en esta

última para ver el grado de preparación para la técnica, se ha aplicado la clasificación Boston, herramienta estandarizada, en donde la puntuación media de los pacientes ha sido de 8,07 puntos, sobre una escala de 10.

Para poder realizar estos procedimientos bajo supervisión de personal anestésico, se han procedido a la sedación, el 21,42% ha requerido intubación orotraqueal para poder acceder a la técnica de disección endoscópica, y el 78,57% bajo una sedación profunda, mediante uso de propofol y midazolam, y una monitorización continua de las constantes basales (tensión arterial, saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca).

En el 48,71% de los casos el paciente no ha requerido días de ingreso en una unidad de hospitalización, necesitando solo 4 horas post recuperación en sala del despertar adjunta a la sala de endoscopia. Sin embargo, el 51,28% han requerido hospitalización, para estar bajo monitorización y control post recuperación, mediante la aplicación de una serie de cuidados más especializados. El promedio de días de ingreso fue de 2,92 días.

De las complicaciones derivadas de la técnica, se obtienen que el 88,85% no tuvieron ningún tipo de complicación frente al 11,14%, entre las cuales la más común fue la perforación en un 5,57% dando lugar a hemorragias masivas. En un 2,78% de los casos la complicación fue un proceso inflamatorio perirectal, acompañado de fiebre y en otro 2,78% complicaciones asociadas a infecciones tipo clostridium difficile (Ver gráfico 3: Complicaciones y tipos). Todas estas complicaciones, conllevan una hospitalización más prolongada, añadida a una serie de pruebas diagnósticas complementarias.

Plan de cuidados estandarizado

Se han usado los Patrones Funcionales de Marjory Gordon¹⁰, obteniendo una visión holística del paciente y comprendiendo cómo estos aspectos se entrelazan para impactar en su bienestar global y desde ahí extraer los diagnósticos enfermeros basados en la taxonomía Nanda-I¹¹. (Ver tabla 1).

Tabla 2. Diagnósticos NANDA-I, NOC y NIC.

Diagnóstico enfermero NANDA-I	Indicador resultados NOC	Indicadores NIC	Actividades enfermeras
Riesgo de Infección (00004) Dominio 11: Seguridad/ Protección Clase 1: Infección	[1902] Control del riesgo. [1908] Detección del riesgo. [1015] Función gastrointestinal. [2305] Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato	[6540] Control de infecciones. [2380] Manejo de la medicación. [430] Control intestinal. [3440] Cuidados del sitio de incisión.	<p>Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. Poner en práctica precauciones universales. Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal. Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v.</p> <p>Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo.</p> <p>Anotar la fecha de la última defecación. Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.</p> <p>Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. Observar las características de cualquier drenaje. Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.</p>
Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197) DOMINIO 3: Eliminación e Intercambio CLASE 2: Función gastrointestinal	[1622] Conducta de cumplimiento: dieta prescrita. [1802] Conocimiento: dieta prescrita. [1008] Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos [0501] Eliminación intestinal	[5246] Asesoramiento nutricional. [5614] Enseñanza: dieta prescrita. [1020] Etapas en la dieta. [1100] Manejo de la nutrición. [1450] Manejo de las náuseas	<p>Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.</p> <p>Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita. Instruir al paciente acerca de cómo mantener un diario de alimentos, según el caso. Informe al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos.</p> <p>Determinar la presencia de sonidos intestinales. Establecer una dieta absoluta, si es necesario. Colaborar con otros miembros del equipo de cuidadores para que la dieta avance lo más rápidamente posible sin que se produzcan complicaciones. Hacer avanzar la dieta desde la dieta líquida absoluta, dieta líquida espesa, dieta blanda, a dieta normal o especial, según tolerancia.</p> <p>Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.</p> <p>Animar al paciente a controlar su propia experiencia con las náuseas. Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas. Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como un diario de autocuidado, una escala visual analógica, las Escalas Descriptivas de Duke y el Índice de Rhodes de Náuseas y Vómitos. Alivio farmacológico y no farmacológico.</p>
Riesgo de sangrado (00206) DOMINIO: 11 Seguridad/ Protección CLASE: 2 Lesión física	[1813] Conocimiento: régimen terapéutico. [1908] Detección del riesgo. [0802] Signos vitales	[5618] Enseñanza: procedimiento/ tratamiento. [6610] Identificación de riesgos [4250] Manejo del shock	<p>Informar al paciente/allegados acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento y duración esperada del mismo. Informar al paciente/allegados sobre la persona que realizará el procedimiento/ tratamiento. Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado.</p> <p>Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores. Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos.</p> <p>Monitorizar los signos vitales, presión arterial, estado mental y diuresis. Colocar al paciente en una posición que optimice la perfusión. Instaurar y mantener la permeabilidad de las vías aéreas. Vigilar la pulsioximetría. Administrar oxígeno. Controlar el ECG.</p>

(CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE)

Tabla 2. Diagnósticos NANDA-I, NOC y NIC (continuación).

Diagnóstico enfermero NANDA-I	Indicador resultados NOC	Indicadores NIC	Actividades enfermeras
Dolor agudo (00132) DOMINIO: 12 Confort CLASE: 1 Confort físico	[1608] Control de síntomas. [2101] Dolor: efectos nocivos. [1843] Conocimiento: manejo del dolor.	[5616] Enseñanza: medicamentos prescritos. [490] Manejo del prolapso rectal. [2300] Administración de medicación	Evitar los esfuerzos al defecar, levantar pesos y estar de pie mucho tiempo. Enseñar al paciente a regular la función intestinal mediante dieta, ejercicios y medicación. Ayudar al paciente a identificar las actividades específicas que hayan desencadenado episodios de prolapso rectal en el pasado. Observar si hay incontinencia intestinal. Mantener la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. Mantener y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos. Evitar las interrupciones al preparar, verificar o administrar las medicaciones. Seguir las cinco reglas de la administración correcta.
Temor (00148) DOMINIO: Afrontamiento/ Tolerancia al Estrés. CLASE 2: Respuestas de afrontamiento	[1402] Autocontrol de la ansiedad. [1305] Modificación psicosocial: cambio de vida	[5610] Enseñanza: prequirúrgica. [5270] Apoyo emocional	Informar al paciente y a la familia acerca de la fecha, hora y lugar programados para la cirugía. Duración esperada de la operación. Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente, sus antecedentes, nivel cultural y el grado de conocimiento de la cirugía. Evaluar la ansiedad del paciente y de la familia respecto a la cirugía. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y comente sus inquietudes. Comentar la experiencia emocional con el paciente. Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.

Fuente: Elaboración propia.

Identificados todos los diagnósticos enfermeros, se pueden establecer una serie de intervenciones y actividades enfermeras acordes con los resultados esperados, para ello se usan la taxonomía de resultados esperados¹² (NOC: Nursing Outcomes Classification) y la Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)¹³. (Ver tabla 2).

Como Problemas de Colaboración, destacamos la Complicación Potencial: Hemorragia secundario a la perforación de tejidos durante la realización de la técnica.

Entre las actividades a realizar en este tipo de posibles complicaciones por parte de los profesionales de enfermería destacan:

- Control de signos y síntomas, monitorización de los signos vitales: tensión arterial, saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca, temperatura y dolor.
- Mantener al paciente en reposo absoluto hasta indicación médica.
- Cumplir las etapas de la dieta: dieta absoluta hasta ver evolución clínica y parámetros analíticos.
- Cumplir las prescripciones médicas.
- Vigilancia estrecha de agravamiento de los signos y síntomas.

Por último, la evaluación de este plan de cuidados se debe realizar al alta del paciente. Como ya se ha comentado los días de promedios de ingreso es muy bajo, con lo que se hace difícil ver una evolución positiva en los resultados NOC propuestos, por lo que se hace evidente la importancia de la educación para la salud en el paciente y en los familiares directos implicados en los cuidados, para la resolución favorable de los objetivos.

CONCLUSIONES

La disección endoscópica de submucosa ha supuesto un avance en el tratamiento de los cánceres colorrectales, esofágicos y gástrico, en comparación con la polipectomía o la resección endoscópica de la mucosa, principalmente por las siguientes ventajas: El tamaño y la forma resecados se pueden controlar, la resección en bloque es posible en las neoplasias grandes y las neoplasias con fibrosis submucosa. Como desventaja, es una técnica que requiere más tiempo de asistencia, existen más riesgos de sangrado, así como de complicaciones como la perforación, como hemos visto en los datos aportados en este estudio.

Debido a la importancia en la revolución del tratamiento mediante esta técnica han surgido algunas guías, siendo una de las más importantes la Guía de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal, siendo pertinente en el plan de actuación. Pero no existen planes de cuidados de enfermería que sean referencia en la unificación de criterios de actuación que son imprescindibles en el cuidado del paciente sometido a dicha técnica.

Por todos estos motivos, a partir de los datos analizados de 78 pacientes sometidos a esta novedosa terapia se ha elaborado un plan de cuidados de enfermería estandarizado. La enfermería como ciencia de los cuidados en constante evolución y renovación hace necesaria la actualización de los conocimientos en los cuidados enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zhao X, Zhan Q, Xiang L, Wang Y, Wang X, Li A, et al. Clinicopathological Characteristics of Laterally Spreading Colorectal Tumor. PLoS ONE [Internet]. 2014 Apr 21 [cited 2024 Aug 28];9(4):e94552–2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994007/>
2. Toyonaga T, Man-i M, Fujita T, Este JE, Nishino E, Ono W et al. Retrospective study of the technical aspects and complications of endoscopic submucosal dissection for colorectal tumours with lateral extension. 2010 September; 42(9):714-22.
3. Okumura T, Hayashi T, Kudo S, Mochizuki K, Abe M, Sakurai T, et al. Endoscopic submucosal dissection for colorectal neoplasms: Risk factors for local recurrence and long term surveillance. DEN Open. 2023 Jul 2;4(1).
4. Balmadrid B, Hwang JH. Endoscopic resection of gastric and esophageal cancer. Gastroenterology Report. 2015 Oct 27;gov050.
5. Kakushima N, Fujishiro M. Endoscopic submucosal dissection for gastrointestinal neoplasms. World Journal of Gastroenterology [Internet]. 2008;14(19):2962. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2712159/>
6. Arantes V, Espinoza-Ríos J. Manejo del carcinoma de células escamosas de esófago precoces a través de la disección endoscópica submucosa. Revista de Gastroenterología de México. 2018 Jul;83(3):259–67.
7. Cohan J, Donahue C, Pantel H, Ricciardi R, Keliman DA, Lee T et al. Endoscopic intensification: a colon-preserving alternative to colectomy to improve outcomes and reduce costs for patients with advanced neoplastic polyps. 2020 June. 63(6):842-849.
8. Nugent E, Sapci I, Steele SR, Liska D, Casco TL, Gorgun E et al. Pushing the boundaries of endoscopic submucosal dissection: is it feasible and safe in healed lesions?. Dis Colone Recto. 2021 March;64 (3): 343-348.
9. Pimentel P, Dinis-Ribeiro M, Ponchon T, Repici A, Vieth M, Ceglie A, Amato A, Berr F et al. Disección submucosa endoscópica: Guía de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE). Endoscopia 2015; 47(09): 829-854
10. Gordon M. (1994) Nursing Diagnosis: Process and Application, 3d Ed. St. Louis: Mosby.
11. Biblioteca virtual Sistema Sanitario Público de Andalucía. Definiciones y clasificación 2021-2023 de NANDA International. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.bvsspa.idm.oclc.org/nanda>.
12. Moorhead S, Swanson E, Johnson M. Nursing Outcomes Classification (NOC) - E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
13. Wagner CM, Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Clarke MF. Nursing Interventions Classification (NIC). Elsevier Health Sciences; 2023.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Parrado Fernández MA. Plan de cuidados estandarizado en la Técnica Disección Endoscópica Submucosa. Hygia de Enfermería. 2025; 42(1): 5-10

DetECCIÓN DE UNA ÚLCERA NEOPLÁSICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DESDE EL DIAGNÓSTICO HASTA SU RESOLUCIÓN

DETECTION OF A NEOPLASTIC ULCER IN PRIMARY CARE FROM DIAGNOSIS TO RESOLUTION

Lucía Martín López^{AD}, Paula Arenas Hernández^{AD}, Elisa Bolívar Gilpérez^{BD} y Adrián García Montero^{CD}

^A Enfermera Interna Residente (EIR) Familiar y Comunitaria. ^B Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC). ^C Enfermero de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC). ^D Distrito Sevilla.

RESUMEN

Introducción: Las úlceras neoplásicas son lesiones provocadas por un crecimiento de un tumor previo o por la metástasis de otros tumores. Su diagnóstico y detección suponen un reto para Atención Primaria, pues muchas de las lesiones que tratamos pueden tener malignidad y pasan inadvertidas, considerándose como úlceras crónicas con poca tendencia a la cicatrización.

Presentación y evolución del caso clínico: Exponemos el caso de una mujer con una úlcera de 10 años de evolución en miembro inferior. Por la complejidad del caso se derivó a las enfermeras de práctica avanzada en heridas crónicas complejas (EPA-HCC). Dichas enfermeras valoran a la paciente y por los signos atípicos que presenta, deciden contactar con el servicio de Dermatología, que realiza biopsia y se confirma carcinoma basocelular. Se decide intervención quirúrgica con exéresis de tumoración e injerto cutáneo, con buena evolución hasta el cierre total de la lesión.

Discusión: La rápida sospecha por signos atípicos en la lesión, junto a la ágil coordinación de las EPA-HCC de Atención Primaria y Especializada con el servicio de Dermatología, permitió un correcto diagnóstico de la lesión tras 10 años de evolución y la resolución de la herida. Por lo tanto, ante lesiones que no evolucionan según los estándares óptimos de tratamiento, hay que replantearse la etiología de la lesión.

PALABRAS CLAVE

úlcera cutánea, carcinoma basocelular, enfermería, atención primaria de salud

ABSTRACT

Introduction: Neoplastic ulcers are lesions caused by the growth of a previous tumor or by the metastasis of other tumors. Their diagnosis and detection are a challenge for Primary Care, since many of the lesions we treat may be malignant and go unnoticed, being considered as chronic ulcers with little tendency to heal.

Presentation and evolution of the clinical case: We present the case of a woman with a 10-year ulcer on the lower limb. Due to the complexity of the case, she was referred to the advanced practice nurses in complex chronic wounds (EPA-HCC). These nurses assessed the patient and due to the atypical signs she presented, they decided to contact the Dermatology Department, which performed a biopsy and confirmed basal cell carcinoma. Surgical intervention with excision of the tumor and skin grafting was decided, with good evolution until total closure of the lesion.

Discussion: The rapid suspicion due to atypical signs in the lesion, together with the agile coordination of the EPA-HCC of Primary and Specialized Care with the Dermatology service, allowed a correct diagnosis of the lesion after 10 years of evolution and the resolution of the wound. Therefore, in the case of injuries that do not evolve according to optimal treatment standards, the etiology of the injury must be reconsidered.

KEYWORDS

skin ulcer, carcinoma basal cell, nursing, primary health care

INTRODUCCIÓN

Las úlceras tumorales son lesiones de la piel provocadas por células infiltrantes que pueden darse por dos causas, generalmente: o bien por un crecimiento de un tumor previo (como un carcinoma basocelular, o un melanoma) o por la metástasis de otros tumores (entre los que se encuentran, en mayor medi-

da, el cáncer de mama, pulmón, cuello y cabeza)¹. Las células cancerígenas se desarrollan acelerada y desordenadamente, siendo causantes de un cambio en la vascularización; de manera que la perfusión sanguínea de los tejidos a los que afectan se deteriora y acaban por producir la pérdida de la integridad cutánea, que progresivamente desembocará en necrosis y en lesiones complicadas y con mala cicatrización¹. Los lugares anatómicos más frecuentes donde suelen aparecer este tipo de lesiones son el tórax (60%), y el cuello (20%), con signos y síntomas secundarios a la úlcera como el sangrado, el dolor, el exudado continuo, la maceración, el prurito, la infección y el mal olor entre otros¹.

FECHA DE RECEPCIÓN: 26/6/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 15/7/2024

Correspondencia: Adrián García Montero

Correo electrónico: adgamont@gmail.com

Tabla 1. Patrones alterados.

Patrón alterado	Manifestación
Nutricional/Metabólico	Lesión cutánea en MID.
Eliminación	Incontinencia urinaria funcional con uso de absorbentes.
Actividad/Ejercicio	Dependencia moderada, solo requiriendo ayuda para subir/bajar escaleras y ciertas ABVD.
Rol/Relaciones	La presencia de la herida le limita el viajar para ver a familiares.
Autopercepción/Autoconcepto	Sentimientos de preocupación por la cronicidad de la herida y desesperanza en el proceso.

Fuente: Elaboración propia.

