

VOLUMEN

42

TOMO

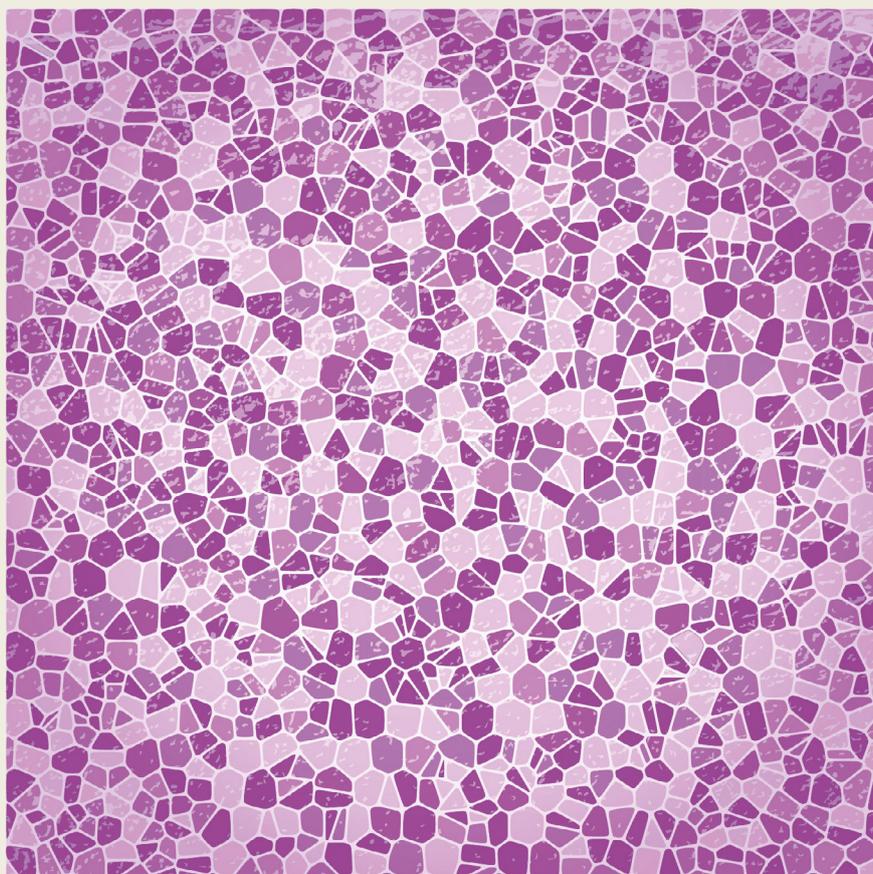
2

Revista científica del Colegio de Enfermería de Sevilla

ISSN: 1576/3056

Mayo/agosto 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



EDITA

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

Jorge Romero Martínez

CONSEJO DE REDACCIÓN

Coordinadora editorial

Mercedes Terrero Varilla

Ana María Moltó Boluda

Comité editorial

Ana Magdalena Vargas Martínez

Marta Lima Serrano

Raquel Martín Martín

Rocío Romero Serrano

Rocío Cordero Rodríguez

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Jesús Fernández López

TIRADA

1.500 ejemplares

ISSN

1576/3056

DEPÓSITO LEGAL

SE-470-1987

SOPORTE VÁLIDO

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad
y Consumo con referencia S.V. 88032 R.

REDACCIÓN

Avda. Ramón y Cajal, 20

Tel.: 954 933 800

Fax: 954 933 803

Sitio web: www.colegioenfermeriasevilla.es

Correo electrónico: colegio@icoes.es

ENVÍO DE ARTÍCULOS

hygia@icoes.es

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Juan José Sánchez

FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERÍA DE SEVILLA

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida total o parcialmente por medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones, tratamiento informático o cualquier otro, sin permiso por escrito de la editorial.

La revista HYGIA no se hace responsable necesariamente del contenido de los artículos publicados, correspondiendo dicha responsabilidad a los autores de los mismos.

La revista Hygia de Enfermería está incluida en las bases de datos CUIDEN, DIALNET y ENFISPO.

EDITORIAL

44 De COorporativismo, COoperación y otras COsas

Ana María Moltó Boluda

ORIGINALES / ORIGINALS

46 Análisis del sueño en los profesionales enfermeros en la unidad de coronarias

Analysis of sleep-in shift nurses in the cardiology critical care unit

Carmen Juan García, María Plaza Carmona, Leticia Martínez González, Sara Lozano Fernández

CASOS CLÍNICOS / CLINICAL CASES

55 Neuromodulación sacra en incontinencia fecal crónica: cuidados enfermeros y seguimiento. Caso clínico

Sacral neuromodulation in chronic fecal incontinence: nursing care and follow-up. Clinical case.

María Socorro Riveiro García, María Teresa Alonso Álvarez, Álvaro Paz Movilla y María del Carmen Borrajo Fernández

REVISIONES / REVIEWS

60 Abordaje de la enfermería en la prevención secundaria del paciente con ictus: Revisión bibliográfica

Nurse's approach in the secondary prevention of stroke patients: Literature review

Antonio de la Torre Romero

ARTÍCULOS ESPECIALES / SPECIAL ARTICLES

76 Experiencias de las matronas en el acompañamiento a familias en duelo perinatal: revisión de la literatura

Midwives' experiences in assisting families in perinatal bereavement: a review of the literature

Alba Vargas Crespo, Lourdes Márquez Suárez, Dolores Pont Vázquez

82 Píldoras en investigación: Enfermería asistida por inteligencia artificial

Pills on nursing research: Nursing assisted by artificial intelligence

Jorge Romero Martínez

85 Premio ICOES Mejor Artículo Científico Primer Trimestre 2025

Rafael Jesús Fernández Castillo

De COorporativismo, COoperación y otras COsas

Ana María Moltó Boluda

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

El sistema sanitario es uno de los pilares fundamentales de cualquier sociedad, y su organización y funcionamiento tienen un impacto directo en la calidad de vida de las personas. Del mismo modo, la forma en que se organizan, la disposición y el respaldo de sus diversos actores juegan un papel crucial en el bienestar y el progreso de cada colectivo que lo conforman.

Según el diccionario de la lengua española podríamos definir el corporativismo dentro de un grupo o sector profesional, como la actitud de defensa a ultranza de la solidaridad interna y los intereses de sus miembros¹. Esto implica un comportamiento defensivo y cerrado por parte de un grupo profesional, que se prioriza sobre el interés general, incluso a costa de la efectividad o la eficiencia.

Un claro ejemplo de esto lo podemos encontrar dentro del colectivo de los profesionales de la medicina. El corporativismo médico ha defendido históricamente su autonomía profesional, buscando tomar decisiones independientes sin interferencias externas o de otros profesionales, como una defensa frente a sistemas de salud que intentan regular más las prácticas médicas o involucrar a otros en las decisiones clínicas². Esto refuerza su necesidad de protección como grupo, utilizando este corporativismo para asegurar y mejorar los intereses económicos y laborales de este colectivo.

En contraposición podemos fijarnos en cómo el colectivo de los profesionales de la enfermería se encuentra instalado en el conformismo. Refiriéndonos por conformismo a una actitud o comportamiento en el que los profesionales de enfermería adoptan una postura pasiva frente a las condiciones de trabajo, las prácticas establecidas o las estructuras organizacionales, sin cuestionarlas o intentar mejorar lo que podría no estar funcionando adecuadamente. Este conformismo puede manifestarse en varios aspectos de la práctica profesional, desde la aceptación de condiciones laborales insatisfactorias hasta la falta de iniciativa para participar en la toma de decisiones, proponer cambios o mejorar los estándares de cuidado.

Esta pasividad, al igual que en cualquier otra profesión, puede ser el resultado de una serie de factores históricos, sociales y estructurales que influyen en cómo los profesionales perciben

y ejercen su labor³. A pesar de la gran importancia del rol de las enfermeras en el sistema de salud, el conformismo en este sector se puede entender por varios factores:

- Históricamente las enfermeras han sido vistas como figuras de apoyo y cuidado, más que como profesionales que poseen un conocimiento profundo y especializado en la atención de salud. Los estereotipos que asocian la enfermería con roles de cuidado maternal o de "tareas subalternas" también han contribuido a una menor percepción de su importancia dentro del equipo sanitario, lo cual puede ser interiorizado por las propias enfermeras⁴.
- En las sobrecargas de trabajo, el conformismo puede convertirse en una forma de lidiar con el agotamiento. El estrés crónico y la falta de recursos pueden hacer que algunas enfermeras se conformen con lo que se les asigna, simplemente para poder manejar la carga laboral, sin la energía o el tiempo para cuestionar procesos o proponer mejoras.
- La enfermería no siempre recibe el reconocimiento y el respeto que merece, lo que contribuye a una mentalidad de conformidad. La falta de visibilidad de los logros y contribuciones de la enfermería en la atención sanitaria puede hacer que las enfermeras se sientan menos motivadas para desafiar el statu quo.
- La falta de motivación para avanzar puede estar ligada a la sensación de que no existe un camino claro hacia el desarrollo profesional dentro de la enfermería. En lugar de desafiar las barreras, algunas enfermeras pueden adaptarse a la situación y conformarse con el nivel de desarrollo y responsabilidad en el que se encuentran.
- El conformismo también puede surgir debido a la inercia profesional, donde nos acostumbramos a hacer las cosas de la misma manera, incluso si no son las mejores prácticas. El miedo al cambio, a lo desconocido puede generar que las enfermeras eviten cuestionar el sistema o proponer nuevas soluciones.

Para reducir el conformismo en enfermería hace falta promover una cultura profesional activa, comprometida y en constante evolución. Promover la educación continua, incentivar la participación de las enfermeras en la toma de decisiones clínicas y



organizacionales, mejorar las condiciones laborales para reducir el agotamiento y la sobrecarga, siendo fundamental que las instituciones de salud reconozcan la valía de las enfermeras y apoyen su desarrollo profesional.

En contraste con el corporativismo y el conformismo, la cooperación es una de las bases fundamentales para una atención sanitaria de calidad. La cooperación en sanidad hace referencia al trabajo conjunto y colaborativo entre diversos profesionales de la salud, organizaciones y sistemas sanitarios, con el fin de lograr un objetivo común: proporcionar un cuidado de calidad y mejorar la salud de los pacientes. La cooperación se manifiesta en la interacción y coordinación entre los diferentes actores

involucrados en la atención sanitaria, como profesionales de la enfermería, profesionales de la medicina, personal técnico, personal administrativo, entre otros. Esta colaboración puede ser tanto dentro de una misma institución de salud como entre diferentes instituciones y niveles del sistema de salud.

Es importante tener presente que, para alcanzar la autonomía, el reconocimiento y el empoderamiento de las enfermeras hace falta MÁS CORPORATIVISMO. Este corporativismo permitirá, entre otras cosas, defender nuestros derechos laborales, mejorar las condiciones de trabajo y alcanzar una adecuada remuneración. Y del mismo modo, tener en cuenta, que para nuestra práctica diaria hace falta MÁS COOPERACIÓN.

BIBLIOGRAFÍA

1. ASALE R, RAE. Diccionario de la lengua española RAE - ASALE [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. 2025. Disponible desde: <https://dle.rae.es/corporativismo>
2. Borges H, Abrão N, Almeida CR. Os princípios do cooperativismo médico. HU rev [Internet]. 2025 [citado 5 Mar 2025];490–4. Disponible desde: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-798367>
3. Celma Vicente M. Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras. Dialnet [Internet]. 2025 [citado 5 Mar 2025]; Disponible desde: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=70246>
4. Rutz Porto A, Buss Thofehn M. El empoderamiento político de los enfermeros en la práctica hospitalaria. Index de enfermería/ Index de enfermería digital [Internet]. 2015 [citado 5 Mar 2025];24(1-2):20–4. Disponible desde: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100005

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Moltó Boluda AM. De COrporativismo, COoperación y otras COsas. Hygia de Enfermería. 2025; 42(2): 44-45

Análisis del sueño en los profesionales enfermeros en la unidad de coronarias

Analysis of sleep-in shift nurses in the cardiology critical care unit

Carmen Juan García, María Plaza Carmona, Leticia Martínez González, Sara Lozano Fernández

Complejo Asistencial Universitario de León (España)

RESUMEN

Introducción: el trabajo a turnos está relacionado con el desarrollo de alteraciones fisiológicas, psicológicas y cognitivas, secundario a los trastornos de sueño que se desencadenan en los trabajadores con este patrón de trabajo.

Objetivo: analizar la calidad del sueño en los profesionales de enfermería con trabajo a turnos del servicio de cardiología de un hospital de tercer nivel.

Métodos: investigación cuantitativa descriptiva, realizada en el Hospital Universitario de León (España), durante el mes de abril del 2024. La muestra fueron 44 enfermeras con experiencia de coronarias. Los datos se recolectaron mediante el cuestionario de calidad del sueño de Pittsburgh. Se realizó un análisis bivariante mediante la prueba de χ^2 para poder establecer diferencias entre ambos grupos.

Resultados: ambos grupos presentaban una calidad subjetiva del sueño "bastante mala", con una puntuación de 8.77 ± 3.95 . Existen diferencias significativas entre los que trabajan de turno rotatorio y fijo en los componentes de latencia del sueño ($P=0.531$); problemas durante el sueño ($P=0.521$), disfunción diurna ($P=0.058$), y uso de medicación para dormir ($P=0.056$) con resultados más negativos en el grupo que trabaja a turnos.

Conclusiones: los profesionales de enfermería que trabajan a turnos en la unidad de críticos de cardiología tienen una mala calidad del sueño tanto de turno rotatorio como turno fijo, es por ello, que el trabajo a turnos empeora la calidad de sueño.

PALABRAS CLAVE

calidad del sueño, turno rotatorio, enfermería, coronarias

ABSTRACT

Introduction: shift work is related to the development of physiological, psychological and cognitive alterations, secondary to sleep disorders that are triggered in workers with this work pattern.

Objective: to analyse the quality of sleep in nursing professionals working shifts in the cardiology department of a tertiary hospital.

Methods: descriptive quantitative research, carried out at the University Hospital of León (Spain), during the month of April 2024. The sample consisted of 44 nurses with experience in critical care of cardiology patients. Data were collected using the Pittsburgh sleep quality questionnaire. Bivariate analysis was performed using the χ^2 test to establish differences between the two groups.

Results: Both groups had a subjective sleep quality of 'rather poor', with a score of 8.77 ± 3.95 . There were significant differences between those working rotating and fixed shifts in the components of sleep latency ($P=0.531$); sleep problems ($P=0.521$), daytime dysfunction ($P=0.058$), and use of medication for sleep ($P=0.056$) with more negative results in the group working shifts.

Conclusions: nursing professionals who work shifts in the cardiology critical care unit have poor sleep quality on both rotating shifts and fixed shifts, which is why shift work worsens sleep quality.

KEYWORDS

sleep quality, rotating shift, nursing, coronary care

INTRODUCCIÓN

El sueño está considerado una actividad esencial para el organismo, permitiendo mantener un estado de salud óptimo y restablecer las funciones físicas y psicológicas esenciales para un pleno rendimiento^{1,2}. El sueño ha demostrado ser un factor determinante en la calidad de vida de las perso-

nas desde la infancia y su carencia puede afectar de forma negativa al bienestar y la salud mental³. El déficit de sueño está considerado un problema mundial que forma parte de la vida en la actualidad. Según la Organización Mundial de la Salud, el 40% de la población presenta insomnio en algún momento de su vida⁴.

La duración y los horarios del ciclo del sueño-vigilia están influenciados por la sincronización del marcapasos endógeno, las demandas profesionales, sociales y el estilo de vida, pero un desequilibrio de estos elementos puede resultar en alteraciones del ritmo circadiano^{5,6}.

FECHA DE RECEPCIÓN: 27/1/2025

FECHA DE ACEPTACIÓN: 17/3/2025

Correspondencia: María Plaza Carmona

Correo electrónico: miplazac@saludcastillayleon.es

La desincronización del marcapasos endógeno ocurre cuando los ciclos biológicos internos pierden su alineación con los ciclos ambientales, generando efectos negativos en la regulación del sueño y otros procesos fisiológicos. Además, los distintos cronotipos, que pueden clasificarse en matutinos, intermedios y vespertinos, juegan un papel crucial en la adaptación al trabajo a turnos, pudiendo influir en la susceptibilidad a la alteración del sueño y sus consecuencias⁶.

El trastorno del sueño por trabajo a turnos provoca un desajuste crónico entre el horario de sueño-vigilia y el marcapasos circadiano del trabajador^{7,8}. En el personal sanitario, y en particular en el de enfermería, evaluar la calidad del sueño es fundamental, ya que las alteraciones del sueño pueden impactar negativamente en la salud del profesional, su desempeño laboral y la seguridad del paciente⁹. El personal de enfermería es uno de los colectivos con un patrón de trabajo a turnos, por lo que están expuestos a los múltiples factores (como la alteración de los ritmos circadianos, la privación de sueño y el aumento del riesgo de enfermedades metabólicas y cardiovasculares)^{9,10}. Este trastorno se ha relacionado con un mayor riesgo de accidentes laborales y consecuencias para la salud^{11,12}.

Cuando se trabaja a turnos, el sistema interno se desincroniza e intenta sincronizarse en los periodos de descanso⁵ produciéndose un déficit en la cantidad y calidad de sueño, asociado a un estado de fatiga continuo y desequilibrio a nivel físico, cognitivo y conductual¹³. Para la valoración de la calidad del sueño, existen herramientas como el Cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburgh, la Escala de Somnolencia de Epworth y el Actígrafo, que permiten medir distintos aspectos del sueño de manera objetiva y subjetiva¹⁴.

La calidad del sueño depende de muchos factores que a su vez serán indicadores de un adecuado estilo de vida¹⁰. La calidad de sueño se consigue mediante una valoración subjetiva, además de la medición de aspectos cuantitativos relacionados con la duración de este, su latencia y aspectos cualitativos como la profundidad del mismo o la capacidad de reparación¹⁴, todo ello recogido en el cuestionario de calidad del sueño de Pittsburgh¹⁵.

La importancia de una buena calidad de sueño en el ámbito de la salud es fundamental para prevenir enfermedades y obtener una buena calidad psicológica y física^{16,17}.

Diferentes estudios refieren como más del 10 % de la población española tiene alteraciones del sueño y el 45% de la población mundial va a tener alteraciones de la calidad de vida y salud. Además, debido al problema de pandemia mundial recientemente sufrida se ha amentado al 37% la prevalencia de insomnio clínico^{18,19}.

Es por todo ello, que la presente investigación trata de evaluar la calidad de sueño de los profesionales enfermeros en el servicio coronarias del servicio de cardiología del Hospital Universitario de León.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional y de corte transversal con paradigma positivista²⁰. Se realizó un estudio cuantitativo con muestreo deliberado para analizar la relación entre el trabajo a turnos y la calidad del sueño en el área de coronarias del Hospital Universitario de León (España) en abril de 2024. Participaron

44 profesionales de enfermería, seleccionados de un universo de 60, con una edad media de $38,37 \pm 3,12$ años y una tasa de participación del 73,33 %. Los criterios de inclusión fueron no haber estado de baja por enfermedad en el último mes y al menos 30 días de antigüedad en el servicio. Se excluyeron cuestionarios incompletos y categorías profesionales distintas.

En este estudio, se diferenciaron dos tipos de turnos laborales en la unidad de coronarias. El turno fijo se mantiene constante en el tiempo, mientras que el turno rotatorio incluye mañanas, tardes y noches en una secuencia específica. En la unidad de coronarias, el turno rotatorio sigue un patrón de dos mañanas, dos tardes y dos noches, seguido de cuatro días de descanso. Esta distribución es relevante para la comparación de los efectos del trabajo a turnos, ya que en otros servicios hospitalarios pueden existir variaciones en la organización de los turnos

Para obtener información de las variables estudiadas se aplicaron dos cuestionarios. El ICSP (Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh) (Anexo 1), en su versión para población española²¹. Está compuesto por 24 preguntas que permite la valoración de siete componentes: eficiencia habitual del sueño, latencia de sueño, duración total del sueño, calidad del sueño, uso de medicamentos para dormir, disfunción diurna y perturbación del sueño con una escala tipo Likert para cada pregunta que va de 0 a 4. Es una escala validada tanto a nivel internacional como nacional encontrándose su sensibilidad de 88,63 % y su especificidad 74,91 % en población española²².

Por otro lado, se analizó la matutinidad y vespertinidad de los participantes mediante el cuestionario de Adam y Almira²³, utilizando una versión reducida del cuestionario de Horne y Ösberg²⁴. El cuestionario evalúa preferencias de sueño, cronotipo, rendimiento diario y variables sociodemográficas como sexo, edad y experiencia laboral.

El procedimiento de la toma de datos comenzó con la aceptación de la dirección de enfermería del Hospital Universitario de León, seguido del supervisor de la unidad el objeto de estudio. La recogida de datos fue realizada por una única investigadora responsable, con el fin de proporcionar a todos los participantes las mismas instrucciones para la cumplimentación de los cuestionarios, evitando así, cualquier tipo de sesgo que pudiera surgir en la toma de datos.

La recolección de datos se realizó por una única investigadora, asegurando instrucciones homogéneas a los participantes para evitar sesgos. El análisis estadístico se realizó con el software IBM SPSS v27.0, estableciendo un nivel de significación de $p < 0,05$. Se aplicaron pruebas como distribución de frecuencias y porcentajes, estimación de intervalos de confianza al 95 %, la prueba χ^2 para analizar asociaciones entre variables categóricas, y el análisis de covarianza (ANOVA) con post-hoc de Bonferroni para identificar diferencias entre grupos. La pregunta abierta sobre problemas de sueño en el último mes fue analizada con el software Atlas-ti v9.

El estudio recibió aprobación ética del Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital de León (dictamen 19181) y cumplió con las normativas éticas pertinentes. Los datos fueron codificados para garantizar el anonimato, y todos los participantes firmaron un consentimiento informado, siendo informados de la voluntariedad de su participación y la posibilidad de retirarse en cualquier momento. Este enfoque ético y metodológico aseguró la calidad del proceso y la protección de los participantes.

Tabla 1. Descriptivos del ICSP según las variables analizadas. Comparativa de turno fijo (N27) y rotatorio (N14) del personal de enfermería del área de cuidados críticos del servicio de cardiología del Hospital Universitario de León.

Ítems Valorados	Bastante bueno	Bueno	Malo	Bastante Malo	Chi ²	gl	P	Tamaño efecto: R ²
CALIDAD DEL SUEÑO SUBJETIVA								
Turno rotatorio (N14)	10,90 %	11,20 %	48,80 %	29,10 %	26,2	4	0,003	0,16
Turno fijo (N27)	27,20 %	31,60 %	20,20 %	12,10 %				
LATENCIA DEL SUEÑO								
Turno rotatorio (N14)	5,83 %	46,31 %	8,25 %	16,25 %	11,5	4	0,531	0,09
Turno fijo (N27)	20,41 %	61,33 %	8,95 %	7,69 %				
DURACIÓN DEL DORMIR	>7 horas	6-7 horas	5-6 horas	< 5horas	Chi²	gl	P	Tamaño efecto: R²
Turno rotatorio (N14)	11,22 %	23,00 %	63,21 %	2,69 %	28,1	4	0,043	0,14
Turno fijo (N27)	15,91 %	42,10 %	35,24 %	6,82 %				
EFICACIA DEL SUEÑO HABITUAL	>85%	75-84%	65-74%	65,00 %	Chi²	gl	P	Tamaño efecto: R²
Turno rotatorio (N14)	5,28 %	18,62 %	8,81 %	61,22 %	13,4	4	0,031	0,18
Turno fijo (N27)	45,61 %	15,49 %	26,43 %	2,84 %				
ALTERACIONES DEL SUEÑO	Ninguna vez	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana	Chi²	gl	P	Tamaño efecto: R²
Turno rotatorio (N14)	7,43 %	23,21 %	54,63 %	21,14 %	7,2	4	0,521	0,14
Turno fijo (N27)	2,38 %	46,35 %	16,35 %	12,64 %				
USO DE MEDICAMENTOS PARA DORMIR								
Turno rotatorio (N14)	36,31 %	41,12 %	12,62 %	1,33 %	10,8	4	0,056	0,18
Turno fijo (N27)	56,31 %	46,38 %	10,18 %	2,44 %				
DISFUNCIÓN DIURNA								
Turno rotatorio (N14)	14,32 %	43,31 %	22,12 %	16,24 %	28,3	4	0,058	0,26
Turno fijo (N27)	24,61 %	58,11 %	14,32 %	7,92 %				

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el estudio revelaron que, de los 44 participantes, el 68,20 % eran mujeres (30), mientras que el 31,80 % eran hombres (14), con una edad media de 38,47 ± 3,12 años y una experiencia promedio de 12,80 años en el servicio de coronarias. Respecto al tipo de turnos, el 20,50 % trabajaba en turno fijo de mañana, el 59 % en turnos rotatorios y el 20,50 % formaba parte de la plantilla flotante.

El análisis del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (ICPS) mostró que los profesionales obtuvieron una puntuación promedio de 8,77 ± 3,95, superando el umbral de 5 puntos establecido como indicador de mala calidad del sueño. Dentro de este contexto, se observaron diferencias significativas en la percepción de la calidad del sueño según el tipo de turno: el 77,90 % de los trabajadores con turnos rotatorios reportaron una calidad de sueño subjetiva entre “mala y muy mala” (n=26), mientras que solo el 22,10 % (n=7) la calificaron como “buena y muy

Tabla 2. Problemas para dormir turno rotatorio (N27) y fijo (N14) del personal de enfermería del área de cuidados críticos del servicio de cardiología del Hospital Universitario de León.

Ítems valorados	Turno Rotatorio (N27)				Turno fijo (N14)				Chi ²	gl	P	Tamaño efecto: R ²
	Ninguna vez en el último mes (%)	Menos de una vez a la semana (%)	Una o dos veces a la semana (%)	Tres o más veces a la semana (%)	Ninguna vez en el último mes (%)	Menos de una vez a la semana (%)	Una o dos veces a la semana (%)	Tres o más veces a la semana (%)				
No dormir en la primera media hora	16,32	31,63	28,44	11,65	35,21	28,11	21,25	8,16	4,1	4	0,041	0,7
Despertarse durante la noche o la madrugada	22,52	13,41	51,13	24,35	18,68	21,24	42,63	18,14	4,38	4	0,041	0,36
Tener que levantarse para ir al servicio	31,23	3,15	53,17	4,37	37,88	8,15	51,66	2,16	2,96	4	0,61	0,61
Alteraciones del sueño	12,32	10,21	76,31	2,28	16,54	16,28	70,13	1,85	3,22	4	0,039	0,41
No poder respirar bien	98,57	1,43	0	0	100	0	0	0	5,13	4	0,812	0,81
Toser o roncar ruidosamente	3,86	11,47	31,21	47,1	2,63	11,87	35,9	46,32	3,2	4	0,671	0,85
Sentir frío	1,3	43,32	28,13	0	5,27	13,63	31,46	5,47	4,81	4	0,561	0,72
Sentir demasiado calor	12,23	38,13	32,11	8,19	14,22	28,84	36,61	0	5,48	4	0,61	0,64
Tener pesadillas o malos sueños	81,2	2,31	3,24	1,38	83,41	6,61	2,16	0	5,91	4	0,612	0,78
Sufrir dolores	91,21	3,22	0	0	81,26	9,41	0	0	4,81	4	0,735	0,81

buena". En contraste, el 41,20 % (n=7) de los profesionales con turno fijo reportaron una calidad de sueño "mala y muy mala", mientras que el 58,80 % (n=10) la describieron como "buena y muy buena" (p=0,003).

En relación con la latencia del sueño, la mayoría de los profesionales, independientemente del tipo de turno, reportaron tardar aproximadamente 15 minutos en dormirse, siendo el 81,74 % en turno fijo y el 52,14 % en turno rotatorio. Por otro lado, se encontraron diferencias significativas en la duración del sueño (p=0,043), ya que el 65,90 % de los trabajadores con turnos rotatorios dormían menos de 6 horas, mientras que el 58,10 % de los profesionales con turno fijo dormían más de 6 horas. Asimismo, la eficiencia habitual del sueño también mostró diferencias significativas (p=0,031), con resultados más negativos para aquellos que trabajaban en turnos rotatorios. Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en otros componentes del

cuestionario, como las alteraciones del sueño (p=0,521), el uso de medicamentos para dormir (p=0,056) o la disfunción diurna (p=0,058) (Tabla 1).

Al analizar los factores que dificultaban el sueño, se identificaron diferencias significativas en tres aspectos. En el ítem relacionado con no dormir durante la primera media hora, se observó que un 28,44 % de los profesionales con turnos rotatorios experimentaban este problema una o dos veces por semana, frente al 21,25 % de los que

tenían turno fijo (p=0,04). Además, el 51,13 % de los profesionales en turnos rotatorios reportaron despertares durante la noche o madrugada una o dos veces por semana, comparado con el 42,63 % de los trabajadores con turno fijo (p=0,04). Otro factor significativo fue el estrés laboral, identificado por problemas como los cambios de turnos, taquicardias, alarmas y sonidos del equipamiento, con un valor de p=0,039 (Tabla 2).

En cuanto al cronotipo, no se encontraron diferencias significativas entre los turnos fijo y rotatorio, siendo el cronotipo predominante intermedio. Sin embargo, el 81,36% de los participantes reportaron sentirse “muy cansados” durante la primera hora tras despertarse, y se observó que los trabajadores con turnos rotatorios tendían a irse a dormir más tarde (14:30-1:00 am) en comparación con los de turno fijo (23:00 h).

Finalmente, al considerar si se identificaban como matutinos o vespertinos, los profesionales de ambos grupos manifestaron sentirse “más matutinos”, aunque su cronotipo se clasificara como intermedio.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos coinciden con las investigaciones de Naidon Catana²⁵, quienes infieren que los profesionales a turnos tiene una mala calidad de sueño. Al igual que Cavalheiri et al. cuyos trabajadores de enfermería que se desempeñaban en el turno nocturno presentaron calidad de sueño deficiente²⁶. Estos datos son semejantes a los obtenidos en el estudio de Galera y López²⁷ donde los profesionales de enfermería que trabajan a turnos rotatorios de 8 horas frente a otro grupo que trabaja a turnos de 12 horas, mostraron como los resultados obtenidos en el ICPS para ambos grupos fue negativo con una media de 8,3 y 6,3 puntos.

Por el contrario, en el estudio de Medina y Sierra, los profesionales de enfermería con turnos fijos tienen puntuaciones totales inferiores a 5, mostrando una buena calidad de sueño. Pero se encontró que tienen una peor percepción de la calidad del sueño independiente del tipo de turno de trabajo realizado²⁸. Datos similares a Satizabal Moreno, con un índice medio de calidad de sueño de la población fue de 4,1, indicando que los profesionales tiene una buena calidad de sueño²⁹.

En relación al servicio de coronarias, se pudo ver que la puntuación total obtenida por el grupo de trabajo a turnos es de 8,77, una puntuación superior a la encontrada por Rodríguez y colaboradores³⁰, que obtuvieron una puntuación de 7,8 donde la mayoría de la muestra pertenecía al servicio especiales de urgencias y la unidad de cuidados intensivos³¹.

A pesar de estos resultados, existen pocos estudios que traten solo la calidad del sueño de profesionales de enfermería de coronarias, ya que la mayoría de los estudios analizan al personal de enfermería en su conjunto.

En cuanto a los componentes del índice de calidad del sueño de Pittsburg, se encontraron diferencias significativas en la calidad, duración del sueño, el uso de medicación para dormir y la eficacia del sueño frecuente. Estos componentes coinciden con los encontrados en el estudio de Galera y López, donde se obtuvieron los mismos resultados, excepto en la eficacia habitual de sueño. También se ha señalado en varios

estudios que la calidad del sueño, la duración del mismo y el uso de medicación son los componentes más alterados en los trabajadores a turnos³².

Uno de los componentes en los que se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos es fue en la dificultad que tienen los trabajadores a turnos para conciliar el sueño en la primera hora con un valor $p=0,041$, aspecto que fue analizado en el trabajo de Sun y colaboradores^{33,34}, donde se analizaron diversas intervenciones efectivas para mejorar los patrones de sueño de los profesionales de enfermería a turnos y la calidad del mismo con el fin de mejorar su salud.

En relación al cronotipo señalar que nuestros datos son similar a los de Rosagro Escamez, donde el 75 % de los profesiones tiene un cronotipo indiferenciado³⁵, la muestra indica estar más alerta por la tarde, este un factor que influye en las alteraciones del sueño cuando se trabaja a turnos, por lo que sería de gran interés conocer los cronotipos de los trabajadores a turnos y poder establecer medidas para mejorar la calidad del sueño en los trabajadores³⁶.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, el tamaño de la muestra fue relativamente pequeño ($n=44$), lo que podría limitar la generalización de los resultados. Además, la evaluación de la calidad del sueño se realizó mediante cuestionarios autoadministrados, lo que puede estar sujeto a sesgos de memoria y percepción. Futuras investigaciones deberían considerar el uso de métodos objetivos como la actigrafía o estudios polisomnográficos para una evaluación más precisa.

En cuanto a líneas futuras de investigación, se recomienda ampliar la muestra e incluir a profesionales de otras especialidades para evaluar si las alteraciones en la calidad del sueño varían según el tipo de servicio. Asimismo, sería interesante analizar la influencia de estrategias de adaptación al trabajo a turnos, como la implementación de pausas estructuradas o programas de higiene del sueño, en la mejora del descanso de los profesionales.