Se estima que aproximadamente el 5% de los cánceres afectan la piel, aunque no se conoce la proporción exacta que desarrolla úlceras neoplásicas. Actualmente, no existen datos a nivel nacional ni en Andalucía sobre la incidencia de úlceras neoplásicas causadas por tumores primarios o metastásicos en diversas áreas del cuerpo, pero a nivel internacional se estima una prevalencia en torno al 2-4% de heridas malignas en úlceras crónicas de la pierna^{2,3}. En lo que se refiere al tipo de lesiones cutáneas neoplásicas primarias, el carcinoma basocelular es el más común (75%), seguido del espinocelular (25%).

Las úlceras neoplásicas constituyen un grave problema de salud con serias consecuencias que afectan la calidad de vida del paciente, incluyendo baja autoestima y aislamiento social². La falta de certeza diagnóstica, junto a la demora en la derivación a Atención Especializada, empeora esta situación.

Las úlceras neoplásicas que se localizan en los miembros inferiores son especialmente difíciles de diagnosticar, debido a que son fácilmente confundibles con otros tipos de úlceras que se presentan en esta parte del cuerpo, sobre todo aquellas que son de carácter crónico (úlceras por presión, úlceras venosas, etc.). En numerosas ocasiones, la sospecha llega tras el tratamiento continuo de la lesión, donde esta continúa aumentando de tamaño y empeorando a pesar de la optimización del tratamiento. Este diagnóstico se consigue realizando una biopsia cuando se deriva a servicios especializados, sobre todo Dermatología⁴.

El objetivo es exponer un caso de úlcera neoplásica desde que llega a la consulta de la enfermera de práctica avanzada en heridas crónicas complejas (EPA-HCC), se sospecha de herida atípica, se deriva y se consigue establecer un diagnóstico y un tratamiento hasta su resolución.

PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO

1. Valoración general y diagnóstica

Mujer de 87 años que presenta los siguientes antecedentes personales: Diabetes Mellitus (DM) tipo II desde 2016, enfermedad de metabolismo lipídico, Hipertensión arterial (HTA), obesidad y riesgo vascular moderado, junto con ágor de esfuerzo. Es una paciente con un nivel de dependencia moderado, obteniendo un índice de Barthel de 70. La paciente cuenta con una cuidadora informal que es su hija, enfermera jubilada, que le ayuda en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y está siempre atenta. No se identifica en la cuidadora informal signos de sobrecarga en su rol de cuidadora.

La paciente es derivada a EPA-HCC de Distrito Sevilla el 08/09/2023 por su enfermera referente, ya que presenta una lesión en miembro inferior derecho (MID) en maléolo externo de unos 10 años de evolución. Se valora la lesión y se observa una úlcera de 7 x 5 cm (figura 1), y unas piernas con signos de insuficiencia venosa crónica con edema y varices superficiales (C3 en la escala CEAP de estratificación de la insuficiencia venosa). Toma antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y antibióticos, los cuales podrían interferir en el proceso de cicatrización⁵. No se palpan pulsos pedios ni tibiales posteriores en miembros inferiores y se obtiene un índice tobillo brazo de 0.89 en MID y de 1,79 en miembro inferior izquierdo (MII), lo cual sugiere en esta pierna calcificación arterial. Se realizó una biopsia en mayo de 2019 con resultado de hiperplasia epidérmica pseudoepiteliomatosa (por aquella fecha, lesión con unas dimensiones de 1 cm²). La lesión presenta una puntuación 1 sobre 10 en la escala de valoración analógica (EVA) del dolor.

El Plan de Cuidados de Enfermería para la paciente incluye una valoración integral exhaustiva según los patrones de Marjory Gordon, donde se han detectado los siguientes patrones alterados (ver tabla 1).

Según la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), se establecieron dos problemas enfermeros a: [00044] Deterioro de la integridad tisular y [00146] Ansiedad.

Diagnóstico de la lesión: sospecha de úlcera de etiología venosa

2. Planificación y ejecución de cuidados

Se comienza con un abordaje de la lesión con distintos apósitos en función de la evolución, entre los que se emplearon corticoide tópico para reducir la hipergranulación, apósitos antimicrobianos y para la gestión del exudado, junto terapia compresiva con vendas de corta tracción, aplicando una compresión de 40 mmHg.

Se emplearon los criterios de resultado NOC “[1103] Curación de la herida: por segunda intención”, “[1842] Conocimiento: control de la infección” y “[5270] Apoyo Emocional” e intervenciones NIC “[3660] Cuidados de las heridas”, “[6550] Protección contra las infecciones” y “[5230] Aumentar el afrontamiento.

3. Evaluación de resultados y seguimiento

Tras 45 días de tratamiento óptimo y no ver ninguna mejoría al tratar la lesión, se decide consultar a Dermatología por sospecha de malignización de la lesión. Se consigue una rápida agilización de derivación mediante el contacto entre las EPA-HCC de Distrito de Atención Primaria y del Hospital Virgen del Rocío, consiguiendo valoración por el especialista el 27/10/2023. En esta valoración se tomó muestra para la biopsia del tejido, obteniéndose como resultado el diagnóstico de carcinoma basocelular. Tras conocer el diagnóstico, tanto la paciente como su cuidadora se sintieron más aliviadas al conocer la patología que estaba tras la herida después de 10 años de incertidumbre.

Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) con contraste el 10/01/2024 para comprobar si tenía afectación ósea y tras descartarlo, se valora cirugía con exéresis de tumoración e injerto cutáneo por parte de Cirugía Plástica. Desde el diagnóstico hasta la intervención se priorizó mantener el lecho de la úlcera en unas condiciones adecuadas de humedad y carga bacteriana.

La intervención quirúrgica se realizó el 18/04/2024, siguiendo con curas desde la consulta EPA-HCC de distrito Sevilla. Estas curas consistían en la aplicación de un apósito interfase y otro de gestión del exudado, además de aplicar a partir de la tercera semana terapia compresiva. La evolución de la úlcera tras el injerto puede verse en la figura 2. A medida que fue avanzando la herida hacia la cicatrización, disminuyeron los niveles de ansiedad de la paciente, verbalizando su tranquilidad y sus planes futuros tras el cierre de la lesión.

Discusión e implicaciones para la práctica clínica

Nuestra sospecha inicial en este caso fue de una úlcera de etiología venosa, ya que la paciente presentaba signos de insuficiencia venosa crónica y no realizaba terapia compresiva. Además, la patología venosa es la más prevalente en miembros inferiores⁶. Tras varias semanas aplicando el gold standard médico de este tipo de úlceras, no se apreció ninguna mejoría, por lo que descartamos la etiología venosa y nos planteamos la posibilidad de malignización. Ante úlceras de larga evolución con un tratamiento etiológico y local adecuado que no tienen una mejoría según lo esperado, es importante que la enfermera sospeche de este tipo de proceso y derive al especialista.

La biopsia es fundamental para diagnosticar de manera precisa las úlceras neoplásicas de piel, ya que un diagnóstico tardío puede afectar significativamente el tratamiento y el pronóstico

Figura 1. Úlcera de 7x5 cm. Septiembre 2023.



Figura 2. Aspecto de la herida tras la intervención quirúrgica con la colocación de injerto hasta la epitelización.



del paciente. Existe la duda del diagnóstico diferencial entre úlcera neoplásica y úlcera de Marjolin. La diferencia entre ellos es que la úlcera neoplásica se origina a raíz de un tumor primario, mientras que la úlcera de Marjolin se produce por la degeneración maligna de una lesión crónica, bien inflamatoria o maligna^{1,2}. Un argumento que nos podría llevar a pensar a

favor de la úlcera de Marjolin sería el resultado negativo para malignidad de la primera biopsia realizada en 2019. Por el contrario, un argumento a favor de la úlcera neoplásica es la nula tendencia a la cicatrización desde la aparición de la lesión. Sería interesante establecer vías clínicas ágiles para realizar un diagnóstico diferencial en el momento oportuno.

La rápida sospecha por signos atípicos en la lesión, junto a la ágil coordinación de las EPA-HCC de Atención Primaria y Especializada con el servicio de Dermatología, permitió un correcto diagnóstico de la lesión tras 10 años de evolución y la resolución de la herida.

Es de crucial importancia replantearse la etiología de la lesión si esta no avanza hacia la cicatrización a pesar de aplicar los estándares óptimos de tratamiento. La biopsia constituye un procedimiento esencial para el diagnóstico y tratamiento de las úlceras neoplásicas de la piel.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses ni haber recibido ningún tipo de financiación, tanto pública como privada. Asimismo, carecen de intereses económicos o personales basados en los productos, tecnologías o metodologías mencionadas en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Úlceras neoplásicas. Revista Úlceras.Info. Disponible en: <https://www.ulceras.info/noticias/ulceras-neoplasicas/>; acceso: 19 de junio de 2024.
2. Pérez Santos L, Cañadas Núñez F, García Aguilar R, Turrado Muñoz MA, Fernández García GA, Moreno Noci M et al. Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras Neoplásicas. 1ª Ed. Cañadas Núñez F, Pérez Santos L. Coordinadores. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba), Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Editores. Andalucía; 2015. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/guia_rapida_cuidado_personas_ulceras_neoplasicas.pdf; Acceso: 19 de junio de 2024.
3. Isoherranen K, Jordan O'Brien J, Barker J et al. EWMA document; Atypical wounds. Best clinical practice and challenges. 2019. Disponible en: https://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA_Conference/EWMA_2019/Press/EWMA_Wound_Curriculum_for_Nurses_EQF_Level_6.pdf; acceso: 19 de junio de 2024
4. Cabanillas-González M., Pulgarín-Sobrino S. B., Ananín-Fernández C. Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas. [Guía práctica nº 4]. En: Rumbo-Prieto J. M., Raña-Lama C. D., Cimadevila-Álvarez M. B., Calvo-Pérez A. I., Fernández-Segade J., editores. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016. Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Documents/72/GU%C3%8DA%20N%C2%BA4%20LC%20NEOPL%C3%81SICAS%20cast.pdf>; acceso: 19 de junio de 2024
5. Levine JM. The effect of oral medication on wound healing. *Adv Skin Wound Care*. 2017;30(3):137-142. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-como-influyen-los-medicamentos-oraless0212538218301614>; acceso: 19 de junio de 2024
6. Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Tercera edición. Madrid: AEEVH, 2017. Disponible en: <https://aeevh.org/download/guia-de-practica-clinica-consenso-sobre-ulceras-vasculares-y-pie-diabetico/>; acceso: 19 de junio de 2024.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Martín López L, Arenas Hernández P, Bolívar Gilpérez E, García Montero A. Detección de una úlcera neoplásica en atención primaria desde el diagnóstico hasta su resolución. *Hygia de Enfermería*. 2025; 42(1): 11-14

Colocación de malla-cabestrillo suburetral: cuidados enfermeros preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios inmediatos. Caso clínico

Placement of suburethral mesh-sling: preoperative, intraoperative and immediate postoperative nursing care. Clinical case

María José Fernández Martín^A y Almudena Arroyo Rodríguez^B

^A Área quirúrgica Hospital de Alta resolución de Utrera. ^B Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios. Universidad Pontificia Comillas. Fundación San Juan de Dios.

RESUMEN

La incontinencia urinaria (IU) está definida por la Sociedad Internacional de Continencia como la pérdida involuntaria de orina que afecta la calidad de vida de quienes la padecen. Es más frecuente en mujeres, especialmente con la edad, y puede tener múltiples causas como patologías neurológicas, urológicas, obesidad, diabetes, o factores ginecológicos. La IU afecta la esfera física, psicoemocional y social de los pacientes, generando vergüenza, aislamiento, ansiedad y depresión.

Este artículo presenta el caso clínico de una paciente de 44 años intervenida quirúrgicamente por IU mixta predominantemente de esfuerzo mediante la colocación de una malla suburetral transobturatriz (TOT). Para su realización se ha solicitado consentimiento informado y se ha garantizado el anonimato y confidencialidad de la información recabada. La intervención se desarrolló en régimen de cirugía mayor ambulatoria, con planificación de cuidados en las fases preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria inmediata. Los cuidados enfermeros se basaron en el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA, NOC y NIC, priorizando la reducción de la ansiedad preoperatoria, la prevención de infecciones y el manejo del dolor postoperatorio.

La cirugía ambulatoria con técnicas avanzadas como las mallas TOT y mini Sling ofrece resultados efectivos con menor tiempo de hospitalización, complicaciones y dolor postoperatorio. La participación de enfermería es esencial no solo en los cuidados técnicos, sino también en el apoyo emocional, promoviendo una recuperación integral. El artículo subraya la importancia de los planes de cuidados individualizados y la humanización en la atención quirúrgica. La estandarización de los cuidados enfermeros, junto con el uso de herramientas científicas, mejora la seguridad, la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes quirúrgicos.

PALABRAS CLAVE

incontinencia urinaria, incontinencia urinaria de esfuerzo, planes de cuidados de enfermería, cirugía ambulatoria, dispositivos de soporte uretral, cabestrillo transobturatriz

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is defined by the International Continence Society as the involuntary loss of urine that affects the quality of life of those who suffer from it. It is more common in women, particularly with age, and can have multiple causes, including neurological and urological conditions, obesity, diabetes, or gynecological factors. UI impacts the physical, psycho-emotional, and social well-being of patients, causing shame, isolation, anxiety, and depression.

This article presents the clinical case of a 44-year-old patient who underwent surgery for mixed urinary incontinence, predominantly stress-related, through the placement of a transobturator suburethral tape (TOT). The procedure was performed under an ambulatory surgery regimen, with planned care during the preoperative, intraoperative, and immediate postoperative phases. Nursing care was guided by Virginia Henderson's model and the NANDA, NOC, and NIC taxonomy, prioritizing the reduction of preoperative anxiety, infection prevention, and postoperative pain management.

Ambulatory surgery using advanced techniques such as TOT and mini sling systems offers effective results with shorter hospital stays, fewer complications, and reduced postoperative pain. Nursing plays a crucial role not only in providing technical care but also in offering emotional support, promoting holistic recovery. The article emphasizes the importance of individualized care plans and humanization in surgical care. Standardized nursing care, combined with scientific tools, enhances the safety, quality of life, and satisfaction of surgical patients.

KEYWORDS

urinary incontinence, stress urinary incontinence, nursing care process, ambulatory surgery, urethral prostheses, transobturator tape

INTRODUCCIÓN

La International Continence Society (ICS) define la incontinencia urinaria (IU) como cualquier pérdida involuntaria de orina que genera malestar o problemas sociales e higiénicos. Afecta tanto a personas con patologías previas como a aquellas sin antecedentes médicos¹. Su prevalencia es mayor en mujeres, con un 35% afectadas a lo largo de su vida, y su gravedad aumenta con la edad^{2,3}. Entre los factores asociados a la IU se incluyen patologías neurológicas y urológicas, diabetes mellitus, obesidad, estreñimiento, antecedentes ginecológicos y factores externos como movilidad reducida o barreras arquitectónicas^{2,4}.

La IU se clasifica en transitoria (duración inferior a cuatro semanas) o establecida (más de un mes, secundaria a alteraciones estructurales del aparato urinario)². También puede presentarse como IU de urgencia, de esfuerzo, mixta, sin percepción del deseo de orinar o funcional². Su prevalencia varía entre países y grupos de edad: en mujeres mayores de 20 años es del 17%, aumentando al 38% en sexagenarias. Hasta el 37,5% de mujeres de 30-50 años reportan IU de esfuerzo en atención primaria⁴. El embarazo y el puerperio, especialmente en múltiparas, elevan la prevalencia al 7-12%^{4,5}.

La IU impacta negativamente en la esfera sexual, psicoemocional y sociocultural de las mujeres, generando vergüenza, ansiedad, depresión y aislamiento social⁵. El tratamiento quirúrgico de la IU de esfuerzo ha avanzado significativamente, permitiendo intervenciones ambulatorias mediante la implantación de mallas suburetrales de diversas generaciones: TVT (retropúbica), TOT (transobturadora) y mini Sling⁷. Las técnicas con TOT y mini Sling ofrecen mejores resultados, menor dolor postoperatorio y una recuperación más rápida^{6,7}.

Más allá del abordaje técnico, el papel de la enfermería es clave en el apoyo a las mujeres con IU, no solo en la aplicación de técnicas, sino en la provisión de cuidados humanizados. Estos cuidados invisibles incluyen apoyo emocional, acompañamiento y empatía, contribuyendo al bienestar de la paciente, aunque no siempre sean registrados formalmente^{8,9}. Visibilizar estos cuidados representa un reto en la práctica enfermera actual y un aspecto esencial de la profesión^{8,9}.

DESARROLLO DEL CASO

Este es un caso clínico recogido y registrado por una enfermera de quirófano de un centro hospitalario perteneciente al Agencia Sanitaria Sevilla Sur (AGSS) que ejerce sus funciones dentro del mismo como enfermera circulante durante las etapas preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria de la intervención quirúrgica.

Este estudio ha seguido los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y ha garantizado la confidencialidad de los datos de acuerdo con la normativa vigente. Se ha obtenido el consentimiento informado de la participante, asegurando que la información utilizada respeta su privacidad y anonimato.