CONCLUSIONES

Los profesionales enfermeros que trabajan en la unidad de coronarias presentan una mala calidad de sueño, por tanto, no hay diferencias entre el turno de trabajo que posean, ya que para ambos grupos la puntuación es negativa, siendo las alteraciones más destacadas; la calidad subjetiva del sueño, la duración de horas de sueño y la eficacia del sueño. Además, no hay relación entre el cronotipo de estos pues es indeterminado para ambos. Las alteraciones del sueño pueden agravar los efectos del estrés laboral sobre el presentismo, lo que afecta a la calidad de la atención en el paciente. Los trastornos del sueño por trabajo a turnos entre el personal de enfermería cada vez se reconocen más como un problema importante de salud, tanto a nivel individual como organizativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gustafsson, M. L. et al. Association between amount of sleep, daytime sleepiness and health-related quality of life in schoolchildren. *J Adv Nurs*. 2016;72(6):1263-1272.
2. Maestro-Gonzalez A, Sánchez-Zaballos M, Mosteiro-Díaz MP, Zuazua-Rico D. Quality of sleep among social media users during the lockdown period due to COVID-19 in Spain. *Sleep Med*. 2021;80:210-5.
3. Choi JH, Lee SH, Bae JH et al. Effect of Sleep Deprivation on the Male Reproductive System in Rats. *J Korean Med Sci*. 2016;31(10):1624-30.
4. Trastornos del sueño [Internet]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000800.htm#:~:text=Los trastornos del sueño son,conductas anormales durante el sueño>
5. Juan García C. Cronobiología y calidad del sueño por trabajo a turnos en el Hospital Universitario de León. 2021.
6. Jaradat R, Lahlouh A, Mustafa M. Sleep quality and health related problems of shift work among resident physicians: a cross-sectional study. *Sleep Med*. 1 de febrero de 2020;66:201-6.
7. Wickwire EM, Geiger-Brown J, Scharf SM, Drake CL. Shift Work and Shift Work Sleep Disorder Clinical and Organizational Perspectives. *Contemp Rev Sleep Med*. 2017;151(5):1156-72.
8. Lira D, Custodio N. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Rev Neuropsiquiatr*. 2018;81(1):20.
9. Uekata S, Kato C, Nagaura Y, Eto H, Kondo H. The impact of rotating work schedules, chronotype, and restless legs syndrome/ Willis-Ekbom disease on sleep quality among female hospital nurses and midwives: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 1 de julio de 2019;95:103-12.
10. Knap M, Maci D, Trzeciak-bereza E, Knap B, Czop M. Sleep Disturbances and Health Consequences Induced by the Specificity of Nurses' Work. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16):9802.
11. Han K, Kim YH, Lee HY, Lim S. Novice nurses' sleep disturbance trajectories within the first 2 years of work and actual turnover: A prospective longitudinal study. *Int J Nurs Stud*. 2020;112:103575.
12. Chang WP, Li HB. Influence of shift work on rest-activity rhythms, sleep quality, and fatigue of female nurses. *Chronobiol Int*. 2022;39(4):557-68.
13. Rico-Rosillo MG, Vega-Robledo GB. Sleep and immune system. *Rev Alerg Mex*. 2018;65(2):160-70.
14. Kang J, Noh W, Lee Y. Sleep quality among shift-work nurses: A systematic review and meta-analysis. *Appl Nurs Res*. abril de 2020;52:151227.
15. Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Rev Neurol*. 2005;40(3):150-5.
16. Ibáñez V, Silva J, Cauli O. A survey on sleep questionnaires and diaries. *Sleep Med*. 2018;42:90-6.
17. Ibáñez-Del Valle V. Trastornos del sueño en personas mayores. Universidad de Valencia; 2018.
18. Fernández J. Aprende a descansar. 2021.
19. Silva-Costa A, Griep RH, Rotenberg L. Associations of a Short Sleep Duration, Insufficient Sleep, and Insomnia with Self-Rated Health among Nurses. *Cajochen C, editor. PLoS One*. 2015;10(5):e0126844.
20. Miranda-Beltrán S, Ortiz-Bernal JA. Los paradigmas de la investigación: un acercamiento teórico para reflexionar desde el campo de la investigación educativa. *RIDE Rev Iberoam para la Investig y el Desarro Educ*. 2020;11(21).
21. Macías-Fernandez JA, Royuela-Rico A. La versión española del índice de calidad del sueño de Pittsburgh. *Inf psiquiátricas*. 1996;14(4):465-72.
22. Campos-Burga MM. Calidad de sueño posterior a sus labores del profesional de enfermería del Hospital regional docente las Mercedes, Chiclayo. *Rev científica CURAE*. 2016;1(1):25-39.
23. Almirall H, Adan-Puig A. Estandarización de una escala reducida de matutinidad en población española: diferencias individuales. *Psicothema*. 1990;2(2):137-49.
24. Horne JA, Ostberg Ö. A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *Int J Chronobiol*. 1976;4:97-110.
25. Cattani AN, da Silva RM, Beck CLC, Miranda FMD, Dalmolin G de L, Camponogara S. Repercussions of Night Shift Work on Nursing Professionals' Health and Sleep Quality. *Texto e Context Enferm*. 2022;31:1-13.
26. Cavalheiri JC, Pascotto CR, Tonini NS, Vieira AP, Ferreto LED, Follador FAC. Sleep quality and common mental disorder in the hospital Nursing team. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021;29.
27. Galera EP, López JCS. Calidad del sueño del personal de enfermería. Comparativa entre profesionales con turnos de 8 y de 12 horas. *Rev Enfermería del Trab*. 2017;7(2):30-7.
28. Medina AG, Sierra JC. Influencia del trabajo por turnos en el estado emocional y en la calidad del sueño. *Psicol y Salud*. 2004;14(2):147-54.
29. Satizábal-Moreno JP, Marín-Ariza DA. Calidad de sueño del personal de enfermería. *Rev Ciencias la Salud*. 2018;16:75.
30. Rodríguez-Murillo J, Flores-Fernandez B, Lopez-Quiroga M, Arguiles- Miró N, Buj-Pascual L. Calidad del sueño del personal asistencial del turno de noche de un hospital de tercer nivel. *Metas Enferm [Internet]*. 2016;19(4):18-22.
31. Juan-García C, Plaza-Carmona M, Fernández-Martínez N. Sleep analysis in emergency nurses' department. *Rev Assoc Med Bras*. 2021;67(6):862-7.
32. Gianfredi V, Nucci D, Tonzani A, Amodeo R, Benvenuti AL, Villarini M, et al. Sleep disorder, Mediterranean Diet and learning performance among nursing students: inSOMNIA, a cross-sectional study. *Ann Ig*. 2018;30(6):470-81.
33. Sun Q, Ji X, Zhou W, Liu J. Sleep problems in shift nurses: A brief review and recommendations at both individual and institutional levels. *J Nurs Manag*. 2019;27(1):10-8.
34. Lira D, Custodio N. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Rev Neuro-Psiquiatría*. 2018;81(1):20-8.

35. Rosagro-Escamez F, Luis Crespo-Ramos F, Egea-Cánovas E, Dones-Luengo V, Consuegra-Sánchez R, Pozo-Navarro P. Cronotipo de los trabajadores del servicio de urgencias de un hospital general. Relación con ansiedad y depresión. En 2009.
36. Madrid JA, Pin-Arboledas G, Fernández-Gomariz MC. Organización funcional del sistema circadiano humano. *Pediatría Integr.* 2018;XXII(8):385-95

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Juan García C, Plaza Carmona M, Martínez González L, Lozano Fernández S. Análisis del sueño en los profesionales enfermeros en la unidad de coronarias. *Hygia de Enfermería.* 2025; 42(2): 46-54

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE PITTSBURG DE CALIDAD DE SUEÑO (página 1 de 2)**CUESTIONARIO SOBRE EL TRABAJO A TURNOS Y EL TRASTORNO DEL SUEÑO**

(Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño)

Instrucciones:

Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste a todas las cuestiones.

1) Durante el **último mes**, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

2) ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del **último mes**?

(Marque con una X la casilla correspondiente)

Menos de 15 min	Entre 16-30 min	Entre 31-60 min	Más de 60 min

3) Durante el **último mes**, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

4) ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el **último mes**?

5) Durante el **último mes**, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

e) Toser o roncar ruidosamente:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

f) Sentir frío:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

g) Sentir demasiado calor:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

d) No poder respirar bien:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

h) Tener pesadillas o malos sueños:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE PITTSBURG DE CALIDAD DE SUEÑO (página 2 de 2)**i) Sufrir dolores:**

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

j) Otras razones. Por favor descríbalas:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

6) Durante el **último mes**, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?

- Muy buena
- Bastante buena
- Bastante mala
- Muy mala

7) Durante el **último mes**, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

8) Durante el **último mes**, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

9) Durante el **último mes**, ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- Ningún problema
- Sólo un leve problema
- Un problema
- Un grave problema

10) ¿Duerme usted solo o acompañado?

- Solo
- Con alguien en otra habitación
- En la misma habitación, pero en otra cama
- En la misma cama

Neuromodulación sacra en incontinencia fecal crónica: cuidados enfermeros y seguimiento. Caso clínico

Sacral neuromodulation in chronic fecal incontinence: nursing care and follow-up. Clinical case.

María Socorro Riveiro García^A, María Teresa Alonso Álvarez^B, Álvaro Paz Movilla^C y María del Carmen Borrajo Fernández^C

^A Enfermera especialista en estomatoterapia. Hospitalario Universitario de Ourense.

^B Enfermera de Consultas Externas de Cirugía de colon. Hospitalario Universitario de Ourense.

^C Enfermeras. Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN

La incontinencia fecal es una disfunción con elevada prevalencia que deteriora notablemente la calidad de vida. Se expone el caso de una mujer de 54 años con incontinencia fecal crónica refractaria, tratada con neuromodulación sacra tras el fracaso de tratamientos conservadores¹. Se describe el abordaje enfermero integral, aplicando el modelo de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NOC y NIC²⁻⁴. A los 6 y 12 meses se observaron mejoras en el control de la defecación, calidad de vida y la funcionalidad³. La planificación de cuidados individualizados fue clave para el éxito terapéutico.

PALABRAS CLAVE

incontinencia fecal, neuromodulación sacra, cuidados de enfermería, calidad de vida, estimulación eléctrica

ABSTRACT

Fecal incontinence is a highly prevalent dysfunction that significantly impairs quality of life. This article presents the case of a 54-year-old woman with chronic, refractory fecal incontinence, treated with sacral neuromodulation after the failure of conservative treatments¹. An integrated nursing approach is described, applying Virginia Henderson's model and the NANDA, NOC, and NIC taxonomies²⁻⁴. At 6 and 12 months, improvements were observed in bowel control, quality of life, and functional status³. The individualized care planning was key to therapeutic success.

KEYWORDS

fecal incontinence, sacral neuromodulation, nursing care, quality of life, electrical stimulation

INTRODUCCIÓN

La incontinencia fecal (IF) es una alteración funcional que afecta a la calidad de vida; este trastorno tiene mayor incidencia en individuos de edad avanzada y especialmente en mujeres. Su manejo incluye terapias conservadoras como cambios dietéticos, ejercicios de suelo pélvico y fármacos. Sin embargo, ante el fracaso de estas medidas, la neuromodulación sacra (NMS) representa una alternativa mínimamente invasiva con resultados prometedores en pacientes seleccionados¹.

El presente caso clínico describe el abordaje enfermero de una paciente con IF crónica refractaria sometida a esta técnica.

DESARROLLO DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 54 años, sin antecedentes relevantes, que padecía IF crónica desde hace más de cinco años, con pérdidas diarias de heces y gases. Tras el fracaso de medidas conservadoras es derivada a la Unidad de Cirugía Colorrectal, donde se valoró el uso de NMS.

La técnica consiste en aplicar estimulación eléctrica a los nervios sacros mediante un electrodo implantado en las raíces sacras S3 o S4 y un generador.

El tratamiento se realiza en dos fases: una primera de prueba, con un generador externo (2-4 semanas), y tras respuesta favorable, fase definitiva con implante subcutáneo del generador.

La intervención fue ambulatoria, sin complicaciones, y se realizó un ajuste personalizado del dispositivo.

FECHA DE RECEPCIÓN: 7/7/2025

FECHA DE ACEPTACIÓN: 4/8/2025

Correspondencia: María Socorro Riveiro García

Correo electrónico: maria.socorro.riveiro.garcia@sergas.es

VALORACIÓN SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Durante la valoración enfermera según el modelo de Virginia Henderson, el paciente presentaba IF diaria y uso de compresas. Aunque conservaba la movilidad, evitaba actividades sociales. Manifestaba aislamiento, baja autoestima y preocupación por su imagen corporal. Mostró buena adherencia al tratamiento, interés por el funcionamiento del dispositivo y colaboración activa. Mantenía autonomía en el autocuidado, higiene y alimentación. Las demás necesidades no mostraron alteraciones relevantes.

PLANIFICACIÓN Y CUIDADOS ENFERMEROS

El plan de cuidados de enfermería se organizó en tres fases asistenciales: pre implante, implante y post implante y seguimiento. La planificación se fundamentó en la taxonomía NANDA-I (2024–2026), los Resultados NOC y las Intervenciones NIC, priorizando las necesidades del paciente en función del procedimiento y su evolución clínica²⁻⁴.

Fase pre implante

Diagnóstico NANDA: (00014) Incontinencia fecal relacionada con alteración de la función neuromuscular del esfínter anal.

Resultado NOC: (0501) Eliminación intestinal controlada

- Indicador (050102): Patrón de defecación normal
- Valor inicial: 1 —> episodios de incontinencia diaria.
- Valor final: 1 —> episodios de incontinencia diaria.
- Método de evaluación: diario defecatorio y entrevista clínica.

Intervención NIC: (0460) Manejo de la eliminación intestinal.

Actividades:

- Enseñar a la paciente a registrar el patrón intestinal en diario defecatorio.
- Recomendar dieta rica en fibra y adecuada hidratación.
- Establecer horarios para favorecer la evacuación regular.

Diagnóstico NANDA: (00120) Baja autoestima situacional, relacionado con alteración de la función corporal, manifestado por verbalización de vergüenza y retraimiento social.

Resultado NOC: (2002) Nivel de autoestima.

- Indicador (200207): Expresa aceptación de sí mismo
- Valor inicial: 2 —> la paciente expresa vergüenza y aislamiento.
- Valor final: 3 —> autoaceptación parcial tras acompañamiento emocional y educación sanitaria.
- Método de evaluación: entrevista.

Intervención NIC: (5460) Potenciación de la autoestima.

Actividades:

- Informar a la paciente sobre el procedimiento de NMS y las expectativas positivas.
- Identificar creencias erróneas y brindar apoyo emocional.

Fase de implante

Diagnóstico NANDA: (00047) Riesgo de deterioro de la imagen corporal, relacionado con presencia de dispositivo implantado.

Resultado NOC: (1200) Imagen corporal positiva.

- Indicador (120004): Aceptación del cambio corporal
- Valor inicial: 3 —> manifiesta preocupación estética por el dispositivo.
- Valor final: 5 —> expresa normalización y aceptación funcional y estética.
- Método de evaluación: observación directa + entrevista postquirúrgica (48 h).

Intervención NIC: (5230) Aumentar el afrontamiento.

Actividades:

- Valorar percepción del dispositivo implantado.
- Reforzar información sobre normalidad del procedimiento.

Fase post implante y seguimiento

Diagnóstico NANDA: (00046) Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con incisión quirúrgica.

Resultado NOC: (1101) Estado del sitio quirúrgico.

- Indicador (110105): Integridad de la piel
- Valor inicial: 3 —> inflamación leve en zona de incisión.
- Valor final: 5 —> cicatrización completa sin complicaciones.
- Método de evaluación: Observación por enfermera estomaterapeuta desde la Unidad de Cirugía colorrectal y seguimiento telefónico desde nuestra consulta.

Intervención NIC: (3660) Cuidados de la herida.

- Inspeccionar características locales: color, exudado, bordes.
- Realizar curas estériles siguiendo protocolo.
- Valorar evolución cicatricial.

Diagnóstico NANDA: (00155) Riesgo de baja adherencia al tratamiento, relacionado con desconocimiento sobre funcionamiento del dispositivo implantado.

Resultado NOC: (1813) Conducta de cumplimiento del tratamiento.

- Indicador (181301): Sigue indicaciones del tratamiento
- Valor inicial: 2 —> dudas frecuentes y dependencia del profesional.
- Valor final: 5 —> cumplimiento autónomo del tratamiento.
- Método de evaluación: observación durante consultas de control y entrevista telefónica.

Intervención NIC: (5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento²⁻⁴.

Actividades:

- Seguimiento telefónico tras el alta.
- Instruir sobre autocuidados y uso del neuroestimulador.
- Resolver dudas y reforzar mensajes clave en cada visita.

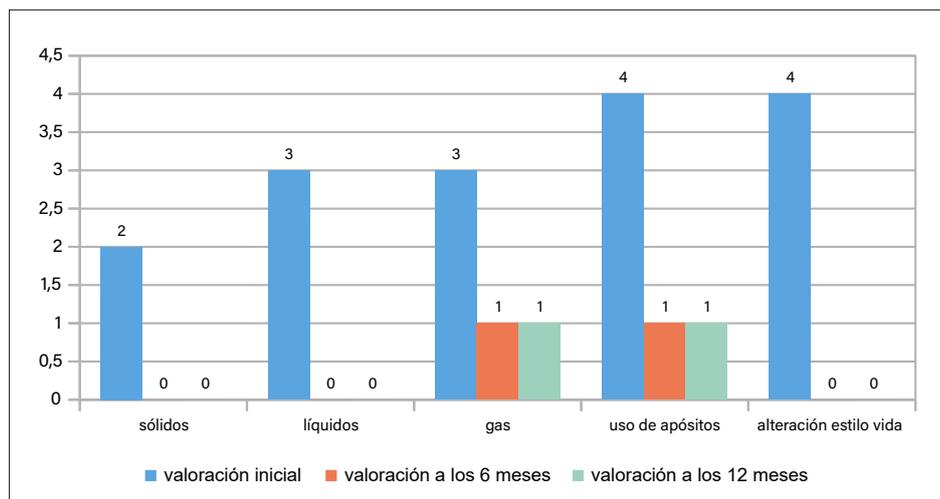


Gráfico 1. Evolución de la escala de Wexner (puntuación detallada).

0 puntos: Nunca.
 1 punto: Rara vez (menos de una vez al mes).
 2 puntos: Algunas veces (menos de una vez por semana, pero más de una vez al mes).
 3 puntos: Generalmente (menos de una vez al día y más de una vez por semana).
 4 puntos: Siempre (más de una vez al día).

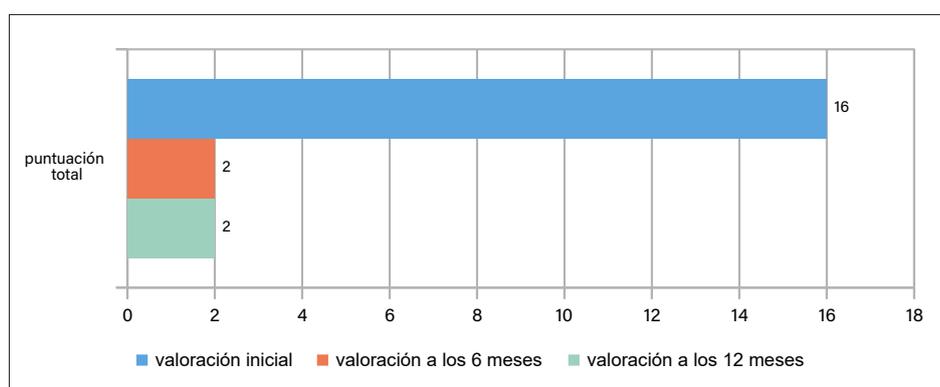


Gráfico 2. Evolución de la escala de Wexner (puntuación total).

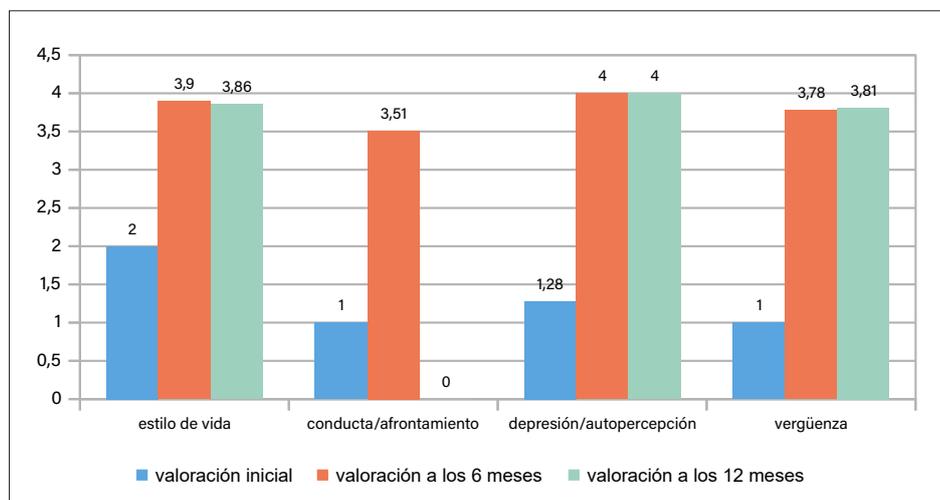


Gráfico 3. Puntuaciones FIQL pre y postratamiento.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Se realiza seguimiento en tres puntos: antes del tratamiento, a los 6 meses y a los 12 meses. Los instrumentos aplicados fueron:

- Escala de Wexner: mejora de 16 (inicio) a 2 (6 meses) y 2 (12 meses)³. Evalúa la severidad de la incontinencia fecal (Gráficos 1 y 2. Evolución de la escala de Wexner).
- Cuestionario FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life scale): Medición de la calidad de vida relacionada con la incontinencia fecal. El paciente mejora significativa en todas las dimensiones³ (Gráfico 3. Puntuaciones FIQL pre y postratamiento).
- Diario defecatorio: reducción > 80 % de episodios semanales³.

Estos resultados reflejan una evolución clínica favorable y sostenida en el tiempo.

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Este caso clínico muestra cómo la NMS puede ser una alternativa eficaz en pacientes con IF refractaria, los resultados expuesto en este caso coinciden con la evidencia científica disponible, incluida una revisión sistemática publicada recientemente^{1,3,5}. El abordaje enfermero integral permitió no solo la mejora funcional, sino también una notable recuperación emocional y social del paciente. Esta estandarización permite simplificar el proceso de

atención enfermera en casos similares con problemas comunes como el expuesto en este caso. La implicación enfermera fue esencial tanto en la educación terapéutica como en la motivación y acompañamiento, sin embargo, a veces se carece de publicaciones específicas en el ámbito de la enfermería que aborden estas patologías desde una visión enfermera, no hemos encontrado estudios en este sentido. La aplicación de taxonomías estandarizadas facilita la planificación de cuidados y su evaluación objetiva^{2,4,7}.

CONCLUSIONES

La NMS es una opción segura, eficaz y mínimamente invasiva para pacientes con IF crónica refractaria. En este caso, el cuidado enfermero personalizado, basado en la evidencia y en la relación terapéutica, fue determinante para mejorar la calidad de vida y el cumplimiento del tratamiento. Este abordaje destaca la importancia de una enfermería competente y centrada en la persona en procesos terapéuticos complejos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Altomare DF, Giuratrabocchetta S. Sacral neuromodulation for fecal incontinence: Functional outcomes and quality of life. *Tech Coloproctol.* 2020;24(6):567–74.
2. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Elsevier; 2022.
3. Carrington EV, Evers J, Grossi U, et al. A systematic review of sacral nerve stimulation for faecal incontinence. *Br J Surg.* 2021;108(3):218–28.
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de resultados en salud. 6ª ed. Elsevier; 2022.
5. Puigdollers A, et al. Efectividad de la neuromodulación de raíces sacras en pacientes con incontinencia fecal. *Cir Esp.* 2006;79:246–51.
6. Matzel KE, Chartier-Kastler E, Knowles CH, et al. Sacral neuromodulation: Standardized report on efficacy and safety. *Colorectal Dis.* 2021;23(12):3082–93.
7. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editores. Diagnósticos enfermeros de la NANDA International: definiciones y clasificación 2024–2026. 13. ed. Stuttgart: Thieme; 2024

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Riveiro García MS, Alonso Álvarez MT, Paz Movilla A, Borrajo Fernández MC. Neuromodulación sacra en incontinencia fecal crónica: cuidados enfermeros y seguimiento. Caso clínico. *Hygia de Enfermería.* 2025; 42(2): 55-59

ANEXO I. ESCALA DE INCONTINENCIA DE WEXNER

Tipo de fuga	Nunca	Rara (< 1 vez/mes)	Algunas veces (> 1 vez/mes y < 1 vez/semana)	Generalmente (> 1 vez/semana y < 1 vez/día)	Siempre (> 1 vez/día)
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Uso de apósitos	0	1	2	3	4
Alteración del estilo de vida	0	1	2	3	4

0: continencia perfecta

20: incontinencia total

ANEXO 2. CUESTIONARIO FIQL (FECAL INCONTINENCE QUALITY OF LIFE SCALE)

Este cuestionario evalúa cómo la incontinencia fecal afecta la calidad de vida del paciente.

Contiene 29 ítems divididos en 4 dimensiones: Estilo de vida, Comportamiento/ Afrontamiento, Vergüenza e Impacto Emocional.

Las respuestas se dan en una escala de 1 a 4.

1 = Mucho

2 = Algo

3 = Poco

4 = Nada

1. Estilo de vida (10 ítems)

1. Evita salir de casa debido a la incontinencia.
2. Limita su tiempo fuera de casa por miedo a tener un accidente.
3. Planea sus actividades según la disponibilidad de baños.
4. Evita hacer viajes largos.
5. Evita actividades sociales.
6. Evita reuniones familiares o con amigos.
7. Cambia de ropa más de una vez al día.
8. Lleva ropa extra por si tiene un accidente.
9. Modifica su rutina diaria por la incontinencia.
10. Evita ir al trabajo o estudiar por este problema.

2. Comportamiento/afrontamiento (9 ítems)

11. Lleva toallitas o pañuelos para limpiarse.
12. Usa ropa oscura para disimular posibles manchas.
13. Utiliza protectores o compresas.
14. Evita ciertos alimentos para reducir el riesgo de accidentes.
15. Revisa frecuentemente si su ropa está limpia.
16. Se cambia de ropa interior varias veces al día.
17. Utiliza desodorantes o perfumes para evitar olores.
18. Evita beber líquidos en exceso.
19. Lleva una bolsa con material de higiene.

3. Vergüenza o autopercepción (3 ítems)

20. Se siente avergonzado/a por su incontinencia.
21. Se siente diferente a otras personas.
22. Cree que las personas lo/la juzgan por su condición.

4. Impacto emocional (7 ítems)

23. Se siente deprimido/a por la incontinencia.
24. Tiene miedo de que su condición empeore.
25. Siente ansiedad al salir de casa.
26. Se siente frustrado/a o impotente.
27. Ha perdido interés en actividades que antes disfrutaba.
28. Siente que ha perdido el control de su vida.
29. Cree que su vida social ha empeorado.

Abordaje de la enfermería en la prevención secundaria del paciente con ictus: Revisión bibliográfica

Nurse's approach in the secondary prevention of stroke patients: Literature review

Antonio de la Torre Romero

Enfermero. Dispositivo de Apoyo Zona Norte. Alcalá del Río (Sevilla). Servicio Andaluz de Salud.

RESUMEN

Introducción: El ictus se sitúa como una de las principales causas de discapacidad y muerte en todo el mundo. Es una enfermedad cerebral aguda que afecta a millones de personas, por lo que la comprensión de los mecanismos subyacentes a su desarrollo y el desarrollo de estrategias efectivas para su tratamiento son de vital importancia para mejorar la salud de las personas afectadas por este trastorno. La prevención secundaria se presenta como un aspecto fundamental en el manejo de estos pacientes. La enfermería desempeña un papel crucial en este aspecto ya que, entre sus muchas funciones, destacan en este ámbito el asesoramiento al paciente y a su familia, y el seguimiento continuo y diario.

Objetivos: El objetivo principal marcado para este trabajo fue conocer las actualizaciones disponibles respecto al abordaje de la enfermería o enfermero en la prevención secundaria del paciente con ictus.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos científicas, seleccionando artículos de actualidad y con disponibilidad de acceso al texto completo, tanto en español como en inglés.

Conclusión: Las enfermeras utilizan diferentes estrategias y tecnologías innovadoras para el seguimiento y el control de los factores de riesgo, mejorando así la atención a pacientes con ictus. Son profesionales que ofrecen gran ayuda a los pacientes en el asesoramiento para mejorar la adherencia al tratamiento, y, además, tienen un papel relevante en la implementación y manejo de las nuevas tecnologías usadas para el teleseguimiento en el hogar, siendo estos grandes avances para prevenir complicaciones y mejorar la atención sanitaria en pacientes con riesgo de ictus.

PALABRAS CLAVE

enfermería, prevención secundaria, ictus, educación al paciente, cuidados de enfermería, rol de la enfermería

ABSTRACT

Introduction: Stroke is one of the leading causes of disability and death worldwide. It is an acute brain disease that affects millions of people, so understanding the mechanisms underlying its development and developing effective strategies for its treatment are vitally important to improve the health of people affected by this disorder. Secondary prevention is presented as a fundamental aspect in the management of these patients. Nursing plays a crucial role in this aspect since, among its many functions, advice to the patient and his family, and continuous and daily follow-up stand out in this area.

Objectives: The main objective set for this study was to know the available updates regarding the approach of the nurse in the secondary prevention of stroke patients.

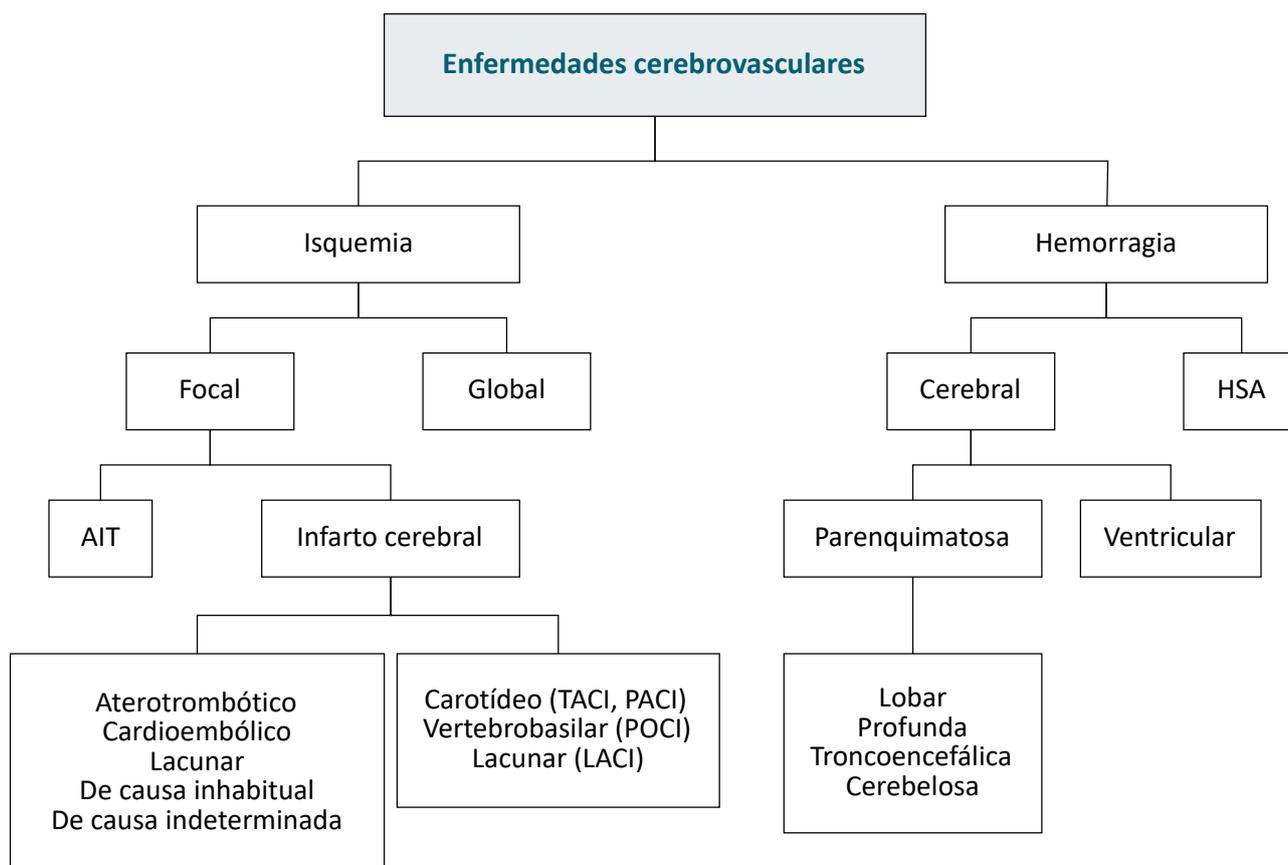
Methodology: A bibliographic search has been carried out in various scientific databases, selecting current articles and with availability of access to the full text, both in Spanish and English.

Conclusion: Nurses use different strategies and innovative technologies to monitor and control risk factors, thus improving care for stroke patients. They are professionals who offer great help to patients in counseling to improve adherence to treatment, and, in addition, they have a relevant role in the implementation and management of new technologies used for telemonitoring at home, these being great advances to prevent complications and improve health care in patients at risk of stroke.

KEYWORDS

nursing, secondary prevention, stroke, patient education, nursing care, role of nursing

Figura 1. Clasificación de enfermedades cerebrovasculares.



Fuente: Matías-Guiu, J. (2008). Estrategia en Ictus del SNS.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebrovascular (ECV) se define como un grupo de trastornos que se producen cuando hay un problema en la circulación sanguínea del cerebro, ya sea temporal o permanente. Esta falta de riego sanguíneo en zonas cerebrales puede causar daño cerebral, discapacidad y en algunos casos la muerte. Cuando una ECV aparece de forma repentina se le puede denominar como ictus¹.