Se trata de una señora de 44 años que ingresa de forma reglada para ser intervenida de incontinencia urinaria mixta, predominantemente de esfuerzo siendo sometida a la colocación de una malla-cabestrillo suburetral ALTIS®. Previamente, esta paciente ha sido valorada y explorada por urología. Conjuntamente, se recoge el testimonio de la paciente. Ella refiere presentar pérdidas de orina tras su segundo parto a los 38 años (parto vaginal eutócico) que va en aumento con el paso del tiempo.

El día de la intervención quirúrgica, a su llegada al quirófano la paciente es recibida por la enfermera circulante, quien identifica correctamente a la paciente, comprueba las posibles alergias, confirma el lugar anatómico sobre el que se realizará el procedimiento quirúrgico, realiza el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) y confirma que la paciente ha firmado el documento de consentimiento informado. Durante esta entrevista, la paciente manifiesta que es la primera vez que tiene que pasar por un quirófano, que se enfrenta a la intervención muy nerviosa con miedo a sentir dolor y a que surjan complicaciones. Resalta que a pesar de que el urólogo en la consulta le explicó muy detenidamente con palabras muy sencillas en qué consistía la intervención no se acuerda de nada, no sabe qué se le va a hacer. Ante tal situación, la enfermera circulante pone en conocimiento del cirujano el estado de estrés y de ansiedad en la que se encuentra la paciente.

Previamente a la elaboración del plan de cuidados individualizado de la paciente se procede a la realización de una valoración enfermera con el objetivo de detectar y por tanto mitigar los problemas derivados del afrontamiento del proceso quirúrgico.

Valoración general y diagnóstica

La realización de la valoración enfermera de la paciente se ha enmarcado dentro del modelo conceptual de Virginia Henderson¹⁰ ya que es el aplicado con mayor frecuencia en los hospitales andaluces, concretamente en el hospital sevillano en el que tiene lugar el transcurso y desarrollo del caso clínico expuesto. Por ende, se procedió a la recolección de información basándonos en la Teoría de las 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson¹⁰. A continuación se presentan los datos recogidos en cada necesidad:

- 1ª Necesidad de respirar con normalidad: se dan dificultades respiratorias puesto que la paciente presenta asma bronquial y sinusitis que se ven agravadas por su tabaquismo.
- 2ª Necesidad de comer y beber adecuadamente: no presenta buena adherencia a la dieta mediterránea. Realiza ingestas calóricas de forma descontrolada ya que no sigue un horario establecido de comidas. Presenta un IMC de 29,3.
- 3ª Necesidad de eliminación normal de desechos corporales: expresa tener pérdidas de orina en aquellas acciones que requieren un esfuerzo. Estas pérdidas han aparecido tras sus partos, haciéndose más intensas tras el segundo. Previamente a sus embarazos era totalmente continente. Niega antecedentes urológicos.
- 4ª Necesidad de movilidad y posturas adecuadas: a pesar de su sobrepeso, ello no le supone problemas para realizar acciones que conlleven esfuerzos físicos como por ejemplo caminar largos recorridos o hacer actividades deportivas de forma puntual.
- 5ª Necesidad de dormir y descansar: concilia el sueño y descansa sin dificultad alguna. Tiene fijado en el domicilio un horario habitual para acostarse y levantarse diariamente.

FECHA DE RECEPCIÓN: 13/1/2025

FECHA DE ACEPTACIÓN: 6/3/2025

Correspondencia: Almudena Arroyo Rodríguez

Correo electrónico: aarroyor@comillas.edu

Percibe estar descansada por las mañanas cuando se levanta para iniciar las actividades de la vida cotidiana.

- 6ª Necesidad de vestirse y desvestirse con normalidad: se viste adecuadamente, siendo una mujer que cuida mucho su apariencia física. Expone su leve dificultad para calzarse, concretamente aquel calzado que se ha de atar con cordones.
- 7ª Necesidad de mantener una buena higiene corporal: a su exploración se observa la correcta hidratación de piel y mucosas. La paciente refiere que se realiza una ducha diaria. Intensifica la higiene íntima cada vez que se orina como consecuencia de algún esfuerzo. Tras la higiene hace uso de ropa interior limpia desechando la sucia.
- 9ª Necesidad de evitar los peligros en el entorno y evitar poner en peligro a otros: es totalmente independiente para realizar cualquier tipo de actividad básica de la vida diaria.
- 10ª Necesidad de comunicar emociones, necesidades, temores y opiniones: expresa con naturalidad que se ha sentido incomprendida por los profesionales que se limitaban a darle folletos para la realización de los ejercicios del suelo pélvico. Expone sus dudas ante la información que se le da sobre la intervención quirúrgica propuesta. Verbaliza el miedo a sufrir dolor y el nerviosismo que le genera el pensar que pueden surgir complicaciones durante el procedimiento. Tras la consulta de su historia clínica observamos que en ella quedan reflejadas las patologías Síndrome depresivo-ansioso y Trastorno adaptativo. Actualmente, se encuentra bajo tratamiento farmacológico y terapéutico.
- 11ª Necesidad de actuar o reaccionar de acuerdo con las propias creencias: manifiesta sentirse incomprendida por algunos de los profesionales con los que ha consultado ya que sentía que restaban importancia a la situación que estaba exponiendo. Para ella, el sentimiento de aislamiento social se hacía cada vez más patente por esos episodios de incontinencia.
- 12ª Necesidad de desarrollarse de manera que exista un sentido de logro: se siente realizada y contenta con su forma de vida, la cual, no quiere ver afectada por su problema de incontinencia.
- 13ª Necesidad de participar en actividades recreativas o de juegos: es una mujer que mantiene su vida social y que fomenta las actividades grupales con su grupo de amistades. Expresa que dichas actividades se están viendo reducidas por sentir vergüenza y estrés ante la aparición de episodios de incontinencia.
- 14ª Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad personal: muestra interés por entender toda la información que se le proporciona sobre su diagnóstico de incontinencia urinaria mixta predominantemente de esfuerzo y sobre la intervención quirúrgica a la que va a ser sometida. Comenta y resuelve toda y cada una de las dudas que se le presentan en el momento de recibir la información.

Planificación y ejecución de los cuidados

Tras el análisis de los datos obtenidos, se identificaron múltiples afectaciones en las distintas necesidades básicas de la paciente, lo que permitió formular diversos diagnósticos enfermeros. Dado que la enfermera circulante desarrolla su labor dentro del área quirúrgica, se priorizaron los diagnósticos abordables en las fases preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria inmediata. La selección y planificación de los cuidados se realizó siguiendo la Taxonomía NANDA-I¹¹, la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)¹² y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)¹³, herramientas ampliamente

validadas en la práctica enfermera para garantizar la calidad y seguridad del cuidado.

En la fase preoperatoria (Tabla 1), se priorizó la reducción de la ansiedad de la paciente, dado que la evidencia científica respalda la importancia del manejo de la ansiedad prequirúrgica para mejorar los resultados postoperatorios^{18,19}. Para ello, se implementaron actividades como la enseñanza sobre el procedimiento quirúrgico (NIC 5618: Enseñanza: procedimiento/tratamiento) y el refuerzo de la confianza en el equipo sanitario. La literatura ha demostrado que brindar información clara y accesible antes de la cirugía disminuye la incertidumbre y reduce el miedo del paciente¹⁹. Asimismo, se verificó la firma del consentimiento informado, conforme a las normativas éticas vigentes.

Durante la fase intraoperatoria (Tabla 2), las actividades estuvieron orientadas a la prevención de infecciones quirúrgicas, ya que las infecciones del sitio quirúrgico siguen siendo una complicación relevante en cirugía ambulatoria. Para minimizar este riesgo, se llevaron a cabo estrategias como la administración de antibióticos profilácticos (NIC 6550: Protección contra infecciones), la vigilancia activa del campo quirúrgico y el mantenimiento de la asepsia en la manipulación del material quirúrgico. La eficacia de estas medidas ha sido ampliamente documentada en estudios sobre seguridad quirúrgica²⁰.

En la fase postoperatoria inmediata (Tabla 3), la principal prioridad fue el manejo del dolor (NIC 1410: Manejo del dolor: agudo). La evidencia indica que un control adecuado del dolor postoperatorio no solo mejora el confort del paciente, sino que también reduce las complicaciones y facilita la recuperación temprana^{15,21}. Se implementaron intervenciones farmacológicas para controlar el dolor, incluyendo la administración de analgesia prescrita y la monitorización del dolor con la escala visual analógica (EVA)¹⁵.

Por tanto, la planificación de los cuidados en este caso se basó en la mejor evidencia disponible, con respaldo en la taxonomía NANDA, NOC y NIC, así como en estudios previos sobre cirugía ambulatoria y manejo del paciente quirúrgico. La implementación de estos cuidados permitió garantizar la seguridad del paciente, optimizar su recuperación y mejorar su experiencia en el proceso quirúrgico.

Evaluación de resultados/seguimiento

Una vez alcanzada esta etapa final del plan de cuidados que ha sido establecido de forma individualizada para la paciente, se procede a la evaluación de los indicadores propuestos para cada uno de los diagnósticos enfermeros. Esta evaluación tiene como objetivo principal la comprobación del alcance o el no cumplimiento de los objetivos propuestos al inicio del plan de cuidados. En caso de no obtenerse la consecución de los objetivos esperados se procederá a la modificación y/o mejora de dicho plan. Para ello, la evaluación o medición de los resultados, se realiza mediante el uso de escalas tipo Likert¹⁴ así como la observación directa de la paciente.

En la etapa preoperatoria, cuya duración fue de 2 horas, tanto la inquietud como la ansiedad fueron manifestadas por la paciente de forma intensa de modo que dichos indicadores se vieron afectados sustancialmente (puntuación 2 en la escala Likert). Mediante las actividades enfermeras basadas en la transmisión de información sobre el procedimiento quirúrgico, así como el refuerzo de la confianza hacia el equipo humano se alcanzó

Tabla 1. Fase Preoperatoria.

DIAGNÓSTICO NANDA: (00146) Ansiedad r/c procedimiento quirúrgico m/p expresa angustia, miedo intenso, nerviosismo, tensión, voz temblorosa y preocupación.			
Definición: Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico, una catástrofe o una desgracia.			
RESULTADOS			
NOC 1: (1211) Nivel de ansiedad (1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno)			
INDICADOR	VALOR INICIAL	VALOR FINAL	TIEMPO DE MEDICIÓN
(121105) Inquietud	2	5	2 h
(121117) Ansiedad verbalizada	2	4	
INTERVENCIONES ENFERMERAS			
NIC 1: (5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento			
ACTIVIDADES			
<ul style="list-style-type: none"> – Informar al paciente sobre la persona que realizará el procedimiento. – Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado. – Describir las actividades del procedimiento. – Explicar el procedimiento. – Obtener testigo del consentimiento informado del paciente del procedimiento de acuerdo con la política del centro. – Enseñar a la paciente cómo cooperar/ participar durante el procedimiento. – Explicar la necesidad de equipos de monitorización y sus funciones. – Informar sobre lo que se oirá, olerá, verá, saboreará o sentirá durante el procedimiento. – Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados. – Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes. 			

la superación y la eliminación del estado de inquietud (puntuación 5 en la escala Likert). El nivel de ansiedad se pudo ver claramente reducido a su expresión más leve (puntuación 4 en la escala Likert).

Una vez que tanto el personal sanitario como la paciente accedieron al interior del quirófano para iniciar la intervención quirúrgica, se pusieron en marcha diversas acciones encaminadas a la correcta prevención de la contaminación del instrumental y campos quirúrgicos, siendo fundamental la vigilancia activa y persistente por parte de las enfermeras instrumentista y circulante. El montaje, uso y mantenimiento adecuados de la intervención (en cuanto a material se refiere) es de vital importancia a la hora de prevenir complicaciones de tipo infecciosas tras el procedimiento. Se confirmó la esterilidad de las mesas instrumentales, así como del campo quirúrgico durante todo el desarrollo del procedimiento (40 minutos). Se ha de hacer especial mención de que la paciente

previamente a su ingreso había llevado a cabo su aseo personal con clorhexidina jabonosa y que desde el comienzo evitó realizar movimientos corporales mientras se llevaba a cabo su preparación y monitorización para no comprometer la esterilidad del quirófano. Era totalmente conocedora de la necesidad de la limpieza del lugar anatómico intervenido con el fin de eliminar máximamente la aparición de infecciones. Consecuencia directa de ello fue el alcance del objetivo planteado para el indicador "reconoce las consecuencias asociadas a la infección" puesto que el valor inicial estipulado en la escala Likert en el plan de cuidados correspondió a 2 (raramente demostrado) obteniéndose como valor final 5 (siempre demostrado) en dicha escala. Por consiguiente, y tras la finalización de la intervención quirúrgica se alcanza el postoperatorio inmediato donde la labor enfermera se centra arduamente en la evitación de la aparición del dolor o control del mismo. Concretamente, en el caso de nuestra paciente dicho control se llevó a cabo durante 30 minutos durante los cuales

Tabla 2. Fase Intraoperatoria.

DIAGNÓSTICO NANDA: (00266) Riesgo de infección de la herida quirúrgica r/c procedimiento invasivo. Definición: Susceptible de sufrir una invasión de organismos patógenos de la herida quirúrgica, que puede comprometer la salud.			
RESULTADOS			
NOC 1: (1924) Control del riesgo: proceso infeccioso (1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado; 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado)			
INDICADOR	VALOR INICIAL	VALOR FINAL	TIEMPO DE MEDICIÓN
(192402) Reconoce las consecuencias asociadas a la infección	2	5	40 min
INTERVENCIONES ENFERMERAS			
NIC 1: (6465) Control de infecciones: intraoperatorio			
ACTIVIDADES			
<ul style="list-style-type: none"> — Limitar y controlar la circulación de personas en el quirófano. — Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos adecuados. — Asegurarse de que el personal de quirófano viste las prendas apropiadas. — Verificar la integridad del embalaje estéril. — Abrir los suministros e instrumentos estériles utilizando técnicas asépticas. — Ayudar a colocarse las batas a los miembros del equipo. — Ayudar a cubrir al paciente asegurando la protección ocular y minimizando la presión sobre las partes corporales. — Monitorizar la esterilidad del campo quirúrgico y el suministro correcto del material. — Mantener la integridad de los catéteres y las vías intravasculares. — Administrar la antibioterapia apropiada. — Mantener el quirófano limpio y ordenado para limitar la contaminación. — Coordinar la limpieza y preparación del quirófano para el siguiente paciente. 			

se administró la perfusión analgésica prescrita. Además, se hizo uso y empleo de la escala visual analógica del dolor EVA¹⁵ para monitorizar la no progresión del dolor. En esta etapa, de nuevo se alcanza la consecución de los objetivos planteados puesto que la paciente se mantuvo sin dolor de modo que su puntuación en la escala Likert se encontró en 5 (ninguno).

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La cirugía mayor ambulatoria ha experimentado un crecimiento sostenido en la última década, representando en 2022 el 47,6% de las intervenciones en España y el 48,5% en Andalucía¹⁶. Este aumento ha impulsado una evolución en la práctica enfermera, exigiendo una actualización constante basada en la evidencia científica. Se ha demostrado que el aprendizaje a partir de la experiencia y la resolución de problemas clínicos es una estrategia eficaz para consolidar conocimientos en la atención quirúrgica¹⁷.

En el presente caso clínico, la paciente fue intervenida mediante la colocación de una malla suburetral transobturatriz (TOT) en un régimen de cirugía mayor ambulatoria. La reducción de la estancia hospitalaria es una ventaja bien documentada de este procedimiento, que también se ha asociado con menores tasas de complicaciones y dolor postoperatorio^{6,7}. Estudios previos han demostrado que las técnicas TOT y mini Sling ofrecen resultados efectivos en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con una recuperación más rápida en comparación con la técnica TVT⁷.

El plan de cuidados implementado en este caso incluyó intervenciones clave en las fases preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria inmediata. En la fase preoperatoria, se priorizó la reducción de la ansiedad mediante la educación sobre el procedimiento quirúrgico y la generación de confianza en el equipo de salud. Investigaciones previas han subrayado la importancia del apoyo emocional y la educación del paciente en la disminución de la ansiedad prequirúrgica^{18,19}.

Tabla 3. Fase Postoperatorio inmediato.

DIAGNÓSTICO NANDA: (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p conducta expresiva, expresión facial de dolor e informa de la intensidad usando escalas estandarizadas de valoración del dolor.			
Definición: experiencia emocional y sensitiva desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descritas en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses.			
RESULTADOS			
NOC 1: (2305) Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato			
INDICADOR	VALOR INICIAL	VALOR FINAL	TIEMPO DE MEDICIÓN
(230513) Nivel de conciencia (1. Desviación grave del rango normal; 2. Desviación sustancial del rango normal; 3. Desviación moderada del rango normal; 4. Desviación leve del rango normal; 5. Sin desviación del rango normal)	1	5	30 minutos
(230522) Dolor (1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno)	4	5	30 minutos
INTERVENCIONES ENFERMERAS			
NIC 1: (1410) Manejo del dolor: agudo			
ACTIVIDADES			
<ul style="list-style-type: none"> – Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medida válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación. – Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. – Preguntar al paciente sobre el nivel del dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior. – Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediatamente antes de que el dolor se agrave. – Seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis. – Usar analgésicos combinados (p. ej., opiáceos más no opiáceos), si el nivel de dolor es intenso. – Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito. 			