Según Sonia Jorquera (2020), el ictus es una “afección que ocurre cuando existe una interrupción del flujo de sangre, de manera transitoria o permanente en una zona del cerebro”. Es una patología tiempo-dependiente, que es aquella en la que el retraso diagnóstico y/o del tratamiento terapéutico influye negativamente en la evolución y pronóstico del proceso, es decir, su morbimortalidad está directamente relacionada con la demora en iniciar el tratamiento². El ictus es una de las principales causas de discapacidad y muerte en todo el mundo, y su prevalencia está en aumento³. Anualmente se detectan unos 120.000 casos nuevos y se estima que cada seis minutos se produce un ictus en nuestro país³. Se trata de la primera causa de mortalidad entre las mujeres españolas y la segunda en los varones. Según el estudio PREV-ICTUS (2005), más del 20% de la población mayor a esa edad en nuestro país, presenta un alto riesgo de sufrir un ictus en la próxima década, lo que corresponde a casi dos millones de personas⁴.

Respecto a la fisiopatología del ictus, hablamos de una condición patológica que resulta de un daño neuronal a nivel cerebral debido a una disminución en el suministro de oxígeno y nutrientes a los tejidos cerebrales. La hipoxia resultante de esta disminución conduce a un descenso en la producción de energía a nivel celular, lo que desencadena una cascada de eventos bioquímicos que conducen a la muerte celular y la disfunción cerebral⁵.

Uno de los eventos clave en la patogénesis del ictus es la disfunción de las bombas de iones dependientes de ATP, que resulta en una alteración en el equilibrio iónico en el tejido cerebral. Esta alteración conduce a la excitotoxicidad, un proceso en el que la sobreactivación de los receptores de glutamato y la incapacidad de repolarización de las neuronas afectas causan la muerte neuronal y glial. La lesión cerebral resultante también desencadena una respuesta inflamatoria local que incluye la activación de células inmunitarias y la liberación de moléculas proinflamatorias. Esta respuesta inflamatoria contribuye a la disfunción cerebral a través de la alteración de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, la infiltración de células leucocitarias y/o la acumulación de líquido en el tejido cerebral, conocido como edema cerebral⁶ (Figura 1).

Si nos referimos al **isquémico**, el tipo más frecuente de ictus, representando un porcentaje de entre el 80-85% de los casos. Se produce cuando la circulación sanguínea hacia el cerebro se ve interrumpida debido a un bloqueo o estrechamiento de

Tabla 1. Tipos de ictus y sus características.

TIPO	SUBTIPO	FISIOPATOLOGÍA
Isquémico (Infarto cerebral)	Ictus isquémico aterotrombótico	Es desencadenado por la presencia de un trombo, normalmente formado por una placa de ateroma que no deja circular la sangre. El ictus del despertar es de este tipo, ya que durante el sueño la tensión arterial disminuye y la sangre no tiene la fuerza suficiente para pasar por la placa de ateroma formada ⁸ .
	Ictus isquémico cardioembólico	Es ocasionado por un émbolo, es decir un trombo que viaja por el torrente sanguíneo hasta situarse en la parte que afecta. Estos émbolos están relacionados en la mayoría de los casos con patologías cardíacas como la fibrilación auricular.
Hemorrágico	Hemorragia cerebral o intracraneal	Se produce la rotura de un vaso en el interior del parénquima encefálico (normalmente generada por hipertensión arterial).
	Hemorragia subaracnoidea	Presencia de sangre en el espacio subaracnoideo normalmente provocada por aneurismas (dilatación de un vaso que avanza hasta su ruptura).

Fuente: Elaboración propia.

una arteria que lo irriga. Suele darse más en hombres que en mujeres⁷. Se subdividen en focal (zona concreta) o global (zona difusa). Podemos diferenciar dentro de los focales entre accidente isquémico transitorio (AIT), que se define como la falta de riego sanguíneo a una zona concreta del cerebro menor a 24 horas, e infarto cerebral (IC), caracterizado por la falta de riego sanguíneo durante más de 24 horas. Este último se divide en dos tipos, el ictus isquémico aterotrombótico y cardioembólico. En cambio, el **hemorrágico**, se produce cuando existe una extravasación de sangre por rotura de un vaso sanguíneo o de un aneurisma dentro de la cavidad craneal, causando daño a las células cerebrales. Suele ocurrir durante la actividad, en un episodio brusco con alta mortalidad⁶. Representa el 15-20 % de los casos de ictus y se subdivide según su localización en hemorragia cerebral o intracraneal y subaracnoidea¹.

En la tabla 1 se expone una comparativa de los tipos de ictus más importantes.

Para poder tratar adecuadamente y con rapidez cualquier tipo de ictus, hay que saber detectar cuáles son los signos de alerta a los que se debe prestar atención.

Los **síntomas y signos de alerta** del ictus son variados y pueden manifestarse de diversas formas según la localización y extensión de la lesión cerebral. Algunos de los más comunes incluyen debilidad o pérdida de fuerza en un brazo, pierna o cara, problemas de visión, como visión borrosa o pérdida de visión en un ojo, y dificultad para caminar o mantener el equilibrio^{8,9}. El dolor de cabeza súbito y grave sin causa aparente también es un síntoma común, al igual que la confusión o dificultad para comprender y problemas para recordar o concentrarse. Además, se pueden experimentar náuseas, relajación de esfínteres y afasia (Wernicke o Broca) o disartria⁸.

Basándonos en estos, de cara a la actuación ante la sospecha de un ictus, se presenta el **Código Ictus**, que es un sistema de alerta rápida en el que se llevan a cabo una serie de procedimientos y protocolos estandarizados a seguir en caso de posible ictus. Este algoritmo incluye la evaluación clínica del paciente, la obtención de imágenes cerebrales y la administración de tratamiento específico en caso necesario. Se incluye un estudio radiológico multimodal¹⁰.

El objetivo es garantizar que los pacientes con sintomatología asociada a esta patología reciban atención médica con premura y se les administre tratamiento pertinente lo antes posible⁹ (Figura 2).

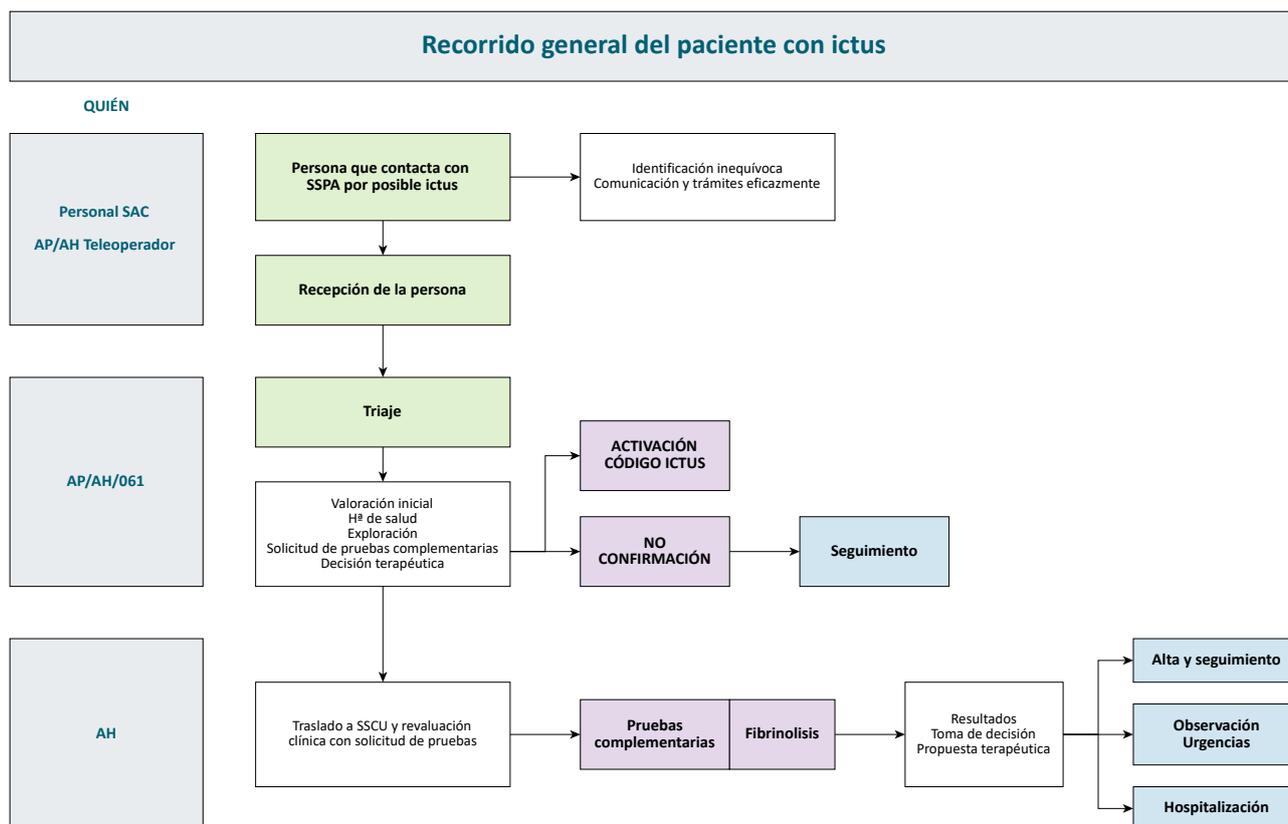
La activación del código ictus depende de factores como la calidad de vida del paciente, la gravedad de los síntomas que presente y la cronología de dichos síntomas.

Para determinar la gravedad del ictus se usa la escala NIHSS. Según esta escala, los pacientes con una puntuación entre 4 y 25 puntos tienen indicación de tratamiento revascularizador^{10,11}. En combinación con ella se utilizan otras herramientas diagnósticas como la escala Canadiense¹², o la escala Rankin¹³

Por último, cuando el paciente abandona el hospital se le realiza un seguimiento desde atención primaria en el que se valora su adaptación a los cambios en la rutina, analizando también el riesgo de UPP, de caídas, la limitación funcional post-ictus... En este caso las intervenciones enfermeras irán dirigidas a las modificaciones en el estilo de vida que deberá hacer el paciente⁵.

Siguiendo esta línea, el modelo de Nola Pender, conocido como el Modelo de Promoción de la Salud (MPS), es una teoría ampliamente utilizada por los profesionales de enfermería que se

Figura 2. Recorrido general del paciente con ictus.



Fuente: Elaboración propia.

centra en la idea de que las personas son capaces de controlar su propia salud y que las intervenciones de enfermería pueden fomentar la adopción de conductas saludables^{14,15,16}.

La enfermería desempeña un papel crucial en el cuidado de los pacientes con ictus, tanto en la detección, como en el tratamiento y la recuperación. La prevención secundaria se presenta como un aspecto fundamental en el manejo de pacientes que han sufrido un episodio de ictus. El objetivo de la prevención secundaria si la enfocamos al problema de salud que se va a estudiar en esta revisión, consiste en el control de los factores de riesgo modificables, la identificación temprana de los signos y síntomas, y la implementación de medidas para prevenir un episodio de ictus^{17,18}.

Por todo lo comentado anteriormente, se decidió llevar a cabo esta revisión para dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el impacto de la intervención de enfermería en la prevención secundaria del ictus?

OBJETIVOS

Objetivo general

1. Conocer las actualizaciones disponibles respecto al abordaje de la enfermera o enfermero en la prevención secundaria del paciente con ictus.

Objetivos específicos

1. Investigar las diferentes estrategias de asesoramiento conductual para modificar los factores de riesgo del estilo de vida.
2. Analizar la eficacia de los diferentes métodos relativa al cumplimiento de la medicación prescrita.
3. Identificar las tecnologías disponibles para la monitorización sanitaria y el teleseguimiento en el hogar.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura donde se recopila la evidencia disponible actualmente con una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos de ciencias de la salud entre febrero y abril de 2023.

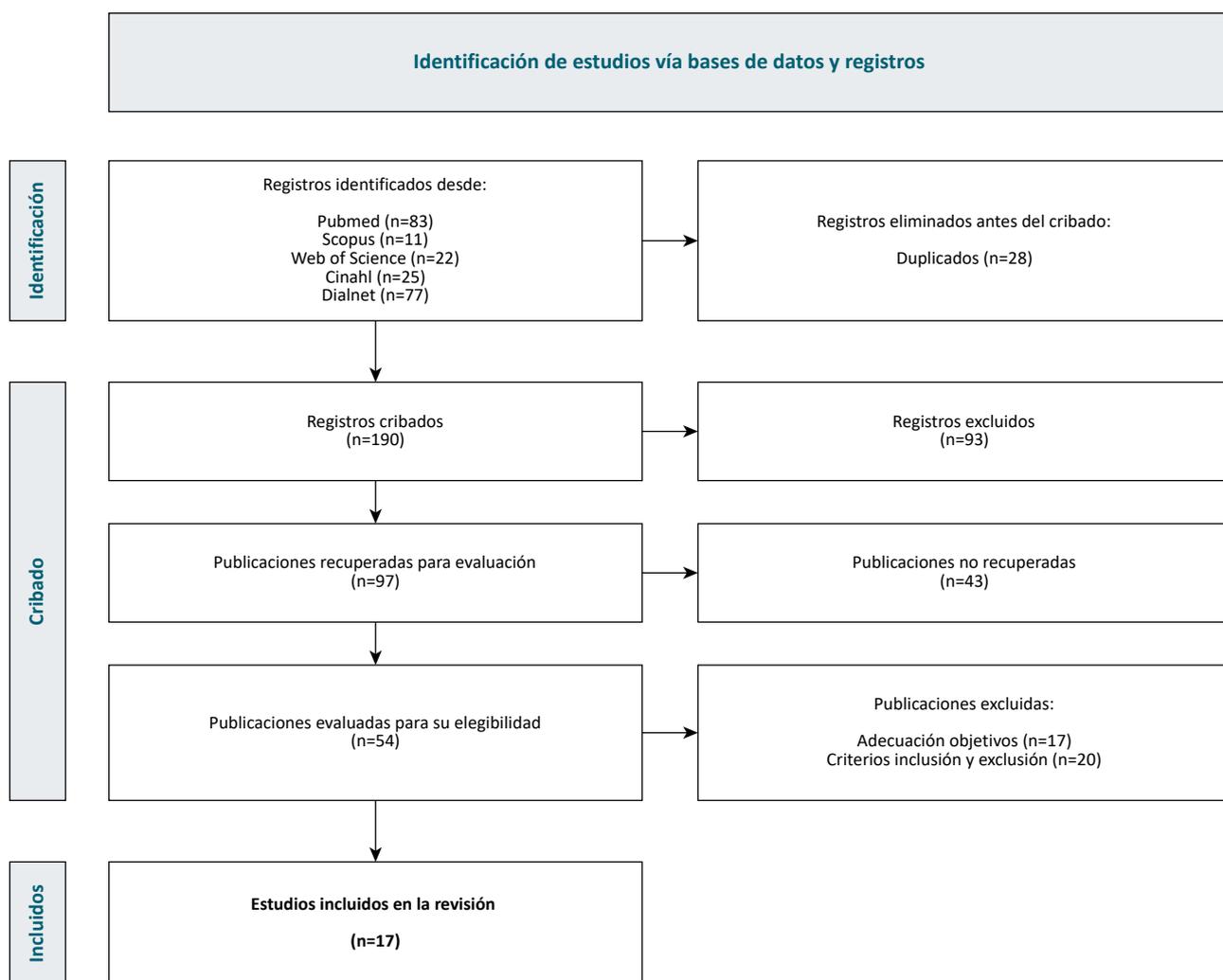
Las bases de datos consultadas para la realización de esta revisión de la literatura han sido PubMed¹⁹, Scopus²⁰, CINAHL²¹, Web of Science²² y Dialnet²³.

Criterios de inclusión y exclusión

Se han seleccionado artículos en inglés y español, de los últimos 5 años y con acceso al texto completo.

Se han excluido los redactados en cualquier otro idioma, anteriores al año 2018, artículos repetidos o desviados de la visión enfermera necesaria requerida.

Figura 3. Flujograma.



Fuente: Elaboración propia a partir del diagrama de flujo de Prisma de 2020.

Estrategia de búsqueda

Previa a la estructuración de la estrategia de búsqueda, se han traducido las palabras clave en las páginas web “Descriptor de Ciencias de la Salud DeCS” y “Medical Subjects Headings MeSH” para usar un lenguaje controlado (tesauros).

Posteriormente, la estrategia de búsqueda genérica en todas las bases de datos ha sido: “Stroke” AND nurs* AND “secondary prevention”; siendo adaptada a cada base de datos según sus criterios de búsqueda.

Selección de estudios y evaluación de la calidad

Para la selección de los estudios se optó por una forma independiente por pares, para garantizar así la fiabilidad de la revisión. Cuando había discrepancias entre los autores se consultaba a un tercer autor. Se ha consultado la guía PRISMA para la realización de los resultados de la revisión, además, a todos los artículos se les ha pasado la escala de calidad para cada estudio correspondiente propuesta por The Joanna Briggs Institute (Munn et al., 2015)^{24,25} (Figura 3).

RESULTADOS

Fueron seleccionados 17 artículos para la realización de este trabajo de un total de 218 arrojados en la primera búsqueda.

De los 17 artículos seleccionados, se examinaron varias características. En primer lugar, se encontraron estudios de cohortes, revisiones bibliográficas, estudios cuasiexperimentales, artículos de revisión o ensayos clínicos aleatorizados, con un predominio de estos últimos. Además, la mayoría de los artículos que han sido seleccionados en este trabajo sobrepasan los 7 puntos, variando la máxima puntuación entre 6 y 13, de los diversos checklist realizados de las escalas the Joanna Briggs Institute. Señalar que, se ha trabajado con gran variabilidad de estudios, por ello la gran dispersión de puntuación.

De la selección final incluida, los artículos son pertenecientes a revistas de diversos países destacando China. Además, debido a la variabilidad de los artículos, se establecieron tres líneas temáticas (Tabla 2).

A) Asesoramiento conductual de factores de riesgo del estilo de vida

En el estudio de Tarihoran (2021), se revisaron diferentes estrategias educativas para la prevención secundaria del ictus y se encontró que la educación individualizada y la educación en grupo son las más efectivas, ya que los pacientes se sienten comprendidos, aprenden de experiencias de iguales y están mucho más reforzados, tanto por profesionales como por personas que han pasado por un proceso similar²⁷. A su vez, como se muestra en el estudio de Gibson de 2021 y de Oikarinen en el 2014 de los que se habla posteriormente, se destaca la importancia de las intervenciones multidisciplinarias para mejorar los resultados en la recurrencia del ictus^{38,43}. Se aprecia así que, la educación para la prevención secundaria del ictus es clave, al igual que utilizar múltiples estrategias educativas, como pueden ser el asesoramiento en el estilo de vida, adaptadas a las necesidades específicas de cada paciente.

En referencia al tabaquismo, el estudio llevado a cabo en 2019 por He y Okoli, examinó la asociación entre fumar y el riesgo de sufrir un ictus recurrente. Se comenta que dejar de fumar puede disminuir el riesgo de padecer un primer ictus en un 60%, y que, además, estar 5 años consecutivos sin fumar iguala el riesgo de padecer este primer episodio al de una persona no fumadora²⁸. También se ha comprobado que el hábito tabáquico aumenta el riesgo de padecer un segundo accidente cerebrovascular, especialmente en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico. Por otra parte, autores como Kaplan en 2005 o Toni en 2014, encontraron una gran relación entre el fumador continuo y el ictus recurrente, por lo que afirman que el riesgo de padecer un segundo ictus es menor si la persona ha abandonado el hábito tabáquico^{44,45}. Sin embargo, en los estudios llevados a cabo por Álvarez en 2013, y Epstein en 2017 no se encontraron diferencias importantes entre los pacientes que dejaron de fumar y los fumadores continuos en este aspecto, por lo que no queda claro si el dejar de fumar ayuda en la prevención de un segundo accidente cerebrovascular, pero sí que el hecho de iniciar este hábito o conducta fumadora es ya un multiplicador del riesgo de padecerlo, independientemente de si se abandona o no posteriormente^{46,47}.

En 2022, el autor Verberne, en su artículo "Nurse-led stroke aftercare addressing long-term psychosocial outcome: a comparison to care-as-usual" presentó una comparación entre la atención estándar y la atención post-alta liderada por enfermeras en el manejo a largo plazo de los pacientes que han sufrido un ictus. Se encontró que la atención después del ACV liderada por enfermeras no tuvo un gran impacto en los resultados cognitivos, psicosociales y emocionales a largo plazo en comparación con la atención habitual. Sin embargo, sí se asoció con una menor experiencia de restricciones en la participación social en comparación con la atención habitual. Este estudio demostró que el cuidado posterior al ictus dirigido por enfermeras fue beneficioso principalmente para el bienestar emocional a largo plazo después del episodio²⁹. Los autores concluyen que si el profesional enfermero se forma en estrategias de autocuidado y en entrevistas motivacionales los efectos de la intervención podrían mejorarse. En su artículo "A framework of counseling for patients with stroke in nursing: a narrative literature review" Oikarinen et al., afirman que el asesoramiento enfermero a los pacientes cambia la salud de estos, sus comportamientos y mejora su calidad de vida. Refiere que este asesoramiento también tiene una relevancia social más amplia, por lo que está de acuerdo con Verberne en este aspecto⁴³.

Siguiendo la línea de lo anteriormente comentado, en el estudio aleatorizado controlado "Motivational interviewing in a nurse-led outpatient clinic to support lifestyle behaviour change after admission to a stroke unit: a randomized controlled trial" de Brouwer-Goossensen et al., llevado a cabo en 2022, se evaluó la eficacia de la entrevista motivacional en el cambio del comportamiento del estilo de vida en una clínica ambulatoria liderada por enfermeras después de la hospitalización en una unidad de ictus³⁰. Aunque hubo una mejora en la adherencia al tratamiento, en el cambio en el hábito tabáquico y en el nivel de actividad, no se encontró evidencia de beneficios significativos en la dieta, en los niveles de colesterol, en los niveles de presión arterial o manteniendo esos cambios del hábito tabáquico después de 6 meses de seguimiento, es decir, los pacientes mejoraban su hábito tabáquico al principio de la intervención, pero no eran capaces de mantener esos cambios pasado este tiempo tras el seguimiento³⁰. Por el contrario, en los estudios de MacKenzie o en los de Sarah Gillham, sí se obtuvieron efectos promotores sobre parámetros como la presión arterial o los niveles de colesterol^{48,49}. En cambio, los resultados del estudio de Barker-Collo en 2015 son similares a los que encontramos en este estudio, ya que ninguno respalda la efectividad de la entrevista motivacional en el apoyo al cambio de comportamiento del estilo de vida relacionados con la prevención del ictus tras un AIT o un derrame cerebral isquémico menor. Sin embargo, el cambio general en el comportamiento del estilo de vida fue alto y podría explicarse por el papel de las enfermeras especializadas en ambos grupos⁵⁰.

Respecto a los efectos a largo plazo de la intervención de asesoramiento sobre el estilo de vida en pacientes que habían sufrido un ictus, el artículo de Oikarinen (2022) presentó un estudio cuasiexperimental donde confirmó que esta intervención mejoró significativamente la adherencia a los cambios de estilo de vida a largo plazo, ya que tuvo un efecto positivo en el consumo de alcohol y la pérdida de peso. Además, los participantes del grupo de intervención mostraron una mejor comprensión de la importancia del estilo de vida saludable, además recibieron más apoyo de amigos, familiares y personal de enfermería en comparación con el grupo de control³¹.

En la línea de lo analizado, el estudio llevado a cabo por el artículo de Liljehult et al., en 2020 donde se observó que las intervenciones de estilo de vida para la prevención secundaria de eventos cerebrovasculares como pueden ser el asesoramiento individual, el seguimiento telefónico, las visitas domiciliarias, el apoyo en el establecimiento de metas, el estímulo repetido para la actividad física o el ejercicio supervisado tuvieron un efecto modesto, pero significativo, en la reducción de la presión arterial sistólica y diastólica, la prevalencia de la hipertensión y en los niveles de colesterol LDL³⁴. Sin embargo, se obtuvo que, las intervenciones que incluyeron entrenamiento físico supervisado tuvieron un efecto mayor en comparación con aquellas que no lo tenían. Los resultados sugieren que se necesitan intervenciones de estilo de vida mejor adaptadas y enfocadas para mejorar la adherencia y la efectividad de los tratamientos. También, se destaca que la inclusión temprana de pacientes después del accidente cerebrovascular hace que se deba esperar una tasa de abandono más alta, además de que se sugiere que el tiempo cercano al diagnóstico inicial se considera una ventana de oportunidad limitada en la que el paciente es más receptivo a la información y al cambio de comportamiento, por tanto, ahí es cuando la intervención de los profesionales de la salud puede tener una mayor efectividad y eficacia, recalcándolo junto a Molsted o Jarden en su protocolo

de ensayo clínico de 2020 “Lifestyle counselling as secondary prevention in patients with minor stroke and transient ischemic attack: study protocol for a randomized controlled pilot study”⁵¹. En los estudios realizados por Lawrence, así como los llevados a cabo por Deijle, se exponen resultados similares a los de esta revisión en relación a la presión arterial o la hipertensión, y además, Lawrence encuentra efectos relacionados con la disminución de la ansiedad y con el perímetro de la cintura, es decir con la pérdida no tan solo de peso, sino también de grasa^{52,53,54}. Sin embargo, Bridgwood no encuentra efecto alguno de las intervenciones conductuales en estos parámetros, pero sí efectos menores sobre la recurrencia del AIT⁵⁵. Aún se necesita más investigación sobre cómo otros enfoques, como el asesoramiento de salud o el monitoreo del comportamiento podrían beneficiar a los pacientes y sus familiares.

El estudio descriptivo cualitativo realizado por Sammut et al., examinó la perspectiva de los participantes en un programa de prevención secundaria del ictus que se centró en el ejercicio físico³⁷. Se comenta que la mayoría de las personas que ha sufrido un AIT no hace ejercicio físico ni cambia su hábito en este aspecto tras el accidente cerebrovascular, por lo que este estudio brinda relevancia y visibilidad a este problema, coincidiendo con la visión de Sui y Wan de 2021³³. Se encontró que el programa fue bien recibido por los participantes, destacando la importancia del apoyo de profesionales de la salud en persona, estar en un grupo y tener la oportunidad de satisfacer sus necesidades para que la experiencia del programa fuera exitosa. Los beneficios percibidos les sirvieron para poder hacer cambios en su vida y sentirse mejor, además, valoraron la empatía, accesibilidad y tono de conversación del profesional de la salud, y la comunicación no controladora y no juzgadora. La participación en un ambiente seguro y en un grupo facilitado por un profesional de la salud les permitió la oportunidad de compartir experiencias con otros que habían experimentado situaciones similares³⁷. Como Tarihoran en su artículo, Sammut et al destacan la importancia de estar y sentirse parte de un grupo²⁷.

En referencia a la capacidad de retención del conocimiento sobre el ictus proporcionado durante la hospitalización y si la provisión de educación requerida mejoró el conocimiento sobre el ictus, el artículo de Johnson realizado en 2018, evaluó si la capacidad de provisión de educación sobre accidentes cerebrovasculares a los pacientes y/o cuidadores en hospitales puede resultar en una retención muy limitada del conocimiento sobre el accidente cerebrovascular⁴². Además, mostró como los métodos capaces de mejorar el conocimiento del accidente cerebrovascular y las competencias de autocuidado son fundamentales para la prevención secundaria del accidente cerebrovascular, tanto para el reconocimiento como para la respuesta a los nuevos síntomas de este. El estudio trata de resaltar la importancia de la retención de la información acerca del ictus para los pacientes y cuidadores, y propone un nuevo método de aprendizaje basado en test/pruebas para que los usuarios aumenten su conocimiento y las habilidades de autogestión. Otros autores como Middleton, Larsen o Baghdady respaldan estas afirmaciones con sus estudios, haciendo comparativas de un aprendizaje basado en test y pruebas frente a un aprendizaje basado en una mera explicación del profesional sanitario, evaluando a largo plazo la retención y comprensión de información del paciente que ha sufrido un accidente cerebrovascular y su familia y comparando los efectos de ambos métodos. Todos concluyen que el aprendizaje basado en pruebas es más efectivo en la retención de información, la comprensión de esta y la aplicación del conocimiento^{56,57,58,59}.

B) Cumplimiento de la medicación prescrita

En el estudio de Oikarinen (2022)³¹, se implementó una intervención de consejería de estilo de vida para mejorar entre otros aspectos el cumplimiento del tratamiento prescrito en pacientes que habían sufrido un ictus. Los resultados mostraron que, en comparación con el grupo control, el grupo de intervención tuvo un mayor cumplimiento de su medicación y tratamiento después de 7 años del ictus. En otros estudios previos, se encuentran conclusiones muy similares, pero destaca el de McManus, Craig y McAlpine⁶⁰, que resaltan la importancia de dar a los pacientes la educación y el conocimiento adecuados, en el momento adecuados, y esto solo es posible conseguirlo con un seguimiento y un asesoramiento continuo.

En otro estudio, los autores Sui y Wan (2021)³³ evaluaron la relación entre la activación del paciente y el cumplimiento de la medicación en pacientes con ictus. Los resultados indicaron que dicha activación, es decir su nivel de actividad diario, estaba positivamente relacionada con el cumplimiento de la medicación. Este resultado va muy en sintonía con lo que resaltan autores como Hibbard en su artículo “Patient Activation and Health Literacy: What’s the Difference? How Do Each Contribute to Health Outcomes. Stud Health Technol Inform” en el 2017 donde sus resultados son muy similares, ya que ambos afirman que la activación del paciente es un fuerte predictor de buenos comportamientos y resultados de salud, y que esta incluye habilidades, confianza y expectativas de roles⁶¹.

En 2019, Irewall et al., llevaron a cabo un subestudio de un estudio clínico aleatorizado que se había publicado un año antes, en el 2018, en el que los autores que ya participaron en el estudio del año anterior se unieron a Bergström y Laurell, y evaluaron la eficacia de una intervención de seguimiento telefónico liderado por enfermeras en la prevención secundaria del ictus en pacientes con baja educación. Los resultados indicaron que la intervención llevó a una mejora significativa en la adherencia a la medicación y a una disminución en el riesgo de recurrencia del ictus, además de tener impacto en los niveles de presión arterial y colesterol LDL^{35,36}. Por lo tanto, la enfermería puede desempeñar un papel importante en la mejora del cumplimiento de la medicación en pacientes con ictus que tienen una baja educación, implementando un seguimiento sistemático con un procedimiento relativamente simple. En artículos previos, autores como Huang en 2013 o Arrich en 2008, destacan que las variables socioeconómicas no se asociaron con diferencias notables en la prescripción de medicamentos preventivos secundarios al momento del alta^{62,63}. Sin embargo, en otros estudios entre el 2009 y el 2012, Sjolander, Glader, y otros autores resaltan lo contrario, que las personas con una economía deficiente sí que tenían problemas en la receta de medicamentos preventivos del ictus^{64,65}. En este estudio, no se encuentran diferencias en la prescripción de anticoagulantes orales o fármacos hipolipemiantes 1 mes después del alta hospitalaria.

En el estudio de Gibson en 2021, se exploraron las barreras y soluciones relacionadas con el cumplimiento de la medicación en pacientes que sufrieron un ictus. Los hallazgos destacan la falta de apoyo y el problema de la polifarmacia, y la necesidad de confianza en los medicamentos. También se destaca la importancia del apoyo del cuidador y la educación y apoyo de las enfermeras sobre la medicación posterior al accidente cerebrovascular. Además, el estudio resalta los desafíos que enfrentan los sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares al regresar a casa, que incluyen la necesidad de una transición

rápida a la autogestión de regímenes de medicamentos complejos, y las múltiples actividades relacionadas con el trabajo de estos medicamentos³⁸. Por otra parte, Rowat y Al Shaikh en 2016, intentan dar visibilidad al mismo problema, las dificultades que tienen los pacientes al llegar a su hogar para pasar de ser pasivos a la hora de recibir la medicación, a tener que controlarla diariamente^{66,67}. Al Shaikh por su parte, pone de manifiesto la falta de apoyo de los pacientes en esta etapa y propone soluciones como un asesoramiento individual periódico y regular⁶⁶.

C) Monitorización sanitaria y teleseguimiento en el hogar

Alexandrov et al en 2022, ha destacado la importancia de la enfermería en la investigación de nuevas terapias y tratamientos en el ictus agudo y en la prevención secundaria, lo que puede mejorar significativamente la atención y los resultados para los pacientes. Se resalta, la relevancia de mejorar la atención del ictus en EE. UU. y menciona el papel clave que pueden desempeñar las Unidades Móviles de Atención al Ictus (MSU). El artículo muestra que los pacientes tratados en MSU tienen mejores resultados que aquellos tratados en un departamento de emergencias. Se habla de la necesidad de mejorar la retención de información sobre el ictus en los pacientes y sus familias, y describe un método llamado aprendizaje mejorado por pruebas (TEL, por sus siglas en inglés), que puede desempeñar un papel importante en la retención de información clave de salud²⁶. Su opinión acerca de este punto es muy similar a la que plasmó Johnson en 2018⁴², con la que están de acuerdo autores como Middleton, Larsen o Baghdady.