Durante la fase intraoperatoria, se implementaron estrategias para minimizar el riesgo de infecciones, como la vigilancia de la esterilidad del campo quirúrgico y la administración de antibióticos profilácticos. La literatura respalda estas prácticas como medidas fundamentales en la prevención de complicaciones infecciosas en cirugía ambulatoria²⁰.

En el postoperatorio inmediato, el control del dolor se realizó mediante analgesia adecuada y la monitorización del paciente con la escala visual analógica EVA¹⁵. Estudios previos han demostrado que una adecuada gestión del dolor postoperatorio mejora la recuperación y la satisfacción del paciente²¹. En este caso, se logró el alivio completo del dolor, lo que coincide con la evidencia disponible sobre la efectividad de la analgesia multimodal en este tipo de procedimientos.

A pesar de los resultados favorables, se identifican algunas limitaciones en la gestión del caso. El paciente expresó inseguridad

respecto a la información proporcionada en la consulta prequirúrgica, lo que sugiere la necesidad de reforzar la educación preoperatoria y evaluar estrategias de comunicación más efectivas. Además, la variabilidad en la aplicación de los planes de cuidados estandarizados representa un desafío para garantizar la atención individualizada.

En conclusión, este caso clínico reafirma la importancia de la formación continua de los profesionales de enfermería en cirugía mayor ambulatoria y el uso de planes de cuidados basados en evidencia. La implementación de cuidados estandarizados mejora la seguridad, optimiza la comunicación interdisciplinaria y contribuye a una atención más humanizada. Sin embargo, es fundamental seguir explorando estrategias que permitan equilibrar la estandarización con un enfoque individualizado, adaptado a las necesidades específicas de cada paciente.

Agradecimientos

Al Dr. Juan Manuel Poyato Galán por su asesoramiento sobre la materia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española de Urología. Incontinencia urinaria [Internet]. 2008 [consultado 2023 Dic 10]. Disponible en: [https://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev\(1\).pdf](https://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev(1).pdf)
2. Asociación Española de Urología. Guía de atención a personas con incontinencia urinaria [Internet]. 2020 [consultado 2023 Dic 10]. Disponible en: <https://www.asanec.es/producto/guia-de-atencion-a-personas-con-incontinencia-urinaria-pdf/>
3. Campillos-Cañete MN, González-Tamajón RM, Berlango-Jiménez J, Crespo-Montoro R. Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermería. Una revisión bibliográfica. *Enferm Nefrol*. 2021;24(1):25-37.
4. Loaiza Quirós KV, Parada Peña K. Incontinencia urinaria. *Rev Med Sin*. 2021;6(5):e667.
5. Moyolema Chicaiza PF, Flores Chiliguano LY. Incontinencia urinaria postparto en mujeres nulíparas y multíparas. *Sal Cienc Tec* [Internet]. 2022 [citado 2023 Dic];2:90. Disponible en: <https://doi.org/10.56294/saludcyt202290>
6. Navalón V, Navalón P, Pallás Y, Ordoño F, Monllor E. Tratamiento quirúrgico ambulatorio de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina bajo anestesia local-sedación con cabestrillo transobturatriz de incisión única (Contasure-Needleless). *Actas Urol Esp*. 2014;38(1):49-54.
7. Guido Bendezú Martínez A. Uso de cintra transobturadora (TOT) para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Experiencia con los 40 primeros casos. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2013;59:27-31.
8. Cajachagua Castro M, Roque Guerra E, Colque Machaca N, Mamani Contreras R, Chavez Sosa J. Cuidado invisible e imagen social de la enfermería comunitaria. *Rev Ene Enferm* [Internet]. 2022 [citado 2023 Dic];16(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000300009
9. Rubiño Díaz JA, Maqueda Palau M, Andreu Rodrido P, Moreno Jiménez MC, Palou Oliver MA, Gavala Arjona JM. La trascendencia de los cuidados invisibles. *Nure Inv* [Internet]. 2023 [citado 2023 Dic 26];20(125):1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.58722/nure.v20i125.2377>
10. Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
11. NANDA International, Kamitsuru S, Herdman TH. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2018-2020. Barcelona: Elsevier España; 2019.
12. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6a ed. Barcelona: Elsevier España; 2018.
13. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7a ed. Barcelona: Elsevier España; 2018.
14. Maldonado Luna SM. Manual práctico para el diseño de la Escala Likert. *Dinlet* [Internet]. 2007 [citado 2024 Feb 10];2(4). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4953744>
15. Servicio Andaluz de Salud [Internet]. Valoración y cuidados en el dolor DA-1. Escala visual analógica (EVA) graduada numéricamente para valoración de la intensidad del dolor. [Citado 2023 Dic 26]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/da1_escala_visual_analogica.pdf
16. Ministerio de Sanidad del Sistema Nacional de Salud. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022 [Internet]. [consultado 2023 Dic 10]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>
17. Álvarez Montero S, Caballero Martín MA, Gallego Casado P, Nieto Gómez R, Latorre De La Cruz C, Rodríguez Martínez G. Sesiones basadas en escenarios clínicos. Una aplicación del aprendizaje basado en la resolución de problemas. *Medifam*. 2001;11(2):83-91.
18. Bellido Vallejo JC, Pereira Becerra F, Cruz Hervás J. Planificación de cuidados en el paciente quirúrgico. *Inquietudes* [Internet]. 2007 [citado 2023 Dic 26];36(4):4-16. Disponible en: https://www.index-f.com/inquietudes/36pdf/36_aticulo_4.pdf
19. Pérez Zarza A, Rubio Gil FJ. Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal NANDA/NIC/NOC. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2008;11(2):144-9.
20. Pineda-Leguizamón R, Miranda-Nogales G, Villasís-Keever MA. La importancia de los reportes de casos clínicos en la investigación. *Rev Alerg Mex*. 2018;65(1):92-8.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Fernández Martín MJ, Arroyo Rodríguez A. Colocación de malla-cabestrillo suburetral: cuidados enfermeros preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios inmediatos. *Caso clínico*. *Hygia de Enfermería*. 2025; 42(1): 15-21

Suplementación dietética y amenorrea hipotalámica en mujeres atletas. Una revisión narrativa

Dietary supplementation and hypothalamic amenorrhea in female athletes. A narrative review

María Teresa Hernández-Domínguez y María Plaza-Carmona

Enfermeras. Complejo Asistencial Universitario de León.

RESUMEN

Introducción: durante la pubertad, el hipotálamo libera la Hormona Liberadora de Gonadotropinas (GnRH) de manera pulsátil, estimulando la secreción de Hormona Luteinizante (LH) y Hormona Estimulante del Folículo (FSH). En la Amenorrea Hipotalámica Funcional (FHA), esta liberación se suprime, alterando la pulsatilidad de LH y reduciendo sus niveles, lo que afecta la producción ovárica de estradiol, progesterona y testosterona. Esto provoca anovulación y amenorrea. La FHA puede ser causada por estrés psicológico, Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), pérdida de peso y ejercicio excesivo.

Objetivo: analizar los mecanismos fisiopatológicos de la FHA y el papel de la enfermera como educadora en nutrición deportiva en su prevención y tratamiento, especialmente en mujeres que practican deportes con control de peso.

Metodología: se realizó una revisión bibliográfica de estudios científicos sobre FHA, con énfasis en su diagnóstico diferencial y las estrategias nutricionales recomendadas para la recuperación del ciclo menstrual.

Resultados: el diagnóstico de FHA se basa en la exclusión de otras causas de amenorrea, como hipotiroidismo, hiperprolactinemia, síndrome de ovario poliquístico (SOP) e insuficiencia ovárica. La confusión con SOP puede llevar a recomendaciones nutricionales inadecuadas que no favorecen la recuperación menstrual. La adecuada disponibilidad energética es clave en la prevención y tratamiento de FHA.

PALABRAS CLAVE

amenorrea, suplementación, dietética, ejercicio físico

ABSTRACT

Introduction: during puberty, the hypothalamus releases Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH) in a pulsatile manner, stimulating the secretion of Luteinizing Hormone (LH) and Follicle Stimulating Hormone (FSH). In Functional Hypothalamic Amenorrhea (FHA), this release is suppressed, altering LH pulsatility and reducing its levels, which affects ovarian production of estradiol, progesterone and testosterone. This results in anovulation and amenorrhea. AHF can be caused by psychological stress, Eating Behavior Disorders (ED), weight loss and excessive exercise.

Objective: to analyze the pathophysiological mechanisms of AHF and the role of sports nutrition nurse in its prevention and treatment, especially in women who practice weight-controlled sports.

Methodology: a bibliographic review of scientific studies on ALF was carried out, with emphasis on its differential diagnosis and recommended nutritional strategies for menstrual cycle recovery.

Results: the diagnosis of AHF is based on the exclusion of other causes of amenorrhea, such as hypothyroidism, hyperprolactinemia, polycystic ovary syndrome (PCOS) and ovarian insufficiency. Confusion with PCOS can lead to inadequate nutritional recommendations that do not favor menstrual recovery. Adequate energy availability is key in the prevention and treatment of FHA.

KEYWORDS

amenorrhea, supplementation, dietetics, physical exercise

INTRODUCCIÓN

En las últimas cinco décadas, el número de mujeres que participan en deportes ha aumentado significativamente, reflejado en el creciente número de atletas olímpicas. Sin embargo, este

aumento en la participación femenina en el deporte también ha elevado el riesgo de ciertas condiciones, como fracturas por estrés y trastornos endocrinos, entre los que se destaca la Amenorrea Hipotalámica Funcional (FHA)^{1,2}.

La FHA se caracteriza por la ausencia de menstruación debido a la supresión del eje Hipotálamo-Pituitario-Ovario, sin una causa anatómica u orgánica identificable. Esta condición es potencialmente reversible y suele asociarse con estrés, pérdida de peso o ejercicio excesivo. Durante la pubertad, el hipotálamo

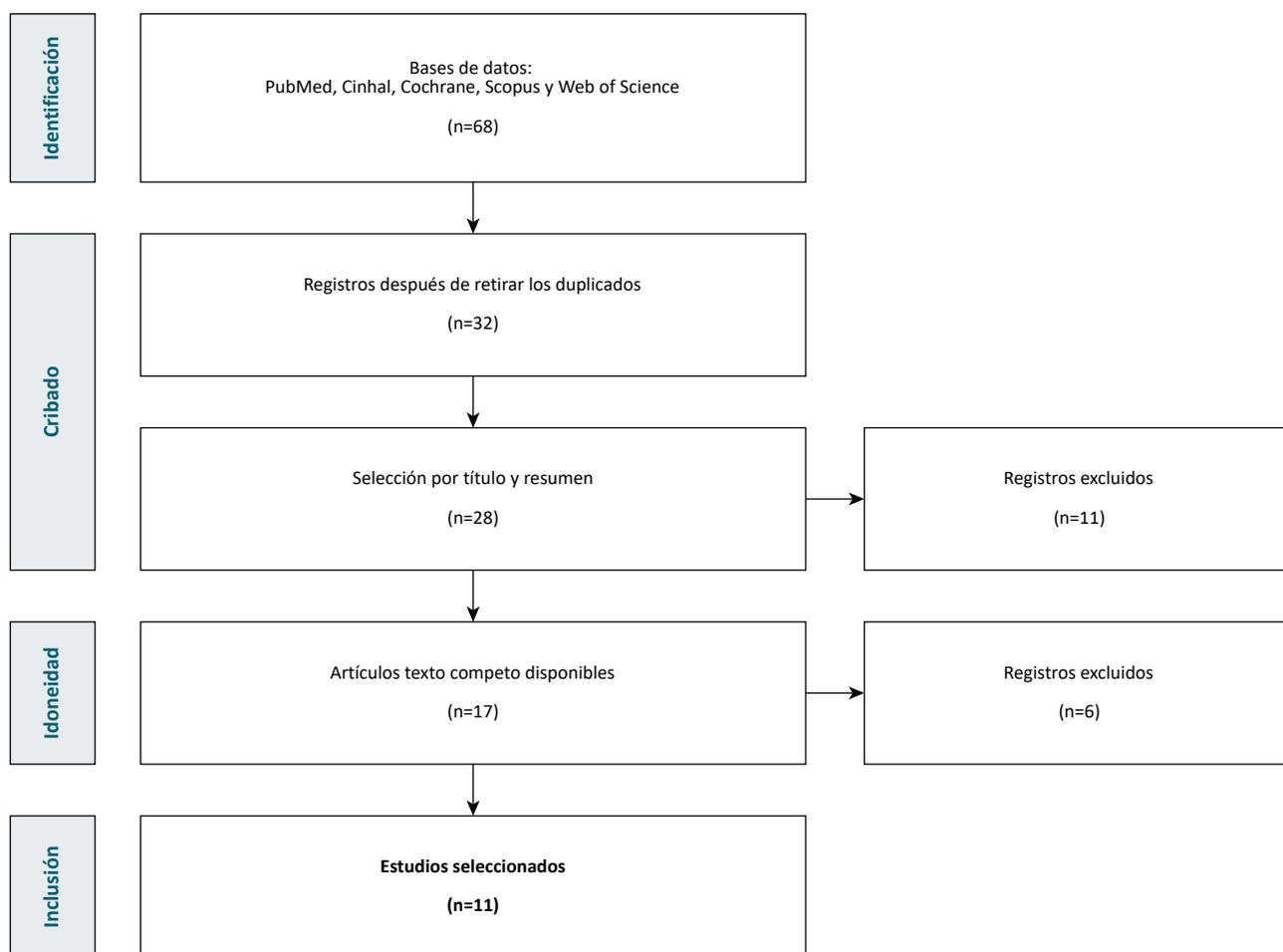
FECHA DE RECEPCIÓN: 11/2/2025

FECHA DE ACEPTACIÓN: 18/3/2025

Correspondencia: María Plaza Carmona

Correo electrónico: maria.plazacarmona@gmail.com

Figura 1. Diagrama de flujo de los artículos obtenidos.



Fuente: Elaboración propia.

mo libera pulsos de Hormona Liberadora de Gonadotropinas (GnRH), que estimulan la secreción de Hormona Luteinizante (LH) y Hormona Estimulante del Folículo (FSH) desde la pituitaria anterior. En mujeres con FHA, la secreción de GnRH está suprimida, alterando la pulsatilidad de LH y reduciendo los niveles de LH y FSH. Esto resulta en una disminución de la producción ovárica de estradiol, progesterona y testosterona, y puede llevar a anovulación y amenorrea³.

Además, la FHA implica una activación del eje Hipotalámico-Pituitario-Suprarrenal, con un aumento en la secreción de Hormona Liberadora de Corticotropinas (ACTH) y cortisol, que, junto con las endorfinas liberadas durante la actividad física, inhiben la secreción de GnRH. Estas alteraciones pueden desregular el ciclo menstrual, resultando en oligomenorrea (ciclos menstruales prolongados), amenorrea primaria (ausencia de menstruación a los 15 años con desarrollo sexual secundario normal), o amenorrea secundaria (pérdida de menstruación durante 90 días o más tras la menarquia)^{4,5}.

Desde la década de 1990, la Triada de la Atletista Femenina ha sido utilizada para describir a las atletas con trastornos alimentarios, amenorrea y baja densidad mineral ósea. En 2017, el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos actualizó esta terminología para incluir criterios más amplios: baja disponibilidad energética con o sin trastorno alimentario, disfun-

ción menstrual y baja densidad mineral ósea. A diferencia de la FHA, los criterios de la Triada no requieren amenorrea para su diagnóstico, y no todas las personas con FHA son atletas o cumplen con los criterios de la Triada⁶.

Todas las atletas, independientemente de su constitución corporal o disciplina deportiva, están en riesgo de desarrollar estas condiciones. Es fundamental que todas las mujeres activas sean evaluadas en relación con los componentes de la triada y que se realicen evaluaciones adicionales si se identifican uno o más de estos componentes⁷. Utilizar el ciclo menstrual como un signo vital es una herramienta efectiva para identificar mujeres en riesgo y debe ser una parte integral del examen físico deportivo previo a la planificación del entrenamiento y la competición⁸.

En este contexto, el papel de la enfermería es clave para la detección temprana, prevención y educación sobre la FHA y sus implicaciones. Las enfermeras desempeñan un rol fundamental en la evaluación del estado de salud de las atletas, promoviendo estrategias de intervención a través de planes de cuidados personalizados. Además, su labor en la educación nutricional y el acompañamiento psicoemocional resulta esencial para mitigar los factores de riesgo asociados, como el estrés y la baja disponibilidad energética^{9,10}.