Según Wang et al., en su estudio "Effects of the nurse-led program on disabilities improvement in patients with ischemic stroke" de 2022, en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico durante más de 6 meses, un programa dirigido por enfermeras en el que los pacientes reciben una llamada de la enfermera o enfermero referente para proporcionarle apoyo, resolver dudas y realizar un seguimiento a distancia, puede mejorar las discapacidades tras sufrir un ACV, lo que proporciona un enfoque novedoso para el manejo de estas en este grupo de población. Según este estudio, se utilizó la escala NIHSS para medir las discapacidades de ambos grupos, y el grupo de intervención tuvo mejores resultados que el grupo de control tras pasar los 6 meses de teleseguimiento³². Los estudios de Barthels y Orellana-Urzúa, indican que más de 50 % de los pacientes presentaron discapacidades después de un accidente cerebrovascular isquémico, lo que afecta significativamente su calidad de vida. Además, las discapacidades después del accidente cerebrovascular isquémico también se asocian con rehospitalizaciones, coste económico y mayor comorbilidad y mortalidad^{68,69}. Wang et al., afirma que la mejoría del estado de salud mental y de las discapacidades tras sufrir un ictus están relacionadas, y que puede ser de importancia crítica para los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico. Además, en la práctica clínica diaria, es esencial detectar y tratar este aspecto, que suele ser deficiente en estos pacientes³². El seguimiento tras la hospitalización en este estudio tuvo una pequeña diferencia con el estudio que proponen Mendyk et al., en el cual describen el programa de educación controlada para pacientes después de un episodio de ictus (CEOPS), un programa liderado por enfermeras que involucra a los cuidadores⁷⁰, y el que se ha estudiado anteriormente de Verberne et al.²⁹, y es que, en el seguimiento de Wang et al., se proporcionó

apoyo y estímulo basados en la cultura que ayudan a mejorar su adhesión al programa³².

En los ensayos clínicos aleatorizados de Irewall, Ögren, Söderström y Mooe que se han descrito con anterioridad, se observa que el seguimiento preventivo telefónico dirigido por enfermeras permitió mejorar la presión arterial sistólica en todos los grupos de pacientes estudiados, y reducir los niveles de LDL-C en los participantes con bajo nivel educativo. Estos resultados sugieren que existen diferencias socioeconómicas en los niveles de factores de riesgo después de un ACV/AIT en la atención estándar, pero se pueden reducir mediante un seguimiento sistemático con un procedimiento relativamente simple como es el seguimiento telefónico^{35,36}. Sin embargo, en el estudio "A randomized controlled trial of brain and heart health manager-led mHealth secondary stroke prevention", este seguimiento telefónico no es suficiente para mejorar los niveles de presión arterial sistólica, pero en cambio, en él se habla de la posibilidad de una aplicación móvil que sirve para que el paciente conozca su riesgo en tiempo real⁴⁰.

Una nueva tecnología que puede ser útil para la enfermería y la prevención del ictus fue descrita por Li X et al., en su artículo de investigación de 2021. Se trata de una plataforma digital que proporciona acceso a datos médicos y archivos de salud de los pacientes de manera más rápida y eficiente, ayudar a monitorear y realizar un seguimiento de los pacientes que han sufrido un ictus, y detectar tempranamente factores de riesgo en la comunidad³⁹. La tecnología también puede ayudar a establecer una red de prevención y tratamiento remoto del ictus que permita la atención rápida y eficiente de los pacientes en áreas remotas o donde no haya acceso a servicios especializados, además de disponer de un sistema de feedback para que se puedan proponer mejoras y expresar opiniones. Sin embargo, esta plataforma tiene algunos problemas que refleja Sadoughi et al., en su estudio "Internet of things in medicine: A systematic mapping study". Aunque estos autores están de acuerdo en que la tecnología puede ser un gran avance y de gran ayuda para el personal sanitario, también ven algunas desventajas como la difícil implementación del sistema, el complejo proceso de aprendizaje que podrían tener algunas personas, la ambigüedad de asignar términos a esta plataforma para que los pueda reconocer o el alto coste que supone⁷¹.

En esta línea, el ensayo controlado aleatorio de 2020 de los autores Wang et al., evalúa el impacto del seguimiento liderado por mHealth en pacientes que habían sufrido un accidente cerebrovascular (ACV). Se comparó un grupo experimental que recibió seguimiento liderado por un equipo de enfermeras especialistas en ACV con un grupo de control que recibió seguimiento telefónico tradicional. Los resultados indicaron que el grupo experimental tuvo una mejoría significativa en la presión arterial sistólica, en la adherencia a la medicación, en la capacidad de gestión del autocuidado y en el índice de masa corporal tras el seguimiento, lo cual es un indicador de mejoría en la calidad de vida de los pacientes del grupo de intervención⁴⁰. Estos resultados apoyan un estudio previo en el cual Bosselmann expone que la recurrencia del accidente cerebrovascular fue del 14,8% en 5,5 años utilizando seguimiento e intervención continuos, en comparación con el 23,1% de recurrencia en el grupo con un seguimiento no sostenido en el tiempo. En este estudio el seguimiento telefónico no se situó con un buen resultado en la mejoría de los niveles de presión arterial sistólica⁷².

Tabla 2. Artículos seleccionados.

TEMÁTICA AUTOR AÑO / PAÍS	TIPO DE ESTUDIO MUESTRA TOTAL	OBJETIVO	RESULTADOS PRINCIPALES
C ²⁶ Alexandrov AW 2022 EEUU	Artículo de revisión 20 pacientes estudiados	Explorar métodos para mejorar los sistemas de atención del accidente cerebrovascular, incluida la mejora de las contribuciones de los proveedores de práctica avanzada a la atención del ACV agudo, el uso de unidades móviles innovadoras y la mejora de los procesos de medición básica de calidad.	Se describe el trabajo de investigación del autor en el campo del ACV y el impacto de sus hallazgos en la postura de la cabeza en estos pacientes. El autor demostró que la postura de la cabeza a 0 grados puede mejorar el flujo sanguíneo en pacientes con ACV isquémico debido a una oclusión vascular. También menciona que hay algunas investigaciones que sugieren que la trombolisis con ultrasonido podría mejorar los resultados en pacientes con ACV. Se destaca la importancia de mejorar la atención del ictus en EE. UU. y menciona el papel clave que pueden desempeñar las Unidades Móviles de Atención al Ictus (MSU). Un estudio muestra que los pacientes tratados en MSU tienen mejores resultados que aquellos tratados en un departamento de emergencias. Se habla de la necesidad de mejorar la retención de información sobre el ictus en los pacientes y sus familias, y describe un método llamado aprendizaje mejorado por prueba (TEL, por sus siglas en inglés), que puede desempeñar un papel importante en la retención de información clave de salud.
A ²⁷ Tarihoran DETAU, Honey M, Slark J 2021 Indonesia	Revisión de literatura integrativa 20 Estudios analizados	Sintetizar los estudios existentes que se centran en estrategias educativas para los supervivientes de accidentes cerebrovasculares para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular adicional	Los estudios destacan la importancia de comportamientos saludables, indicadores fisiológicos y psicológicos, y programas bien estructurados y planificados para prevenir secundariamente los ACV. También se resalta la necesidad de la participación activa de sobrevivientes y cuidadores/familia, la alfabetización en salud y la conciencia de los factores de riesgo y prevención. Los autores concluyen que la educación para la prevención secundaria del ictus es clave, y sugieren que se deben utilizar múltiples estrategias educativas adaptadas a las necesidades específicas de cada paciente para mejorar la adherencia al tratamiento y la prevención del ictus recurrente.
A ²⁸ Huijuan He, Chizimuzo T. C. Okoli 2019 China	Revisión sistemática 9 Estudios analizados	Examinar la asociación entre el tabaquismo continuo y el accidente cerebrovascular secundario/recurrente.	Según Shah y Cole (2010), dejar de fumar puede eliminar el riesgo de padecer un primer ictus un 60%. Además, estar 5 años consecutivos sin fumar iguala el riesgo de padecer este primer episodio al de una persona no fumadora. También se ha comprobado que fumar aumenta el riesgo de padecer un segundo accidente cerebrovascular, especialmente en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico. El estudio recalca la importancia de que la enfermería esté en contacto con personas que acaban de abandonar el hábito tabáquico, debido al riesgo de recaída, y dice que el profesional enfermero debe ser competente, debe tener la capacidad y las habilidades para ser de gran ayuda para el paciente. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en la prevención primaria y secundaria del accidente cerebrovascular, del cual el tabaquismo sigue siendo un factor de riesgo clave.
A ²⁹ Verberne DPJ, Kroese ME a. L., Staals J, Ponds RWHM, van Heugten CM 2022 Reino Unido	Estudio de cohorte 87 pacientes que habían sufrido un accidente cerebrovascular	Examinar si la atención posterior al accidente cerebrovascular dirigida por enfermeras es beneficiosa para el resultado psicosocial a largo plazo de los pacientes con accidente cerebrovascular que residen en la comunidad.	El estudio compara el impacto de la atención después del accidente cerebrovascular liderada por enfermeras en comparación con la atención habitual en los resultados psicosociales a largo plazo en pacientes con ACV. El estudio encontró que la atención después del ACV liderada por enfermeras no tuvo un impacto significativo en los resultados cognitivos y emocionales a largo plazo en comparación con la atención habitual. Sin embargo, la atención después del ACV liderada por enfermeras se asoció con una menor experiencia de restricciones en la participación social en comparación con la atención habitual. Este estudio demostró que el cuidado posterior al ictus dirigido por enfermeras fue beneficioso principalmente para el bienestar emocional a largo plazo después del episodio. No se demostró que fuera beneficioso para el resultado psicosocial y los síntomas depresivos.
A ³⁰ Brouwer- Goossens D, Scheele M, van Genugten L, Lingsma HF, Dippel DWJ, Koudstaal PJ, et al 2022 Países Bajos	Ensayo clínico aleatorizado controlado 136 pacientes que habían sido hospitalizados por accidente cerebrovascular	Evaluar la efectividad de las entrevistas motivacionales para fomentar cambios en el estilo de vida después del ataque isquémico transitorio (AIT) o el accidente cerebrovascular isquémico menor.	Este estudio aleatorizado controlado examinó si las entrevistas motivacionales realizadas por enfermeras podrían mejorar el cambio de comportamiento de estilo de vida después de un accidente cerebrovascular en pacientes con un alto riesgo de enfermedad cardiovascular. Aunque hubo una mejora en la adherencia al tratamiento, en el cambio en el hábito tabáquico y en el nivel de actividad, no se encontró evidencia de beneficios significativos en la dieta, en los niveles de colesterol, o manteniendo esos cambios del hábito tabáquico después de 6 meses de seguimiento. Los resultados no respaldan la efectividad de la entrevista motivacional en el apoyo al cambio de comportamiento del estilo de vida relacionados con la prevención del ictus tras un AIT o un derrame cerebral isquémico menor.

(Continúa)

Tabla 2. Artículos seleccionados. (Continuación).

TEMÁTICA AUTOR AÑO / PAÍS	TIPO DE ESTUDIO MUESTRA TOTAL	OBJETIVO	RESULTADOS PRINCIPALES
A, B ³¹ Oikarinen A, Engblom J, Paukkonen L, Kaariainen M, Kaakinen P, Kahkonen O 2022 Finlandia	Estudio cuasiexperimental 150 pacientes que habían sufrido un accidente cerebrovascular.	Determinar los efectos de la intervención de asesoramiento sobre el estilo de vida dirigida a los factores de riesgo, que se implementa durante la hospitalización aguda, sobre la adherencia a los cambios en el estilo de vida 7 años después del accidente cerebrovascular o el AIT.	El estudio examinó los efectos de una intervención de consejería de estilo de vida en la adherencia a cambios en el estilo de vida después de un accidente cerebrovascular. Los resultados mostraron que la intervención tuvo un efecto positivo en el consumo de alcohol y la pérdida de peso. Además, los participantes del grupo de intervención informaron una mayor adherencia a la medicación y una mejor comprensión de la importancia del estilo de vida saludable. También recibieron más apoyo de amigos, familiares y personal de enfermería en comparación con el grupo de control. El estudio sugiere que la intervención de asesoramiento sobre el estilo de vida dirigida a pacientes con accidente cerebrovascular y AIT, implementada durante la hospitalización aguda, puede mejorar algunos resultados relacionados con el estilo de vida 7 años después del alta.
C ³² Wang S, You J, Lin J, Fu X, Ning M, Mo Y, et al 2022 China	Ensayo clínico aleatorizado controlado 110 pacientes con accidente cerebrovascular isquémico que fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervenció n o al grupo de control	Evaluar si el programa dirigido por enfermeras puede mejorar las discapacidades en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico durante más de 6 meses.	El estudio evaluó los efectos de un programa liderado por enfermeras en la mejora de discapacidades en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico. Los resultados mostraron que el grupo que recibió el programa, en el que reciben una llamada del profesional de enfermería para proporcionarle apoyo, resolver dudas y realizar un seguimiento, tuvo una menor puntuación en la Escala de Gravedad de la discapacidad de NIHSS. El programa liderado por enfermeras puede mejorar la discapacidad en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico, posiblemente a través de la mejora del estado de salud mental.
B ³³ Sui W, Wan LH 2021 China	Estudio transversal correlacional 119 pacientes con accidente cerebrovascular que fueron seleccionad os consecutiva mente en un hospital de China	Explorar la influencia de la activación del paciente en la adherencia a la medicación de los pacientes con accidente cerebrovascular y analizar las razones de la no adhesión a la medicación.	El estudio examinó la relación entre la activación del paciente y la adherencia a la medicación en pacientes con ACV. La mayoría de los pacientes tenía un bajo nivel de activación y poca adherencia a la medicación. La activación del paciente también se relacionó con la adherencia en el análisis multivariado. Mejorar la activación del paciente podría aumentar la adherencia a la medicación en pacientes con ACV.
A ³⁴ Liljehult J, Christensen T, Molsted S, Overgaard D, Mesot Liljehult M, Møller T 2020 Dinamarca	Revisión sistemática 29 estudios con un total de 5.651 participantes	Examinar el efecto del asesoramiento o la intervención educativa dirigida a los factores de riesgo conductuales individuales o múltiples sobre la presión arterial y otros parámetros.	Se encontró que las intervenciones de estilo de vida para la prevención secundaria de eventos cerebrovasculares como pueden ser el asesoramiento individual, el seguimiento telefónico, las visitas domiciliarias, el apoyo en el establecimiento de metas, el estímulo repetido para la actividad física o el ejercicio supervisado tuvieron un efecto significativo en la reducción de la presión arterial sistólica y diastólica. Las intervenciones que incluyeron entrenamiento físico supervisado tuvieron un efecto mayor en comparación con aquellas sin entrenamiento supervisado. Los resultados sugieren que se necesitan intervenciones de estilo de vida mejor adaptadas y enfocadas para mejorar la adherencia y la efectividad de los tratamientos. La inclusión temprana de pacientes después del accidente cerebrovascular no parece afectar el efecto, pero se debe esperar una tasa de abandono más alta.

(Continúa)

Finalmente, Heron et al., llevaron a cabo un ensayo piloto de un programa de rehabilitación domiciliario liderado por enfermeras para pacientes con accidente isquémico transitorio (AIT) o ictus menor, que muestra la viabilidad y aceptabilidad del programa y su potencial para mejorar la prevención secundaria y la calidad de vida del paciente. El estudio encontró que el programa fue bien recibido por los pacientes y que tuvo efectos positivos en la reducción de los factores de riesgo cardiovascu-

lar, como la presión arterial y la mejora de la actividad física⁴¹. Se sugiere que la rehabilitación cardíaca basada en el hogar podría ser un método efectivo para prevenir el ictus y mejorar la salud cardiovascular en pacientes con AIT y/o un "accidente cerebrovascular menor" de origen aterosclerótico. Los resultados de este estudio indican que esta intervención es capaz de promover la actividad física, la resistencia y el equilibrio, y, además, tienen implicaciones para la práctica enfermera, ya

Tabla 2. Artículos seleccionados. (Continuación).