Por ello, el objetivo del presente trabajo es analizar los mecanismos fisiopatológicos de la FHA y el papel de la nutrición deportiva en su prevención y tratamiento, especialmente en mujeres que practican deportes con control de peso.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión sistemática basada en la evidencia científica publicada en la última década, ofreciendo un resumen narrativo de los artículos seleccionados. La búsqueda se realizó entre abril y mayo de 2024. Las etapas definidas fueron las siguientes: búsqueda bibliográfica, selección de artículos, evaluación de la calidad de los resultados, y extracción e interpretación de los datos.

Las bases de datos consultadas incluyeron PubMed, Cinhal, Cochrane, Scopus y Web of Science. Se utilizaron los términos "Women", "Amenorrhea", "Exercise", "Athletes" y "Nutrition" como descriptores. Los filtros de selección aplicados fueron: ensayos clínicos aleatorizados, revisiones narrativas/sistemáticas y metaanálisis. Así mismo, la franja temporal fue los últimos 5 años.

La calidad metodológica de los artículos fue evaluada mediante listas de verificación adaptadas al tipo de diseño del estudio. Para los estudios observacionales, se utilizó la lista STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) según el documento oficial de Von Elm et al. en 2008; para ensayos clínicos, la lista CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials); y para revisiones sistemáticas, la declaración PRISMA¹¹.

Los criterios de inclusión comprendieron estudios observacionales (transversales, caso-control y de cohortes), estudios experimentales (ensayos controlados aleatorizados y ensayos clínicos controlados) y revisiones sistemáticas, todos enfocados en el estudio de la amenorrea en atletas. Los criterios de exclusión incluyeron revisiones bibliográficas, artículos de opinión y literatura gris.

RESULTADOS

Tras la búsqueda realizada se encontraron un total de 68 artículos de los que finalmente 1 formaron parte del trabajo (Figura 1). Se descartaron los estudios duplicados. Luego, se revisaron los resúmenes, excluyendo aquellos realizados en animales, en hombres, o que no eran pertinentes al objetivo del estudio o poco relacionados con el tema específico de la revisión, como los realizados en deportistas de fuerza o centrados en obesidad. Tras eliminar aquellos que hablaban de aspectos no relacionados con la suplementación dietética, finalmente, se seleccionaron 8 estudios para una lectura crítica.

En relación con los aminoácidos no esenciales, un estudio reciente de Wohlgemuth et al¹². establece que la beta-alanina mejora el rendimiento físico al aumentar los niveles de carnosina muscular, la cual actúa como un tampón de iones de hidrógeno, reduciendo así la acidez intramuscular (pH). El incremento de la carnosina muscular se ha asociado con mejoras en el rendimiento, especialmente en ejercicios de duración entre 2 y 4 minutos. Aunque la mayoría de los estudios sobre suplementación con beta-alanina se han realizado en hombres, se ha observado que las mujeres tienden a tener niveles iniciales más bajos de carnosina muscular, lo que sugiere un potencial

beneficio superior en comparación con los hombres¹². Además, las mujeres con una mayor ingesta proteica muestran niveles más elevados de carnosina, lo que les permite retrasar la aparición de la fatiga en mayor medida que aquellas con niveles más bajos de este dipeptido. En cuanto a la absorción del suplemento, se ha demostrado que una fórmula de liberación lenta, administrada en una dosis de 6 g/día durante 28 días, incrementa los niveles de carnosina muscular en un 16,4% más que una fórmula de liberación rápida. Las recomendaciones de suplementación con beta-alanina no deberían diferir entre géneros, sugiriéndose una dosis total de 4-6 g/día, dividida en tomas de 1-2 g. Por lo tanto, la beta-alanina podría ser eficaz para retrasar la fatiga y/o optimizar la recuperación en mujeres. Es importante destacar que este suplemento puede causar parestesia o sensación de hormigueo, un efecto secundario que tiende a ser más común en hombres¹³.

La cafeína es un ergogénico natural que genera una respuesta fisiológica mediante la interacción con los receptores de adenosina, actuando como un estimulante del sistema nervioso central. La eliminación de la cafeína varía a lo largo del ciclo menstrual, siendo posible que algunas mujeres experimenten sus efectos por más tiempo durante la fase lútea¹¹. En esta etapa, la acumulación de cafeína puede prolongar sus efectos, lo que podría intensificar tanto los síntomas premenstruales como las respuestas típicas a la cafeína, tales como el aumento de la frecuencia cardíaca, ansiedad y alteraciones en el sueño¹². Además, se ha demostrado que la cafeína en dosis de 6 mg/kg es efectiva para mejorar el rendimiento en ejercicios aeróbicos al favorecer la conservación del glucógeno muscular mediante el incremento del metabolismo de las grasas. Asimismo, es conocido que la cafeína reduce la percepción del dolor, lo cual es beneficioso previo a la realización de cualquier tipo de ejercicio. Las dosis recomendadas para lograr efectos ergogénicos se sitúan entre 3 y 9 mg/kg, consumidas aproximadamente 60 minutos antes de la actividad física¹².

El omega 3 desempeña un papel antiinflamatorio. Los dos eicosanoides más activos derivados de la omega 3 son el DHA (ácido docosahexaenoico) y el EPA (ácido eicosapentaenoico). El DHA y el EPA desempeñan un papel vital en el crecimiento y el desarrollo, así como en la disminución de las citoquinas en el organismo y en la mejora de la función inmunitaria¹². La administración de suplementos de omega-3 puede ayudar a abordar la mayor respuesta inflamatoria que se observa en las mujeres después del ejercicio; también se ha demostrado que el aumento de los niveles de omega-3 reduce los síntomas de depresión y ansiedad, especialmente en las mujeres. Además, mencionan que para ver los beneficios de los omega-3, deben consumirse de 1 a 3 g diarios¹².

Los probióticos se ha demostrado que mejoran la composición bacteriana del intestino, regulan la función inmunitaria y digestiva, y ayudan a la salud del tracto urogenital y de la piel. Mencionan un estudio reciente relacionado con las mujeres, que demostró una mejora en los niveles de hierro y en la absorción cuando se combinaron 20 mg de hierro (fumarato ferroso) con *Lactobacillus plantarum*, lo que sugiere que esta cepa probiótica puede ayudar a mejorar los niveles de hierro, hecho especialmente importante en las mujeres por su riesgo de anemia ferropénica como consecuencia de las pérdidas hemáticas derivadas de la menstruación^{14,15}.

Las mujeres pueden beneficiarse de la suplementación proteica, especialmente durante la fase lútea del ciclo menstrual,

Tabla 1. Relación de artículos utilizados en el estudio.

Autor y año	Diseño del estudio	Población o muestra	Intervención / exposición	Suplemento utilizado	Resultados principales	Conclusiones
Sims et al. (22)	Revisión narrativa	Mujeres atletas	Revisión de preocupaciones nutricionales en atletas femeninas	Creatina, hierro, cafeína, proteínas	Diferencias hormonales influyen en necesidades nutricionales y metabolismo energético.	Las mujeres deben ajustar su ingesta de macronutrientes y suplementos según su estado hormonal.
Heather et al.(21)	Encuesta transversal	219 atletas elite femeninas	Encuesta sobre salud y rendimiento en atletas femeninas	No aplica	Factores socioculturales afectan la salud y rendimiento de atletas femeninas.	Se necesitan cambios organizacionales y culturales para mejorar el apoyo a atletas femeninas.
Petisco-Rodríguez et al.(20)	Estudio comparativo	120 mujeres (80 atletas, 40 no atletas)	Evaluación de desórdenes alimenticios en atletas vs no atletas	No aplica	Adolescentes no atletas tienen más comportamientos alimentarios desordenados que gimnastas.	El riesgo de trastornos alimenticios en atletas varía según el tipo de deporte.
Mancine et al. (19)	Revisión sistemática	Atletas de deportes con énfasis en delgadez	Análisis de trastornos alimenticios en diferentes tipos de deportes	No aplica	Los deportes que enfatizan la delgadez tienen mayor prevalencia de trastornos alimenticios.	Identificar y tratar la alimentación desordenada en atletas es crucial para prevenir consecuencias.
Smith-Ryan et al., (18)	Revisión narrativa	Mujeres en diferentes etapas de vida	Análisis de suplementación con creatina en mujeres	Creatina	Creatina puede mejorar el rendimiento y composición corporal en mujeres.	La suplementación con creatina es prometedora para mejorar el rendimiento femenino.
Tegg et al.(17)	Revisión sistemática y meta-análisis	Mujeres físicamente activas con amenorrea secundaria	Efecto de la amenorrea secundaria en el riesgo cardiovascular	No aplica	Amenorrea secundaria afecta parámetros cardiovasculares como colesterol y presión arterial.	La amenorrea inducida por el ejercicio debe tratarse para reducir el riesgo cardiovascular.
Męczekalski et al (16)	Revisión actualizada	Mujeres con amenorrea hipotalámica funcional	Disturbios neuroendocrinos en amenorrea hipotalámica	No aplica	El déficit de estrógenos impacta la salud ósea y cardiovascular en amenorrea hipotalámica.	Es fundamental abordar el déficit de estrógenos para prevenir efectos adversos en amenorrea.
Notaristefano et al.(15)	Estudio observacional prospectivo	Mujeres con amenorrea hipotalámica funcional	Impacto del tratamiento hormonal en microbiota intestinal	No aplica	El tratamiento hormonal puede mejorar la composición de la microbiota intestinal.	El tratamiento hormonal puede ayudar a modular la microbiota y reducir inflamación en FHA.
Li et al. (14)	Meta-análisis	Mujeres con síndrome de ovario poliquístico	Efecto de probióticos y prebióticos en síndrome de ovario poliquístico	Probióticos, prebióticos y simbióticos	Probióticos y prebióticos mejoran el metabolismo de la glucosa y perfil lipídico en SOP.	Los probióticos y prebióticos pueden ser una estrategia efectiva para mejorar el metabolismo en SOP.
Shlool et al.(13)	Ensayo experimental	Mujeres entrenadas en resistencia	Efecto de la cafeína en el rendimiento de resistencia	Cafeína	La cafeína mejora el rendimiento en ejercicios de resistencia sin alterar hormonas sexuales.	La cafeína mejora la resistencia muscular sin afectar significativamente las hormonas.
Wohlgemuth et al. (12)	Revisión narrativa	Mujeres activas y atletas	Consideraciones nutricionales específicas para mujeres	No aplica	Las diferencias hormonales requieren estrategias nutricionales adaptadas para mujeres.	Es necesario diseñar recomendaciones nutricionales específicas para mujeres activas y atletas.

Fuente: Elaboración propia.

cuando aumenta la oxidación de proteínas. Entre las opciones de suplementación están los aminoácidos esenciales (EAA), las proteínas de origen vegetal y las de suero de leche¹⁶. Los EAA son cruciales para la síntesis muscular y mejoran la resistencia aeróbica con una dosis de 18,3 g/día durante seis semanas. Consumir 6-12 g de EAA, solos o como parte de un suplemento de 20-40 g, estimula la síntesis proteica¹⁷. Las proteínas vegetales, derivadas de legumbres, frutos secos o soja, requieren combinarse para obtener un perfil completo de aminoácidos y es recomendable añadir probióticos para mejorar la absorción. La proteína de suero, en su forma aislada, es altamente pura, con más del 90% de proteína, y puede ser más adecuada para mujeres que buscan evitar malestar gastrointestinal. Además, su consumo antes o después del ejercicio favorece la recuperación muscular¹².

Las atletas menstruantes pueden tener una mayor necesidad de ciertas vitaminas y minerales. Comúnmente presentan carencias de folatos, riboflavina y vitamina B12, lo que puede afectar su rendimiento. La ingesta de folatos suele ser inferior a la recomendada (400 µg/día), y su deficiencia, junto con la de B12, puede causar anemia¹². Las mujeres activas o en lactancia deben consumir más riboflavina (1,6 mg por cada 1000 calorías). La vitamina B12, con una CDR de 2,4 µg/día, es especialmente deficiente en dietas vegetales, ya que su principal fuente es la carne¹¹. También es común la deficiencia de vitamina D, vital para la salud ósea y la prevención de problemas óseos, con una CDR de 600 UI, aunque dosis de 2000 a 4000 UI son seguras y beneficiosas.

Las atletas también suelen tener una ingesta de calcio inferior a la necesaria, especialmente aquellas con intolerancia a los lácteos. La CDR de calcio para mujeres adultas es de 1000 mg/día, y su suplementación es esencial para la salud ósea y la función muscular óptima¹². Además, las deficiencias de hierro son frecuentes, sobre todo en mujeres veganas o vegetarianas, con una recomendación diaria de 18 mg para mujeres frente a los 8 mg para hombres. La suplementación con calcio y hierro es fundamental para prevenir deficiencias y mantener un rendimiento físico adecuado¹¹.

La creatina aumenta las reservas de fosfocreatina en los músculos, mejorando la disponibilidad de energía. Sin embargo, hay una falta de investigación sobre su efectividad en mujeres durante la menstruación, el embarazo y el postparto. A medida que las mujeres envejecen, la creatina puede beneficiar la salud general, mental, ósea y cerebral. Según Smith-Ryan¹⁸, las mujeres pueden experimentar un aumento en la masa y función muscular con dosis elevadas de creatina durante al menos 7 días, aunque la suplementación sola no mejora la fisiología ósea en mujeres posmenopáusicas. No obstante, cuando se combina con entrenamiento de resistencia, la creatina puede mejorar la fuerza, el rendimiento físico, las capacidades cognitivas, el estado de ánimo y ofrecer neuroprotección¹⁹. Aunque los hombres suelen responder mejor a la creatina, tanto hombres como mujeres pueden observar mejoras en el rendimiento atlético y el aumento de masa libre de grasa^{20,21}.

Para aumentar las reservas de creatina, se recomienda una fase de carga de 0,3 g/kg de peso corporal cuatro veces al día durante 5 a 7 días, seguida de una fase de mantenimiento de 3-5 g/día, o una dosis diaria constante de 5 g, que es más lenta en su efecto. La creatina puede causar un aumento de peso debido a la retención de agua, que en mujeres podría ser más notable durante la fase lútea²².

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta revisión resaltan la importancia de una adecuada disponibilidad energética en la prevención y el tratamiento de la FHA, evidenciando que la restricción calórica y la baja ingesta de macronutrientes pueden desencadenar disfunciones hormonales en mujeres deportistas. Además, se identificó que la confusión entre FHA y el SOP sigue siendo un problema clínico que puede derivar en estrategias nutricionales inadecuadas.

Desde una perspectiva asistencial, estos resultados subrayan el papel fundamental de la enfermería en la identificación temprana de la FHA dentro de las unidades de nutrición y en el ámbito de la enfermería deportiva. Las enfermeras no solo pueden participar activamente en el cribado de factores de riesgo mediante la evaluación del estado nutricional y el monitoreo del ciclo menstrual, sino que también desempeñan un rol esencial en la educación y el acompañamiento de las atletas para la optimización de sus hábitos alimenticios y el mantenimiento de un equilibrio energético adecuado. La implementación de programas de educación en salud, dirigidos a deportistas y cuerpos técnicos, es una estrategia clave que la enfermería puede liderar para reducir la incidencia de la FHA.

Sin embargo, el presente estudio presenta algunas limitaciones. La evidencia disponible sobre el impacto de la suplementación en la prevención y tratamiento de la FHA sigue siendo limitada y, en muchos casos, extrapolada de estudios realizados en hombres. Además, la heterogeneidad de los diseños metodológicos de los estudios revisados dificulta la generalización de los resultados. La mayoría de los estudios incluidos tienen un enfoque nutricional, dejando un vacío en la investigación sobre la efectividad de intervenciones multidisciplinares, donde la enfermería podría desempeñar un papel clave en la rehabilitación de atletas con FHA.

En cuanto a futuras líneas de investigación, sería pertinente desarrollar estudios específicos que evalúen el impacto de estrategias de intervención desde la enfermería en la recuperación del ciclo menstrual en deportistas con FHA. Investigaciones que integren el papel de la enfermería en la educación nutricional, la gestión del estrés y el acompañamiento psicológico podrían aportar un enfoque innovador y más completo para el abordaje de esta condición. Además, es necesario ampliar la evidencia sobre el efecto de la suplementación en mujeres atletas, especialmente en relación con la regulación del eje hipotálamo-hipófisis-ovario.

CONCLUSIONES

La presente revisión ha permitido analizar los mecanismos fisiopatológicos de la Amenorrea Hipotalámica Funcional (FHA) y el impacto de la nutrición deportiva en su prevención y tratamiento, especialmente en mujeres que practican deportes con control de peso. Los resultados evidencian que una adecuada disponibilidad energética es el factor clave para mantener la función ovárica y evitar alteraciones en el ciclo menstrual. Además, se ha identificado que la confusión entre FHA y el síndrome de ovario poliquístico puede llevar a intervenciones nutricionales inadecuadas, afectando la recuperación de las atletas.

Dado que la FHA es una condición multifactorial, su abordaje requiere de un enfoque interdisciplinar, en el que la enfermería desempeña un papel esencial en la detección temprana, el seguimiento y la educación de las deportistas. La implementación

de programas de educación nutricional y monitoreo del estado de salud, liderados por enfermeras, puede ser una estrategia eficaz para reducir la incidencia de esta alteración.

Sin embargo, la evidencia actual sigue siendo limitada en cuanto a la participación de enfermeras en la investigación sobre

FHA y su impacto en la salud de las atletas. Es fundamental que futuros estudios incluyan a profesionales de enfermería en el diseño e implementación de estrategias de prevención y tratamiento, reforzando su rol en el seguimiento nutricional, el control del equilibrio energético y la educación en salud de las deportistas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sims ST, Kerkick CM, Smith-Ryan AE, Janse de Jonge XAK, Hirsch KR, Arent SM, et al. International society of sports nutrition position stand: nutritional concerns of the female athlete. *J Int Soc Sports Nutr* [Internet]. 2023;20(1). Available from: <https://doi.org/10.1080/15502783.2023.2204066>
2. Cheng J, Santiago KA, Abutalib Z, Temme KE, Hulme A, Goolsby MA, et al. Menstrual Irregularity, Hormonal Contraceptive Use, and Bone Stress Injuries in Collegiate Female Athletes in the United States. *PM R*. 2021;13(11):1207–15.
3. Rudolph SE, Caksa S, Gehman S, Garrahan M, Hughes JM, Tenforde AS, et al. Physical Activity, Menstrual History, and Bone Microarchitecture in Female Athletes with Multiple Bone Stress Injuries. *Med Sci Sports Exerc*. 2021;53(10):2182–9.
4. Hirschberg AL. Female hyperandrogenism and elite sport. *Endocr Connect*. 2020;9(4):81–92.
5. Gibson MES, Fleming N, Zuidwijk C, Dumont T. Where have the periods gone? The evaluation and management of functional hypothalamic amenorrhea. *JCRPE J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2020;12(1):18–27.
6. Hart NH, Newton RU, Tan J, Rantalainen T, Chivers P, Sifarakas A, et al. Biological basis of bone strength: Anatomy, physiology and measurement. *J Musculoskelet Neuronal Interact*. 2020;20(3):347–71.
7. Robert-McComb JJ, Cisneros A. The female athletic triad: Disordered eating, amenorrhea, and osteoporosis. *Med Sci Sport Exerc*. 2014;25(7):177–90.
8. Kalindjian N, Hirof F, Stona AC, Huas C, Godart N. Early detection of eating disorders: a scoping review [Internet]. Vol. 27, *Eating and Weight Disorders*. Springer International Publishing; 2022. 21–68 p. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01164-x>
9. Kretly V, & Mancussi A. Caracterización de la asistencia de enfermería al atleta en el centro olímpico de San Pablo. *Enfer Global*. 2004; 3(1): 1-8
10. Mancin S, Pipitone V, Testori A, Ferrante S, Soekeland F, Sguanci M, & Mazzoleni, B. (2024). Clinical nurse specialists in nutrition: A systematic review of roles and clinical experiences. *Inter nursing rev*. 2024; 71(3), 521-530.
11. Urrutia G, Bonfill X. PRISMA declaration: a proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(11):507–11.
12. Wohlgemuth KJ, Arieta LR, Brewer G., Hoselton AL, Gould LM, Smith-Ryan AE. Sex differences and considerations for female specific nutritional strategies: a narrative review. *J Int Soc Sports Nutr*. 2021;18(1):1–20.
13. Shloul HA, Abumoh'd MF. Ergogenic response to caffeine in resistance performance, perceived pain, and female sex hormones following muscular endurance in strength-trained eumenorrheic females during early follicular phase. *J Hum Sport Exerc*. 2024;19(4):954–64.
14. Li Y, Tan Y, Xia G, Shuai J. Effects of probiotics, prebiotics, and synbiotics on polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2023;63(4):522–38.
15. Notaristefano G, Ponziani FR, Ranalli M, Diterlizzi A, Policriti MA, Stella L, et al. Functional hypothalamic amenorrhea: gut microbiota composition and the effects of exogenous estrogen administration. *Am J Physiol - Endocrinol Metab*. 2024;326(2):E166–77.
16. Męczekalski B, Niwczyk O, Battipaglia C, Troia L, Kostrzak A, Bala G, et al. Neuroendocrine disturbances in women with functional hypothalamic amenorrhea: an update and future directions. *Endocrine*. 2024;84(3):769–85.
17. Tegg NL, Myburgh C, O'Donnell E, Kennedy M, Norris CM. Impact of Secondary Amenorrhea on Cardiovascular Disease Risk in Physically Active Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc*. 2024;13(6):1–15.
18. Smith-Ryan AE, Cabre HE, Eckerson JM, Candow DG. Creatine supplementation in women's health: A lifespan perspective. *Nutrients*. 2021;13(3):1–17.
19. Mancine RP, Gusfa DW, Moshrefi A, Kennedy SF. Prevalence of disordered eating in athletes categorized by emphasis on leanness and activity type - A systematic review. *J Eat Disord*. 2020;8(1):1–9.
20. Petisco-Rodríguez C, Sánchez-Sánchez LC, Fernández-García R, Sánchez-Sánchez J, García-Montes JM. Disordered eating attitudes, anxiety, self-esteem and perfectionism in young athletes and non-athletes. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):1–18.
21. Heather AK, Thorpe H, Ogilvie M, Sims ST, Beable S, Milsom S, et al. Biological and Socio-Cultural Factors Have the Potential to Influence the Health and Performance of Elite Female Athletes: A Cross Sectional Survey of 219 Elite Female Athletes in Aotearoa New Zealand. *Front Sport Act Living*. 2021;3(February):1–9.
22. Sims ST, Kerkick CM, Smith-Ryan AE, Janse de Jonge XA, Hirsch K R, Arent, SM, ... & Antonio J. (2023). International society of sports nutrition position stand: nutritional concerns of the female athlete. *J Int Soc Sports Nutr*, 20(1); 2204066.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Hernández-Domínguez MT, Plaza-Carmona M. Suplementación dietética y amenorrea hipotalámica en mujeres atletas. Una revisión narrativa. *Hygia de Enfermería*. 2025; 42(1): 22-27

Píldoras en investigación enfermera: La pregunta de investigación

Pills on nursing research: The research question

Ana María Moltó Boluda

Enfermera de familia y comunitaria. Miembro del comité de redacción de Hygia.

“Una buena investigación se fundamenta en una buena pregunta”

La pregunta de investigación es el punto de partida esencial en cualquier proceso investigativo, ya que establece el camino a seguir durante todo el estudio. Una pregunta bien formulada es crucial, ya que define claramente el propósito y los objetivos de la investigación. Sin una pregunta precisa, el proceso de investigación puede volverse difuso o incluso ineficaz¹.

La pregunta de investigación no solo inicia el proceso, sino que estructura y da coherencia a todo el trabajo. Sin una pregunta clara, es fácil perderse en los detalles o abordar un tema sin una dirección precisa. Es la base sobre la cual se construye el estudio, y su calidad determinará en gran medida el éxito y la relevancia de los resultados obtenidos.

Debemos tener en cuenta que el rechazo de un proyecto o artículo puede estar relacionado con:

- **Definición** confusa o imprecisa del problema.
- Problema de escasa **relevancia** en el contexto de la salud.
- Falta de **respaldo bibliográfico** adecuado.
- **Objetivos** inexistentes, demasiado generales o ambiguos.
- **Hipótesis** mal planteadas o confusas.

La pregunta de investigación cumple varias funciones clave²

- **Orientación:** Proporciona claridad al estudio, estableciendo un marco definido sobre lo que se desea explorar, responder o comprender. Esto ayuda a centrarse en los aspectos esenciales del problema y evita que la investigación se desvíe hacia áreas no relacionadas.
- **Determinación de variables:** Facilita la identificación de las variables que se analizarán en el estudio. Por ejemplo, en una investigación sobre un tratamiento, la pregunta orientadora definirá la intervención que se evaluará, el resultado esperado y el perfil de los pacientes que serán considerados relevantes.

- **Definición de la metodología:** La pregunta también influye en la elección del diseño y los métodos de investigación más adecuados. Dependiendo de la naturaleza de la pregunta (por ejemplo, si busca establecer causalidad, evaluar una relación o explorar una percepción), se elegirán diferentes enfoques metodológicos.
- **Ruta para la recolección de datos:** Una pregunta bien formulada orienta la búsqueda de evidencia o datos clave. Tener claridad sobre lo que se necesita investigar permite realizar búsquedas más eficientes en bases de datos, seleccionar las fuentes apropiadas y obtener información relevante.

Así mismo la pregunta debe cumplir unas características esenciales³:

- Debe ser **factible:** Evaluando la viabilidad del proyecto de investigación en términos de costes, tiempo y recursos disponibles
- **Concreta:** Debe permitir una respuesta clara y definida.
- **Relevante:** Es la característica más importante. El nivel de relevancia de la pregunta de investigación, junto con los resultados obtenidos, influirá directamente en el impacto de la investigación.
- **Novedosa:** Es crucial verificar que la pregunta no haya sido ya respondida previamente o que, aunque se haya abordado antes, aún haya espacio para contribuir con información inédita sobre el tema.
- **Ética:** Explorando las implicaciones morales y los valores subyacentes en situaciones específicas, con el fin de determinar cuál es la conducta apropiada o responsable.

Hay cuatro áreas principales que abarcan la mayoría de las preguntas clínicas que surgen en la práctica diaria de la enfermería⁴ y que orientaran sobre el tipo de estudio a realizar:

- **Tratamiento:** Se centran en cuál es la mejor intervención terapéutica para manejar una condición o aliviar los síntomas. Pueden incluir tanto tratamientos farmacológicos como no farmacológicos, y estrategias integrales de cuidado.
- **Etiología:** Se enfocan en las causas o factores que contribuyen al desarrollo de una enfermedad o condición. Estas preguntas buscan identificar los factores de riesgo, las causas subyacentes o los mecanismos biológicos involucrados.

- **Diagnóstico:** Tienen como objetivo identificar y entender las condiciones de salud de los pacientes. Su propósito es determinar qué enfermedades o problemas existen, teniendo en cuenta los síntomas, signos y los resultados de las pruebas realizadas. Estas preguntas son fundamentales para garantizar un cuidado adecuado y preciso.
- **Prevención:** Buscan identificar formas de reducir el riesgo de enfermedades o complicaciones en los pacientes, antes de que ocurran. Este tipo de preguntas se refiere tanto a la prevención primaria (para evitar la aparición de enfermedades) como a la prevención secundaria (para detectar enfermedades en etapas tempranas).

Tabla 1. Clasificación de preguntas y tipo de estudios más comunes.

DIAGNÓSTICO
Estudio de cohorte o estudios de validación de pruebas diagnósticas.
PREVENCIÓN
Estudio de cohorte transversal prospectivo.
ETIOLOGÍA
Estudios observacionales (cohorte, caso-control) o estudios de causas y factores de riesgo.
TRATAMIENTO
Meta-análisis o Ensayo Controlado y Aleatorizado.

Fuente: Elaboración propia.

Según su tipología las preguntas pueden ser generales o específicas.

- **Generales:** Estas preguntas se construyen con interrogaciones iniciales como: ¿Qué? ¿Cuál? ¿Cómo? ¿Cuándo? y son comunes al comienzo de nuestra práctica profesional. Algunos ejemplos pueden ser:

¿Qué causa es más frecuente en el dolor crónico en mayores de 65 años?
 ¿Cuál es la prevalencia esperada de infecciones por VPH en las personas adolescentes de nuestra zona de salud?

- **Específicas:** Este tipo de pregunta se enfoca en detalles más concretos y técnicos. Un ejemplo sería:

¿Cómo se compara la terapia física con los medicamentos analgésicos en la reducción del dolor y mejora de la calidad de vida en adultos mayores con dolor crónico?

Con la experiencia clínica, las preguntas se vuelven más específicas, lo que exige una definición más precisa de la información que se necesita.

Se puede transformar una pregunta genérica en una pregunta específica con el método **PICO**, siendo esta, una técnica utilizada para formular preguntas claras y enfocadas que guíen la búsqueda de evidencia relevante⁵.

El modelo PICO es la estructura más conocida y comúnmente utilizada en investigación cuantitativa y de él derivan los modelos PICOT, PICOTT, PICOS, PIPOH, PECORD, PESICO. En el campo de la gestión sanitaria la estructura ECLIPSE se erige para formulación de preguntas relacionadas con la gestión. Y para la búsqueda de evidencias cualitativas se han configurado los modelos SPICE y SPIDER adecuando sus componentes al fenómeno cualitativo⁶.

PICO es un acrónimo que se refiere a los cuatro componentes clave de una pregunta de investigación bien estructurada⁷:

- **P (Paciente o Problema):** Se refiere al tipo de paciente, que puede incluir variables como edad, sexo, estadio de la enfermedad, el entorno en el que se brinda la atención, comorbilidades, entre otros, o el problema de salud específico.

“¿Cómo podría describir un grupo de pacientes similar al mío?”

- **I (Intervención):** Se refiere a la intervención que se va a evaluar, como un factor pronóstico, agente etiológico, prueba diagnóstica o tratamiento.

“¿Cuál es la intervención principal que estoy considerando?”

- **C (Comparación):** Es la alternativa con la que se comparará la intervención en estudio, como un placebo, la ausencia de un factor de riesgo, la no presencia del agente etiológico, o el patrón oro de una prueba diagnóstica.

“¿Cuál es la alternativa de comparación para esta intervención?”

- **Outcomes (Resultados):** Se refiere a lo que se espera lograr como resultado de la intervención, es decir, los resultados clínicos que se desean obtener.

“¿Qué es lo que buscamos modificar o mejorar?”

Evaluar cuidadosamente cada uno de los componentes de la pregunta asegurara el proceso de investigación:

- **Características del paciente o del problema clínico relevantes:** No se trata de realizar una historia clínica completa, sino de identificar y destacar las características clave del paciente o del problema que sean esenciales para enfocar la búsqueda de información. Esto puede incluir aspectos como la edad, comorbilidades o estadio de la enfermedad, entre otros.
- **Enfocar la atención en la intervención principal:** Es importante centrarse en la intervención principal que se desea evaluar, ya sea terapéutica, diagnóstica, preventiva, etc. La

intervención debe ser claramente definida para medir su impacto de manera adecuada, con términos que no sean amplios y se puedan catalogar.

- **Realizar comparaciones con otras intervenciones:** Si se trata de intervenciones terapéuticas, será útil comparar con alternativas disponibles. Sin embargo, no siempre será

posible contar con una intervención de comparación adecuada.

- **Evaluar los resultados de la intervención:** Es fundamental definir qué resultados se esperan de la intervención, como la mejora de la condición del paciente, la reducción de efectos secundarios o cualquier otro indicador clínico relevante

Tabla 2. Utilización del sistema PICO para la elaboración de preguntas.

	DIAGNÓSTICO	PREVENCIÓN	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO
PACIENTE	Pacientes postoperatorios de cirugía abdominal	Mujeres cuidadoras	Personas mayores en instituciones (residencias)	Pacientes con hipertensión arterial
INTERVENCIÓN	Uso de la escala de dolor visual analógica (EVA)	Incorporación de la perspectiva de género en las actuaciones del personal sanitario hacia las cuidadoras.	Restricción prolongada en la movilidad (indicar tiempo)	Uso de un plan de ejercicio supervisado
COMPARACIÓN	Valoración del dolor a través de la observación y comunicación verbal del/la paciente	No incorporación de la perspectiva de género en las actuaciones del personal sanitario hacia las cuidadoras.	Personas mayores que realizan ejercicios de movilidad diarios	Cambio en el estilo de vida sin un programa estructurado de ejercicio
RESULTADOS	Precisión en la identificación de los niveles de dolor y en la toma de decisiones para el manejo adecuado del dolor	Mejorar la calidad de vida en mujeres cuidadoras.	Aparición de trombosis venosa profunda (TVP)	Reducción de la presión arterial
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	¿Es más precisa la escala de dolor visual analógica (EVA) en la identificación de los niveles de dolor que la valoración a través de la observación y la comunicación verbal del/la paciente postoperatorio/a de cirugía abdominal?	¿Incorporar la perspectiva de género en las actuaciones del personal sanitario mejorará la calidad de vida de las cuidadoras?	¿La restricción prolongada en la movilidad (indicar tiempo) aumenta el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda en comparación con las personas mayores que realizan ejercicios de movilidad diarios, en adultos mayores en instituciones residenciales?	¿El uso de un plan de ejercicio supervisado reduce la presión arterial en comparación con cambios en el estilo de vida sin un programa estructurado de ejercicio, en pacientes con hipertensión arterial?

Fuente: Elaboración propia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos Galarza CA. La pregunta de investigación. Av. psicol. [Internet]. 15 de junio de 2016 [citado 18 de febrero de 2025];24(1):23-31. Disponible en: <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/141>
2. Wyatt J. Identificación de la pregunta de investigación y planificación del proyecto. Revista de Medicina de Emergencia [Internet]. 1 de julio de 2002 [consultado el 18 de febrero de 2025];19(4):318–21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1725903/pdf/v019p00318.pdf>
3. Rodríguez L, Seoane T, Martín-Sánchez E, Javier F, M. Sáinz Pardo. Capítulo 1: Formulación de la pregunta de investigación. Semergen: revista española de medicina de familia [Internet]. 2024;(3):149–53. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3745896>
4. Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. Guías del usuario de literatura médica. Profesional de McGraw Hill; 2008.
5. Santos CM da C, Pimenta CA de M, Nobre MRC. La estrategia PICO para la construcción de preguntas de investigación y búsqueda de evidencia. Revista Latino-Americana de Enfermería. 2007 Jun;15(3):508–11.
6. Sánchez-Martín M, Pedreño Plana M, Ponce Gea AI, Navarro-Mateu F. Y, al principio, fue la pregunta de investigación ... Los formatos PICO, PECO, SPIDER y FINER]. ESPIRAL CUADERNOS DEL PROFESORADO. 2023 Mar 23;16(32):126–36.
7. Martínez Díaz JD, Ortega Chacón V, Muñoz Ronda FJ. El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia. Modelos de formulación. Enf Global [Internet]. 30 de junio de 2016 [citado 18 de febrero de 2025];15(3):431-8. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/23922>.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Moltó Boluda AM. Píldoras en investigación enfermera: La pregunta de investigación. Hygia de Enfermería. 2025; 42(1): 28-31

Premio ICOES Mejor Artículo Científico Tercer Trimestre 2024

Dra. Nicia del Rocío Santana Berlanga

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Thriving of Older People Assessment Scale (TOPAS): Transcultural adaptation, psychometric evaluation, and refinement in a Spanish sample

Santana-Berlanga NDR, Romero-Sánchez JM, Botello-Hermosa A, Bergland A, Edvardsson D, Porcel-Gálvez AM. Thriving of Older People Assessment Scale (TOPAS): Transcultural adaptation, psychometric evaluation, and refinement in a Spanish sample. *Geriatr Nurs*. 2024 Sep-Oct;59:431-439.

doi: 10.1016/j.gerinurse.2024.08.004.
Epub 2024 Aug 13. PMID:39141951.

RESEÑA

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que ha generado cambios en los modelos de atención a las personas mayores, incrementando la necesidad de institucionalización en residencias geriátricas. Este proceso ha traído consigo el reto de garantizar la calidad de vida de los residentes en estos entornos, lo que ha impulsado la necesidad de desarrollar y validar herramientas de evaluación adecuadas. En este contexto, Thriving of Older People Assessment Scale (TOPAS) se ha convertido en un instrumento ampliamente utilizado en diversos países para medir la capacidad de adaptación de los residentes a su entorno. Sin embargo, hasta la fecha no existía una versión validada en España.

Este estudio tuvo como objetivo realizar la adaptación transcultural de TOPAS y evaluar sus propiedades psicométricas en una muestra española, asegurando su validez y fiabilidad en la evaluación del bienestar y la adaptación de las personas mayores en residencias geriátricas.

Se desarrolló un estudio en dos fases: la primera consistió en la adaptación transcultural, y la segunda en la validación psicométrica de la escala en una muestra española. La adaptación transcultural incluyó los siguientes pasos: traducción del instrumento, consenso de expertos, retraducción al idioma original y prueba cognitiva con residentes de centros geriátricos. Posteriormente, en la fase de validación psicométrica, se realizó un estudio transversal con 314 participantes seleccionados de distintas residencias del sur de España. Se llevaron a cabo análisis factoriales confirmatorios, pruebas de fiabilidad (Cronbach α) y evaluación de la validez convergente y discriminante del instrumento.

El proceso de refinamiento resultó en una versión abreviada de TOPAS con 16 ítems, manteniendo la estructura de cinco factores originales: Actitud del Residente (RA), Calidad del Cuidado y Cuidadores (QCG), Participación y Relaciones Interpersonales (REPR), Contacto con Personas y Lugares (KTPP) y

Calidad del Entorno Físico (QPE). La fiabilidad del instrumento fue alta (Cronbach $\alpha = 0.91$), y los índices de ajuste confirmaron su validez factorial (CFI = 0.98; TLI = 0.96; RMSEA = 0.06). Además, se demostró validez convergente y discriminante, lo que indica que la escala es capaz de medir de manera efectiva la adaptación de los residentes a su entorno.

Los resultados indican que la versión española abreviada de TOPAS es un instrumento válido y confiable para evaluar la capacidad de adaptación de personas mayores en instituciones dirigidas a esta población. Su implementación en los servicios sociosanitarios españoles permitirá una evaluación continua del bienestar de los residentes, facilitando el diseño de intervenciones personalizadas y la mejora de la calidad del cuidado en estos entornos. La aplicación periódica de la escala contribuirá a la optimización de los planes de atención humanizada y a la toma de decisiones basadas en la evidencia. Además, este estudio sienta las bases para futuras investigaciones sobre la adaptación de TOPAS a otros contextos y poblaciones, ampliando su aplicabilidad.

Premio ICOES Mejor Artículo Científico Cuarto Trimestre 2024

Paola Suárez Reina

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

La confluencia entre la salud espiritual y la salud mental: Una aproximación fenomenológica al estudio de las experiencias de los profesionales de la salud

López-Tarrida AC, Suárez-Reina P, De Diego-Cordero R. The Confluence Between Spiritual and Mental Health: A Phenomenological Approach to the Study of Healthcare Professionals' Experiences. *Healthcare* 2025, 13, 35.

<https://doi.org/10.3390/healthcare13010035>

RESEÑA

Existe una creciente preocupación global por la salud mental y la exploración de diferentes enfoques para su tratamiento, destacando la dimensión espiritual como un aspecto significativo en el abordaje integral y como parte del tratamiento.

La salud mental se considera un componente integral del bienestar emocional, psicológico, espiritual y social. La espiritualidad, inherente al ser humano, juega un papel relevante en la salud mental, influyendo positivamente en la reducción de la ansiedad, el estrés y la depresión. En este sentido es relevante conocer la perspectiva de los profesionales de la salud en unidades de salud mental los cuales son los proveedores del cuidado y parte fundamental en la aplicación de un verdadero cuidado holístico en su ámbito.

El objetivo principal del estudio fue conocer las opiniones, percepciones y comportamientos de los profesionales de la salud mental en relación con la atención a las necesidades espirituales de los pacientes y sus familias. Se buscó entender cómo la espiritualidad influye en la práctica clínica y en el manejo de los problemas de salud mental. Para ello, se realizó una investigación cualitativa multicéntrica con entrevistas a 45 profesionales de unidades de salud mental en centros sanitarios de España y Portugal. Los participantes incluyeron enfermeras, psiquiatras, psicólogos, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y consejeros o agentes de pastoral, personas formadas en acompañamiento espiritual y relación de ayuda. Se utilizó un muestreo por conveniencia y las entrevistas se realizaron en dos periodos distintos.

Los resultados del estudio se agrupan en varias categorías clave. Entre los principales hallazgos se detectaron:

1. Salud Espiritual: Definición y Conocimiento de los profesionales: No existe una definición consensuada entre los participantes. La salud espiritual se asocia con el bienestar, la calidad de vida, los valores y creencias, el significado trascendental y la sensación de conexión. Los profesionales tienen diferentes perspectivas sobre lo que constituye la salud espiritual, pero todos coinciden en que influye positivamente en la salud mental.
2. Influencia de la Espiritualidad en la Práctica Clínica: Barreras y Facilitadores: Las principales barreras para la integración del cuidado espiritual en la práctica clínica incluyen la falta de tiempo, la ausencia de formación específica, la percepción de que la espiritualidad no está relacionada con la práctica clínica y la falta de integración en los protocolos asistenciales. Los facilitadores incluyen la percepción de que la salud mental es un ámbito ideal para trabajar la espiritualidad dado que la comunicación y la escucha son parte fundamental de las terapias.
3. Cuidado Espiritual en el Ámbito de la Salud Mental: La espiritualidad se considera importante en la gestión de problemas de salud mental, proporcionando ayuda y consuelo a los pacientes. Se muestra que los profesionales con una espiritualidad más desarrollada tienden a proporcionar un mejor cuidado espiritual. La atención a la dimensión espiritual puede influir positivamente en la calidad de vida y en el afrontamiento de la enfermedad.
4. Necesidad de Formación en Cuidado Espiritual: la asignatura pendiente: Se destaca la necesidad de una mayor formación en cuidado espiritual para mejorar la calidad del tratamiento en salud mental. Es importante aclarar la confusión terminológica entre religión y espiritualidad para una mejor comprensión del tema. La formación específica en cuidado espiritual es fundamental para mejorar la atención en unidades de salud mental.

Como conclusiones, el estudio revela una falta de consenso sobre la definición de salud espiritual, pero todos los participantes coinciden en que abordar la dimensión espiritual influye positivamente en el afrontamiento de los problemas de salud mental. La formación específica en cuidado espiritual es fundamental para mejorar la atención en unidades de salud mental. La presencia de consejeros o agentes de pastoral en los entornos de salud promueve una mayor consideración de la dimensión espiritual en la práctica clínica.

Los profesionales consideran esencial tener en cuenta la espiritualidad en la atención clínica en unidades de salud mental, aunque la falta de tiempo, formación y el modelo biomédico son las principales limitaciones. Se necesita más investigación para definir mejor la espiritualidad en el entorno clínico y mejorar la formación en este ámbito. La experiencia de los profesionales con esta investigación ha aumentado su conciencia sobre la importancia del cuidado espiritual en la práctica clínica.

En relación con las implicaciones para la práctica clínica, este estudio proporciona una visión profunda sobre la importancia de integrar la dimensión espiritual en el cuidado de la salud mental. Destaca la necesidad de formación específica y la sensibilización de los profesionales para abordar adecuadamente las necesidades espirituales de los pacientes. La investigación sugiere que una mayor atención a la espiritualidad puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes y el manejo de sus problemas de salud mental.

PALABRAS CLAVE

salud mental, cuidado espiritual, necesidades espirituales, espiritualidad, religiosidad, profesionales de la salud, enfermedad mental

Hijos de una enfermera

Viernes, 4 de abril de 2025

Javier Camacho Uceda

Hace ya muchos años que mamá salió de un lugar de La Mancha para venir a Sevilla. Contaba con apenas 18 años cuando dejó allí un adiós de papel para ser enfermera. En su cabeza tal vez resonaba aquella pregunta que se hacía Serrat: “¿Qué va a ser de ti lejos de casa?”

Pasados todos estos años puede ser fácil responder a esta pregunta. Nosotros, como hijos de aquella enfermera lo podemos resumir en que todo fue bien, muy bien.

Aquí conoció a papá. Un hombre maravilloso con miedo a las agujas. Cada día él la esperaba paciente a que saliera de clase, hasta tal punto que le convalidaron la carrera en la cafetería más cercana a la Cruz Roja. Qué bendición tan grande cuando dos personas buenas coinciden, se eligen y permanecen.

Todas las personas que hoy me escuchan tienen muy claro lo que son y lo que hacen cada día en el hospital, pero tal vez no sepan lo que es ser hijos de una enfermera.

Cuando eres hijo de una enfermera tu boca se llena de orgullo cuando hablas de tu madre. Entiendes desde bien pequeño cosas que no saben otros niños. Sabes pasar las tardes sin hacer mucho ruido porque puedes despertar a mamá, que tuvo un duro turno. Comprendes que a veces tu cumpleaños, Navidad o incluso los Reyes Magos deben esperar un poco más, porque en ese preciso momento hay alguien que la necesita más que tú.

Cuando eres hijo de una enfermera la escuchas hablar por teléfono desde el sofá de casa con alguna compañera para ver cómo han pasado la noche los enfermos. Aprendes a colarte en el Virgen del Rocío por el semisótano y llegar a la 1ª Norte e incluso comprendes palabras que están lejos de tu vocabulario infantil: como trasplante, nefro, diálisis peritoneal, rechazo o choque. A veces, incluso ella sabe que no estás tan malo como para no ir al colegio. No puedes engañarla, pero te hace sentir como si nada malo pudiera pasarte. Si ella está, todo está bien.

Cuando eres hijo de una enfermera escuchas desde la cama la llamada de papá a mamá, preguntándole cómo se presenta la noche y despidiéndose siempre con un beso y la misma frase: “que te sea leve.”

Después de toda una vida dedicada en cuerpo y alma a ayudar a los demás, nosotros, como hijos de aquella enfermera sólo podemos darle las gracias y decirle lo profundamente orgullosos que nos sentimos de ella. Porque ha hecho de su vocación su vida, y estamos convencidos de que esa dedicación se ha visto reflejada en la mirada de cada paciente que la haya visto entrar por la puerta de su habitación.

Algunas de las personas que hoy me escuchan están salientes de su turno, a otras en cambio les toca hacer noche cuando salgan de aquí. Sólo podemos daros las gracias por todo lo que hacéis y por todo lo que tendréis que seguir haciendo por sanar a los demás. Tenéis nuestra admiración, nuestro aplauso y como hijos de una enfermera os decimos lo siguiente: que os sea leve.

Mamá, ¿qué va a ser de ti ahora que estás en casa? La respuesta a esta pregunta es sencilla: seguir siendo la mejor madre del mundo. Feliz cumpleaños, te queremos.

JORNADAS ACTUALIZACIÓN VACUNAS

PROGRAMA

MESA INAUGURAL

VÍCTOR BOHÓRQUEZ SÁNCHEZ

Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

MANUEL FERNÁNDEZ ZURBARÁN

Director General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

MIGUEL ÁNGEL ALCÁNTARA GONZÁLEZ PRESENTADOR

Enfermero. Vocal Junta Directiva de la Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas (ANENVAC)

MESA

Vacunaciones e inmunizaciones a todas las edades. Andalucía 2025

MONTSE TRASVERSO MARTÍN

Enfermera Pediátrica referente de vacunas. Centro de Salud San Hilario Dos Hermanas (Sevilla)

NIEVES MORENO MIRANDA

Enfermera Ebap UGC Palos de la Frontera Distrito Condado Huelva Especialista Enfermera Familiar y Comunitaria. Responsable Vacunas adultos

MANUEL JORGE ROMERO MARTÍNEZ

Enfermera matrona

MARTA BERNAL SÁNCHEZ-ARJONA MODERADORA

Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria Servicio de Prevención de la DG de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica Consejería de Salud y Consumo de Andalucía

MESA

Inteligencia Artificial y vacunas. Investigación y vacunas

ANTONIO CERVERA BARAJAS

PhD. Enfermero. Unidad de Calidad HUVR. Profesor Asociado Clínico Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla

JOSÉ EFRÉN RAMOS CALERO

Enfermero. Técnico del Servicio de Vigilancia y Salud Laboral Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica Consejería de Salud y Consumo

JOSÉ MARÍA PONCE GONZÁLEZ MODERADOR

Enfermero de cupo pediátrico. Responsable de Vacunas Centro Salud Santa Ana

colegioenfermeriasevilla.com



MARTES 20 MAYO
16:00H

SEDE ICOES

INSCRIPCIÓN
VENTANILLA ÚNICA ICOES

JORNADAS ACTUALIZACIÓN VACUNAS

PROGRAMA

DESCANSO

MESA

Mejorar las coberturas vacunales. Vacunación escolar

INMACULADA GASCÓ FERNÁNDEZ
Estrategia de aumento de coberturas

AUXILIADORA ANAYA ESCALONILLA
Experiencia en la Enfermería escolar
Enfermera especialista en Pediatría. Enfermera referente de centros educativos del Cerro del Águila. Distrito Sevilla

EVA MARÍA ALMÁN RUIZ MODERADORA
Enfermera de Atención Primaria y Coordinadora grupo de vacunas de ASANEC

MESA

¿Qué podemos hacer para garantizar la seguridad, la sostenibilidad y minimizar la huella ambiental en vacunaciones?

MARTA GARCÍA FLORES
Responsable de franquicia. Sanofi Vacunas España

LLUIS RIERA SANS
Responsable Médico de la división de Vacunas de HIPRA Human Health

AGOSTINO TRANI
Responsable Operaciones Comerciales CSL Seqirus España

CELIA FERNÁNDEZ
Directora General de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Salud

JUAN ALFONSO MARTÍN QUINTERO MODERADOR
Enfermero pediátrico en el Hospital Infantil (HVR) y Coordinador Enfermería Grupo Instituto Hispalense de Pediatría. Junta directiva ANENVAC

COMITÉ DIRECTOR

JOSÉ MARÍA PONCE
MIGUEL ÁNGEL ALCÁNTARA
MARTA BERNAL

EVA MARÍA ALMÁN
JUAN ALFONSO MARTÍN
VÍCTOR BOHÓRQUEZ



colegioenfermeriasevilla.com

NORMATIVA DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS PARA SU PUBLICACIÓN EN LA REVISTA HYGIA

La revista **Hygia de Enfermería** considerará para su publicación los trabajos que tengan interés por los conocimientos e informaciones específicos de ciencias de la salud y que contribuyan al desarrollo y mejor definición de la enfermería en cualquiera de sus actividades. La revista actualmente está incluida en CUIDEN, DIALNET y ENFISPO.

NORMAS

1. Los trabajos que se proponen para su publicación en Hygia de Enfermería deben ser originales, inéditos y no aceptados ni enviados simultáneamente para su consideración en otras revistas. Si ha sido publicado en el resumen del libro oficial de un congreso o evento similar como completo, no se consideran inéditos.
2. Los autores deben indicar si han recibido financiación e indicar el organismo, la institución o empresa que haya financiado.
3. Todos los trabajos que se envíen deben indicar si existen posibles conflictos de intereses en alguna de las personas firmantes.
4. Al menos, uno de los autores deberá ser profesional de enfermería colegiado. No se aceptarán más de seis autores por trabajo, excepto si viene justificada su autoría y aportación personal de cada uno de ellos.
5. Los autores deben obtener autorización previa para: Presentar datos o figuras íntegras o modificadas que ya hayan sido publicadas. Publicar fotografías que permitan la identificación de personas. Mencionar a las personas o entidades que figuren en los agradecimientos.
6. Los autores renuncian tácitamente a los derechos de publicación, de manera que los trabajos aceptados pasan a ser propiedad de la revista Hygia de Enfermería. Para la reproducción total o parcial del texto, tablas o figuras, es imprescindible solicitar autorización del Comité Editorial y obligatorio citar su procedencia.
7. El Comité Editorial realiza una evaluación preliminar de los trabajos recibidos. Los manuscritos que superan esta selección inicial son sometidos a una evaluación por pares (peer review).
8. El Comité Editorial de la revista Hygia de Enfermería propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del correspondiente manuscrito. En estos casos, los autores deberán remitir el manuscrito con las modificaciones propuestas en un plazo no superior a tres meses; en caso contrario, el trabajo quedará descartado.
9. Los autores deben aceptar todas las normas de la revista Hygia de Enfermería. Cuando el artículo cumpla la normativa exigida para su publicación, el Comité Editorial comunicará y certificará a los autores la aceptación del mismo.
10. El Comité Editorial de la revista Hygia de Enfermería no asume responsabilidades derivadas de las afirmaciones realizadas en los trabajos, ni el falseamiento o incumplimiento de las presentes normas.

TIPOS DE TRABAJOS PUBLICABLES

Se pueden proponer los siguientes tipos de manuscritos:

- **Editoriales:** Reflexiones breves en las que se manifiesten opiniones o comentarios fundamentados, que aborden temáticas relacionadas con los cuidados o con ciencias de la salud en general, de interés para la enfermería y que contribuyan al desarrollo del conocimiento enfermero. Los editoriales estarán habitualmente elaborados por artículos encargados por el consejo de redacción de Hygia.
- **Artículos originales:** Trabajos de investigación realizados con metodología cuantitativa, cualitativa o mixta relacionados con cualquier conocimiento de la Enfermería. Que proporcione información suficiente para permitir una valoración crítica.
- **Casos clínicos:** En este apartado se publicarán trabajos descriptivos, de uno o varios casos, de interés por su escasa frecuencia o por su aportación al conocimiento de la práctica enfermera. Esta sección permite que a los profesionales de la práctica clínica la descripción de uno o varios casos que presentan un problema determinado, mostrando aspectos nuevos o instructivos que contribuyan al aumento del conocimiento de la enfermería.
- **Revisiones:** Dentro de la sección se incluyen los siguientes tipos de artículos: Artículos de revisión de la literatura de publicaciones anteriores y actualización del conocimiento en un ámbito específico en forma de resúmenes de evidencia (revisiones sistemáticas, narrativas, integradoras, scoping review). Para fundamentar este tipo de trabajo es necesario que se utilicen fuentes propias de enfermería (las bases de datos de enfermería CINHAL Y CUIDEN incorporan en torno al 80% de la producción enfermera a nivel mundial), además de las generales tipo Pubmed, Scielo, Scopus, etc.
- **Artículos especiales:** Serán elaborados a petición del equipo de redacción, de temática variable entre los que destacan el abordaje de temas relacionados con la metodología de la investigación, investigaciones históricas del campo de la enfermería, etc. El equipo editorial está abierto a recibir solicitudes sobre la temática a publicar en este apartado por parte de los lectores, siempre que sean de relevancia y actualice el conocimiento científico en un aspecto novedoso de la investigación.
- **Cartas al director:** En ellas se pueden llevar a cabo observaciones científicas y análisis críticos en relación

a los manuscritos publicados. Es la sección para un intercambio de opiniones entre los lectores, autores y equipo editorial de la revista. La extensión máxima será de 700 palabras y un máximo de 5 referencias bibliográficas.

PREPARACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas disponible en: <http://www.icmje.org>, y encontrándose traducida al castellano en: <https://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/>. Se recomienda a los autores que lo revisen con consultas y lecturas antes del envío o presentación de los manuscritos.

El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de textos y Excel o PowerPoint cuando se trate de tablas, cuadros y gráficos. En el texto, la presentación será con interlineado sencillo en todas sus secciones, páginas numeradas en la parte inferior, un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm. En su caso, las imágenes digitales han de ser adjuntadas aparte y tener una resolución de 300 dpi, tamaño de 10 x 15 cm y formato jpg. Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto.

Las abreviaturas en la primera ocasión que se utilicen deben ir precedidas por el término sin abreviar, a menos que sea una unidad de medida estándar y, a ser posible, emplear abreviaturas utilizadas internacionalmente. Evitando su uso en el título y resumen.

El texto del manuscrito, sin incluir la bibliografía, deberá ajustarse a la extensión máxima a que se hace referencia en cada tipo de manuscrito. Las tablas, cuadros y gráficos también se enviarán en un fichero aparte del texto, debiendo estar numeradas y clasificadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda. Procesadas mediante formato Word.

Los manuscritos serán enviados al correo electrónico: hygia@coees.es

PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Se debe aportar los siguientes documentos en archivos independientes: carta de presentación, cuerpo del manuscrito anonimizado (sin el nombre de los autores) y gráficos, tablas o imágenes si las hubiese.

1. CARTA DE PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

- Título del trabajo en minúsculas (en castellano y en inglés) que no debe exceder de 15 palabras.
- Nombre y (en cursiva) dos apellidos de cada uno de los autores.
- Filiación institucional (nombre completo del centro de trabajo y dirección completa).
- En su caso, centro donde se ha realizado el trabajo.
- Nombre, correo electrónico y teléfono del autor/a responsable de la correspondencia.
- Declarar en su caso la financiación o no del trabajo.
- Manifiestar si ha sido presentado en algún evento científico.
- Indicar la existencia o no, de conflicto de intereses.
- Agradecimientos, si procede.

2. CUERPO DEL MANUSCRITO

En un archivo independiente con el título del trabajo y sin los nombres de los autores, con el fin de garantizar el doble ciego por parte de los revisores, se presentará el manuscrito que debe llevar los siguientes apartados:

1. Resumen y palabras clave

Deberá incluirse el resumen y las palabras clave en castellano e inglés.

Resumen

Su extensión aproximada será de 250 palabras. Se caracterizará por: poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo. Desarrollar los puntos esenciales del artículo en términos concretos. Estará ordenado observando el esquema general del artículo en miniatura, y no podrá incluir información no citados en el texto.

Palabras clave

Debajo del resumen se especificarán de tres a diez palabras clave para referencia cruzada de los centros de datos. Deben ser términos incluidos en la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), conocida en inglés como Medical Subject Heading (MeSH).

II. Texto

Será presentado en castellano, paginado (parte inferior) y se ordenará en apartados según el tipo de estudio.

ORIGINALES

En los trabajos de investigación cuantitativa se debe ordenar mediante: Introducción, Metodología, Resultados y Discusión (IMRYD). La extensión máxima será de 3500 palabras. En los originales de metodología cualitativa si el trabajo lo precisa se puede ampliar su extensión hasta los 25500 caracteres.

Introducción

Será breve y planteará el estado de la situación, debe describir el problema de estudio y sus antecedentes, y argumentarse con referencias bibliográficas actualizadas. Y se establecerá claramente el objetivo del artículo.

Metodología

Se señalarán los sujetos, métodos y procedimientos utilizados; materiales y equipos empleados, y el tiempo del estudio. Cuando sea necesario se señalará el tratamiento estadístico empleado y las razones de su elección.

Resultados

Describirá los datos recogidos y los hechos observados de una manera concisa, objetiva y sin interpretar. Guardando una secuencia lógica en el texto y destacando las observaciones más relevantes.

Discusión

Se interpretará y explicará razonadamente el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones futuras. Si procede se hará comparación con otros estudios similares. Se destacará los aspectos más novedosos y relevantes del trabajo.

Conclusiones

Tratará estar relacionada con los objetivos del trabajo. Evitando realizar afirmaciones no respaldadas por los datos disponibles. Cuando sea posible debería hacer referencia a las implicaciones en el desarrollo científico y profesional de la Enfermería.

CASOS CLÍNICOS

Su extensión no superará las 10.100 caracteres con espacios. Se admitirán hasta un máximo de 2 tablas y/o figuras. Este tipo de diseño debe llevar los siguientes apartados: Introducción, presentación del caso y Discusión/implicaciones para la práctica. El apartado presentación del caso incluirá brevemente la recogida de datos, las pruebas diagnósticas realizadas y el diagnóstico clínico, detallando en qué ámbito de salud se llevarán a cabo los cuidados. Tras esta breve descripción se expondrá la secuencia del plan de cuidados desarrollado de acuerdo al siguiente esquema:

1. Valoración general y diagnóstica

Es recomendable reseñar los Diagnósticos de Enfermería, Problemas de colaboración, según la taxonomía de la NANDA, empleando alguna forma sistemática de valoración dentro de un marco teórico de cuidados enfermeros.

2. Planificación y Ejecución de los cuidados

Según la fórmula de Resultados esperados e Intervenciones según las taxonomías NOC y NIC.

3. Evaluación de los resultados/seguimiento

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS DE ENFERMERÍA

La estructura será: Introducción, Método, Resultados y Conclusiones, en función de los niveles de evidencia y los hallazgos encontrados. La extensión máxima será de 3500 palabras. Se admitirán hasta un máximo de 2 tablas y/o figuras, en este tipo de diseño es recomendable que entre las tablas se incluya un flujograma y una tabla resumen con los artículos seleccionados. Los apartados para este formato son las siguientes:

Introducción

Breve presentación del tema a estudiar que debe incluir el objetivo que se pretende alcanzar con el problema a investigar.

Metodología

Utilización de descriptores y estrategia de búsqueda reproducible y criterios de inclusión y exclusión. Tipos de fuentes consultadas. Se puede incluir una evaluación metodológica, si ha llevado a cabo.

Resultados

Respondiendo a los objetivos fijados, debe contener la descripción de los resultados encontrados en el proceso de selección de los artículos, clasificación y síntesis de los estudios encontrados y sus grados de recomendación.

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los niveles y grados de evidencia establecidos por el instituto Joanna Briggs en 2014 (<http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Grades-of-Recommendation>): Grado A o fuerte; Grado B o débil para una determinada estrategia de cuidados.

Conclusiones

Se finalizará con las conclusiones y las recomendaciones en función de los grados de recomendación encontrados, así como a las implicaciones que tiene para la práctica clínica o enfermera.

En este apartado si los autores lo estiman conveniente se pueden exponer las opiniones y reflexiones de éstos derivadas de los hallazgos y las posibles limitaciones.

III. Agradecimientos

Deberán dirigirse a las instituciones, organizaciones y personas, si las hubiera, que han contribuido de forma significativa en la realización del estudio. Los autores tienen la responsabilidad de obtener los correspondientes permisos en su caso.

IV. Bibliografía

Las citas bibliográficas se numerarán consecutivamente en el orden de aparición por primera vez en el texto. Para la anotación de las citas en el texto se usará la numeración mediante superíndice. Las referencias bibliográficas de artículos de revista, libros, protocolos, leyes u otro material publicado o en soporte electrónico deben realizarse siguiendo las normas de Vancouver, disponible en las recomendaciones

del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, mencionadas anteriormente.

EJEMPLOS

Artículos de revistas

- **Autor/es Personal/es:**
Velazquez V, Pernía M, Moya MA, Mejías MC. Inyección umbilical como alternativa válida al alumbramiento manual, para el manejo de la placenta retenida. *Hygia de Enfermería* 2021; 106 (38): 5-10.
- **Con seis o más autores (citar los cuatro primeros y añadir et al.)**
- **Autor Corporativo:**
Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS, ATESA 2011/10.

Libros y otras monografías

- **Libro completo:**
Galarreta S, Martín C. *Enfermería. Técnicas y Procedimientos de Enfermería*. Madrid: Panamericana; 2018.
- **Capítulos de libros:**
Forcada JA, Bayas JM, Velasco C. Generalidades sobre las vacunas. En: Álvarez MJ, Velasco C, coordinadores. Asociación Española de Vacunología. Vacuna a Vacuna. 3ª ed. Zaragoza: Amazing Books; 2018. p. 51-87.

Artículo en Internet

- **En edición electrónica, indique url y fecha de acceso, o bien solo el Doi.**
Raquel Pelayo A, Cuadrado Mantecón MA, Martínez Álvarez P, Rojo Tordable M, Ibarguren Rodríguez E, Reyero López M. Heparinización directa del paciente frente a heparinización del circuito extracorpóreo en hemodilísis: estudio comparativo. *Enferm Nefrol*. 2015; 18(1): 48-52. Disponible en: http://scielo.iecili.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000100007. [Acceso 31/05/2019].

3. FIGURAS Y TABLAS

Figuras y Tablas: Deben ser citadas en el texto del artículo en el lugar donde el/la autor/a deseen que estén ubicadas, se numerarán de forma correlativa con números arábigos y según el orden y lugar de aparición en el texto. Para un mejor procesamiento gráfico, se enviarán en un archivo de excel o en formato de texto editable y no en archivo de imagen. Esto permite un buen procesado de maquetación. Deben servir de complemento al texto y no de repetición.

Se entienden por figuras: fotografías de una resolución necesaria y en archivo de imagen como jpg, eps, etc. También gráficas, cuadros, fotos de valoraciones, esquemas, etc. o cualquier tipo de ilustración que no sea una Tabla. Deben presentarse igualmente en archivos editables, no de imágenes, independientes del texto del manuscrito.

Las Tablas llevarán el título en la parte superior y con nota a pie, necesaria para su mejor comprensión. Las Figuras llevarán el título en la parte baja de la misma. Las reproducidas de otras fuentes deben llevar la referencia del autor original.

UNIFORMIDAD DE LAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

Con la finalidad de garantizar una uniformidad tanto en la redacción, contenido, apartados, etc. en la elaboración de los manuscritos, desde este consejo de redacción recomendamos a los autores revisar los correspondientes tipos de diseño en EQUATOR NETWORK en el link <https://www.equator-network.org/>

Existen documentos tanto en castellano como en inglés que permiten una verificación de homogeneidad tipo checklist como CONSORT (ensayos clínicos), PRISMA (revisiones sistemáticas), STROBE (estudios observacionales), CARE (casos clínicos), etc. para cada tipo de diseño.

ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN CIENTÍFICA

Estudios con personas

Si el trabajo descrito conlleva la participación de personas, el autor debe cumplir todos los requisitos que se establecen en el código ético de la OMS (Declaración de Helsinki) sobre experimentos con humanos. El manuscrito deberá seguir las recomendaciones para la realización, registro, edición y publicación de trabajos científicos en revistas biomédicas, del ICJME y aspirar a la inclusión de poblaciones humanas representativas en cuanto a sexo, edad y procedencia étnica, según aconsejan dichas recomendaciones. El autor debe declarar en el manuscrito que cuenta con el consentimiento informado de todos los sujetos estudiados. En todo momento debe respetarse el derecho a la privacidad tal como se recoge en el código ético. No pueden aparecer datos relativos a los sujetos de estudio ni imágenes que puedan identificarlos.

Consentimiento informado y datos de los pacientes

Los estudios realizados con personas requieren la aprobación del comité ético y el consentimiento informado, que deberá constar en el artículo. El autor deberá conservar los consentimientos por escrito. No es necesario que envíe las copias. Solamente si la revista lo solicita específicamente en caso de circunstancias excepcionales (por ejemplo, en caso de un problema legal), tendrá que facilitar copias de estos o las pruebas de que se han obtenido dichos consentimientos.

Jornada conmemorativa por el Día de la **Matrona**

Matronas más allá de lo paritorios. Cuidando la salud integral de las mujeres

SEDE ICOES
29 MAYO

INSCRIPCIÓN
VENTANILLA ÚNICA ICOES

Asociación
Andaluza
de
Matronas
Ceuta y Melilla



www://colegioenfermeriasevilla.es

Síguenos en:



40° CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA

'Ciudad de Sevilla'

32° PREMIO 'San Juan de Dios'

29 ABR / 19:30 H
CASINO DE LA
EXPOSICION [SEVILLA]

 ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERÍA DE SEVILLA



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



CONSEJO ANDALUZ
DE COLEGIOS DE ENFERMERÍA



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERÍA DE SEVILLA