TEMÁTICA AUTOR AÑO / PAÍS	TIPO DE ESTUDIO MUESTRA TOTAL	OBJETIVO	RESULTADOS PRINCIPALES
B, C ³⁵ Irewall AL, Ögren J, Bergström L, Laurell K, Söderström L, Mooe T 2019 Suecia	Subestudio de un ensayo clínico aleatorizado y controlado 771 pacientes con accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio	Analizar la repercusión de dos formas de seguimiento preventivo secundario sobre la asociación entre el nivel educativo y los niveles de presión arterial (PA) y colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) después del accidente cerebrovascular/ataque isquémico transitorio (AIT).	Se encontró que los participantes con bajo nivel educativo eran mayores y tenían más comorbilidades y factores de riesgo cardiovascular. Además, se descubre una asociación entre el nivel educativo y los niveles de presión arterial y colesterol LDL durante los primeros 12 meses después de un accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio. Sin embargo, esta asociación varió según el seguimiento preventivo secundario recibido. Un seguimiento preventivo telefónico dirigido por enfermeras permitió mejorar de manera igualitaria la presión arterial sistólica en todos los grupos, y reducir los niveles de LDL-C en los participantes con bajo nivel educativo.
B, C ³⁶ Ögren J, Irewall AL, Söderström L, Mooe T 2018 Suecia	Ensayo clínico aleatorizado controlado 871 pacientes con antecedentes de accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio	Se investigó si el seguimiento telefónico dirigido por enfermeras que incluyó el ajuste de la medicación fue más eficiente que la atención habitual para mejorar los niveles de PA y LDL-C 36 meses después del alta después del accidente cerebrovascular o el AIT.	El estudio siguió a 660 participantes durante 36 meses después de un ACV o un AIT. El grupo de intervención tuvo valores de presión arterial sistólica, diastólica y colesterol LDL significativamente más bajos que el grupo de control. La diferencia en los valores medios de presión arterial sistólica y diastólica entre los grupos aumentó con el tiempo. Los autores concluyeron que si se implementa esta estrategia NAILED (Nurse-based age independent intervention to limit evolution of disease after stroke or TIA), podría mejorar los niveles de presión arterial y LDL-C en muchos sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares.
A ³⁷ Sammut M, Haracz K, English C, Shakespeare D, Crowfoot G, Nilsson M, Janssen H 2021 Finlandia	Descriptivo cualitativo 51 entrevistas a 30 participantes	Explorar las percepciones de la participación en un programa de prevención secundaria del accidente cerebrovascular (impartido por un equipo multidisciplinario de servicios de salud basado en la comunidad dentro de un gimnasio comunitario) por adultos con AIT o accidente cerebrovascular leve.	Los participantes destacaron la importancia del apoyo de profesionales de la salud en persona, estar en un grupo y satisfacer sus necesidades para una experiencia exitosa del programa. Los beneficios percibidos incluyeron hacer cambios y sentirse mejor, y valoraron la empatía, accesibilidad y tono de conversación del profesional de la salud, y la comunicación no controladora y no juzgadora. La participación en un ambiente seguro y en un grupo facilitado por un profesional de la salud les permitió la oportunidad de compartir experiencias con otros que habían experimentado interrupciones de vida similares.
B ³⁸ Gibson J, Coupe J, Watkins L 2021 Reino Unido	Cualitativa entrevista 9 personas que habían sufrido un ictus menos de 2 meses antes, 3 cuidadores y 15 enfermeros o enfermeras	Explorar las opiniones y experiencias de los supervivientes de accidentes cerebrovasculares, los cuidadores y las enfermeras sobre la adherencia a la medicación temprana después del alta hospitalaria posterior al accidente cerebrovascular.	El estudio se centra en la adherencia a la medicación después del alta hospitalaria en sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares y cuidadores, desde la perspectiva de enfermeras especializadas en accidentes cerebrovasculares, sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares y cuidadores. Los hallazgos destacan la falta de apoyo y el problema de la polifarmacia, y la necesidad de confianza en los medicamentos. También se destaca la importancia del apoyo del cuidador y la educación y apoyo de las enfermeras sobre la medicación posterior al accidente cerebrovascular. Además, el estudio resalta los desafíos que enfrentan los sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares al regresar a casa, que incluyen la necesidad de una transición rápida a la autogestión de regímenes de medicamentos complejos, y las múltiples actividades relacionadas con el trabajo de estos medicamentos. Los resultados del estudio pueden proporcionar información valiosa para el desarrollo de intervenciones de enfermería y programas de atención que aborden los desafíos que enfrentan los sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares al regresar a casa.

(Continúa)

Tabla 2. Artículos seleccionados. (Continuación).

TEMÁTICA AUTOR AÑO / PAÍS	TIPO DE ESTUDIO MUESTRA TOTAL	OBJETIVO	RESULTADOS PRINCIPALES
C ³⁹ Xin L, Sufen R, Fangqiu G 2021 China	Artículo de investigación 20 pacientes	Aclarar la estructura de red del sistema de rehabilitación Internet of Things, las funciones de cada parte y establecer una arquitectura general del sistema basada en la atención médica inteligente.	La tecnología descrita en el artículo puede ser útil para la enfermería y la prevención del ictus de varias maneras. Puede proporcionar acceso a datos médicos y archivos de salud de los pacientes de manera más rápida y eficiente, ayudar a monitorear y realizar un seguimiento de los pacientes que han sufrido un ictus y detectar tempranamente factores de riesgo en la comunidad.
C ⁴⁰ Wang S, Li Y, Tian J, Peng X, Yi L, Du C, Feng C, Liu C, Deng R, Liang X 2020 China	Ensayo controlado aleatorizado 200 pacientes	Explorar el efecto de la prevención secundaria del accidente cerebrovascular dirigida por brain and heart health manager (BHBM) sobre la presión arterial y en la mejora de la capacidad de autocuidado de los pacientes con accidente cerebrovascular.	Se evaluó el impacto del seguimiento liderado por mHealth en pacientes que habían sufrido un accidente cerebrovascular (ACV). Se comparó un grupo experimental que recibió seguimiento liderado por un equipo de enfermeras especialistas en ACV con un grupo de control que recibió seguimiento telefónico tradicional. Los resultados indicaron que el grupo experimental tuvo una mejoría significativa en la presión arterial sistólica (PAS) y en la capacidad de autocuidado en comparación con el grupo de control. Además, el grupo experimental mantuvo niveles normales de PAS en comparación con un aumento gradual en el grupo de control después de tres meses del alta. El estudio también sugiere que el seguimiento liderado por mHealth puede mejorar la adherencia a la medicación y la capacidad de gestión del autocuidado, lo que puede tener un impacto positivo en la salud general del paciente. Además, se encontró que el índice de masa corporal (IMC) antes y después de la intervención en el grupo experimental fue significativamente diferente, lo que indica que hubo un impacto positivo cuando se aplicó el seguimiento. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la lipoproteína de baja densidad entre los dos grupos.
C ⁴¹ Heron N, Kee F, Mant J, E Cupples M, Donnelly M 2019 Reino Unido	Ensayo controlado aleatorio 40 pacientes	Poner a prueba un ensayo controlado aleatorio de un nuevo programa de prevención domiciliaria.	El programa del que se habla en este artículo fue diseñado para ayudar a los pacientes a reducir su riesgo de accidente cerebrovascular y mejorar su capacidad física y cardiovascular. Se sugiere que la rehabilitación cardíaca basada en el hogar podría ser un método efectivo para prevenir el ictus y mejorar la salud cardiovascular en pacientes con AIT y/o un "accidente cerebrovascular menor" de origen aterosclerótico. Los resultados tienen implicaciones para la práctica de enfermería, ya que proponen que los enfermeros y enfermeras pueden desempeñar un papel importante en la implementación y supervisión de programas de rehabilitación cardíaca en el hogar para pacientes con AIT y/o un "accidente cerebrovascular menor".
A ⁴² Johnson B, Handler D, Urrutia V, Alexandrov 2018 EEUU	Estudio piloto comparativo 2 estudios piloto con 228 pacientes y cuidadores	Comparar dos estudios realizados para explorar los resultados en cuanto a la retención de conocimiento del accidente cerebrovascular al alta hospitalaria.	En primer lugar, el estudio se enfoca en la educación de los pacientes y cuidadores sobre los factores de riesgo del ictus, la prevención del ictus y el reconocimiento de los síntomas del ictus. Este tipo de educación es importante para la prevención del ictus y la atención temprana en caso de un evento de ictus. En segundo lugar, el sugiere que la educación mediante pruebas puede mejorar la retención de información sobre el ictus en el momento del alta hospitalaria. Esto puede ser útil para los profesionales de enfermería que se encargan de proporcionar educación sobre el ictus a los pacientes y cuidadores. En tercer lugar, propone el uso de estrategias de aprendizaje mejoradas por pruebas para mejorar las competencias de autogestión de los pacientes y cuidadores, lo que puede ayudar en la adherencia a los regímenes de prevención secundaria y en la identificación temprana y respuesta a futuros eventos de ictus.

Fuente: Elaboración propia.

que proponen que el personal enfermero puede desempeñar un papel importante en la implementación y supervisión de programas de rehabilitación de este tipo⁴¹. Estos resultados coinciden con los apreciados por Saunders et al., que encontraron que el entrenamiento cardiorrespiratorio y con ejercicios mixtos fueron efectivos para reducir la discapacidad en los sobrevivientes de accidente cerebrovascular y que promover caminar aumentó la movilidad, por lo que la rehabilitación desde

el hogar, si se concientiza y se educa al paciente, es posible y efectiva⁷³. En este caso el seguimiento telefónico sí da buenos resultados, apoyando la teoría de Irewall et al en sus estudios de 2018 y 2019^{35,36}. Además, apoya la idea de Mendyk et al., en su protocolo, ya que ambos quieren mejorar la vida del paciente con un seguimiento tras el ACV, involucrando si es posible a la familia y cuidadores del paciente⁷⁰.

CONCLUSIONES

- I. La enfermería utiliza estrategias como programas educativos personalizados, promoción de hábitos saludables y tecnologías innovadoras para el seguimiento y el control de los factores de riesgo, para mejorar la atención a pacientes con ictus. La actualización constante y formación continua de los profesionales en la prevención secundaria del ictus son aspectos clave para brindar una atención óptima y mejorar la calidad de vida de estos pacientes y sus familias.
- II. El apoyo y asesoramiento de la enfermera o enfermero supone una gran ayuda a los pacientes de cara a disminuir los factores de riesgo del estilo de vida. Las intervenciones educativas individualizadas y grupales, el enfoque multidisciplinario, el abandono del tabaquismo y la atención posterior al ictus son elementos clave para mejorar los resultados y reducir el riesgo de recurrencia. Sin embargo, se requiere una mayor investigación para adaptar las intervenciones y lograr cambios de comportamiento sostenibles en el estilo de vida de los pacientes post-ictus.
- III. La enfermería desempeña un papel relevante en mejorar la adherencia al tratamiento en la prevención secundaria del ictus. La educación del paciente y su familia, el seguimiento sistemático y conseguir una mayor activación del paciente, es decir un menor nivel de sedentarismo, se sitúan como estrategias efectivas. El apoyo del cuidador y la transición a la autogestión son aspectos esenciales a tener en cuenta. Además, entre las intervenciones enfermeras, el hecho de acompañar al paciente en cada paso de su plan individualizado hace mejorar los resultados a largo plazo.
- IV. Las tecnologías disponibles para la monitorización y teleseguimiento en el hogar pueden mejorar la calidad de vida de

los pacientes en riesgo de ACV. La enfermería desempeña un papel significativo en la implementación de estas tecnologías, así como en el seguimiento de estos pacientes. Las herramientas, como plataformas digitales y seguimiento telefónico liderado por enfermeras, permiten la detección temprana de factores de riesgo y promueven el autocuidado. Siendo estos avances una oportunidad para prevenir complicaciones y mejorar la atención sanitaria en pacientes con riesgo de ACV.

Este estudio ha enfrentado varias dificultades y limitaciones. La categoría de monitorización sanitaria y teleseguimiento en el hogar resultó ser amplia y compleja, lo que dificultó la obtención de información detallada y específica. Además, la falta de consenso en la literatura científica fueron un desafío al analizar diferentes investigaciones. Otra limitación de esta categoría se relaciona con los prometedores estudios de los que aún no se han obtenido resultados por estar en fase de realización y de los que solo se ha obtenido el protocolo de estudio.

Tras la realización de esta revisión bibliográfica durante estos meses, se destaca la diversa y amplia información recogida en los estudios encontrados existentes acerca de las intervenciones de la enfermería en la prevención secundaria del paciente con ictus.

Como prospectiva, se plantea la importancia de fortalecer la investigación en este ámbito de la enfermería contribuyendo a optimizar los cuidados de estos pacientes, reducir la incidencia de complicaciones y mejorar su calidad de vida. Se requiere una mayor difusión de los hallazgos y conocimientos generados en este campo, para establecer estrategias de implementación efectivas y garantizar que los resultados de la investigación se traduzcan en beneficios tangibles para los pacientes y la práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silva JM. Programa de formación para la detección de ictus intrahospitalario dirigido a profesionales de enfermería. 16 de junio de 2015;
2. Jorquera Zuara S. Actuación enfermera ante el código ictus en ámbito hospitalario - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. [citado 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/actuacion-enfermera-ante-el-codigo-ictus-en-ambito-hospitalario/>
3. Código Ictus - Federación Española del Ictus [Internet]. FEI. [citado 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://ictusfederacion.es/infoictus/codigo-ictus/>
4. Cea-Calvo L, Redón J, Lozano JV, Fernández-Pérez C, Martí-Canales JC, Llisterri JL, et al. Prevalencia de fibrilación auricular en la población española de 60 o más años de edad. Estudio PREV-ICTUS. Rev Esp Cardiol. 1 de junio de 2007;60(6):616-24.
5. Proceso Asistencial Integrado. Ictus [Internet]. [citado 19 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1957075765_pai_ictus_abril_2015.pdf
6. Ruiz-Mejía AF, Pérez-Romero GE, Ángel-Macías MA. Ataque cerebrovascular isquémico: fisiopatología desde el sistema biomédico y su equivalente en la medicina tradicional china. Rev Fac Med. 1 de enero de 2017;65(1):137-44.
7. Perea, Mila. Diferencias de género en el ictus isquémico. marzo de 2019 [citado 20 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://www.esteve.org/wp-content/uploads/2019/05/EM-39-07.pdf>
8. Ferrero, de Torres A. Importancia de la educación para la salud en la detección precoz del ictus. 2021;
9. Borrueal Aguilar MJ, Martínez Oviedo A. Código Ictus en Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Atalaya Médica Turol. 2013;(4):25-35.
10. Domínguez Mayoral A. Activación código Ictus IAVANTE, HUVM Unidad Neurovascular. 2022.
11. Escala NIHSS National Institute of Health Stroke Score [Internet]. [citado 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://tiempoescerebro.com/wp-content/uploads/2017/06/nihss.pdf>
12. Escala neurológica canadiense [Internet]. Tratamientoictus.com. 2018 [citado 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.tratamientoictus.com/escala-neurologica-canadiense/>
13. Escala de Rankin Modificada [Internet]. [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://tiempoescerebro.com/wp-content/uploads/2017/06/rankin-modificada.pdf>

14. lic. Gladis Patricia Aristizábal Hoyos, lic. Dolly Marlene Blanco Borjas, lic. Araceli Sánchez Ramos, mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm Univ*. diciembre de 2011;8(4).
15. Gil-Girbau M, Pons-Vigués M, Rubio-Valera M, Murrugarra G, Masluk B, Rodríguez-Martín B, et al. Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2019 Nov;
16. Díaz-Sánchez R, Arias-Torres D. Efectividad de intervención de enfermería en hábitos de vida saludable desde el modelo de Nola Pender. 17 de septiembre de 2021;
17. Villalonga M, Sances M, Hernández Á de C. Grupo de uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico del ictus. 2022;
18. Garrido Ballesteros S. Código de actuación en enfermería para ictus [Internet]. <https://cursosfnn.com/>. 2019 [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-13/actuacion-de-enfermeria-en-el-codigo-ictus/>
19. Trueba-Gómez R, Estrada-Lorenzo JM. La base de datos PubMed y la búsqueda de información científica. *Semin Fund Esp Reumatol*. 1 de abril de 2010;11(2):49-63.
20. Scopus | La mayor base de datos de bibliografía revisada por pares [Internet]. [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/soluciones/scopus>
21. CINAHL, la base de datos para los enfermeros y otros sanitarios - Diario Dicen [Internet]. *Enfermería21*. 2016 [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/cinahl-la-base-de-datos-para-los-enfermeros-y-otros-sanitarios-DDIMPORT-042915/>
22. Bases de datos Web Of Science | Recursos Científicos [Internet]. [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.recursoscientificos.fecyt.es/licencias/productos-contratados/wos>
23. Qué es Dialnet [Internet]. Centro de asistencia de Dialnet. 2021 [citado 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://soporte.dialnet.unirioja.es/portal/es/kb/articles/qu%C3%A9-es-dialnet>
24. Moola S, Munn Z, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Lisy K, et al. Conducting systematic reviews of association (etiology): The Joanna Briggs Institute's approach. *Int J Evid Based Healthc*. septiembre de 2015;13(3):163-9.
25. Munn Z, Moola S, Lisy K, Riitano D, Tufanaru C. Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data. *Int J Evid Based Healthc*. septiembre de 2015;13(3):147-53.
26. Alexandrov AW. The Sky's the Limit: Expanding Nursing's Contribution to Acute Stroke Science. *Am J Crit Care*. julio de 2022;31(4):266-74.
27. Tarihoran DETAU, Honey M, Slark J. Educational Strategies for Secondary Stroke Prevention: An Integrative Literature Review. *Am J Health Educ*. 11 de diciembre de 2021;52(6):364-76.
28. Huijuan He, Chizimuzo T. C. Okoli. The association between smoking and secondary or recurrent stroke: A systematic review. *Macau J Nurs*. junio de 2019;18(1/2):38-47.
29. Verberne DPJ, Kroese ME a. L, Staals J, Ponds RWHM, van Heugten CM. Nurse-led stroke aftercare addressing long-term psychosocial outcome: a comparison to care-as-usual. *Disabil Rehabil*. 5 de junio de 2022;44(12):2849-57.
30. Brouwer-Goossens D, Scheele M, van Genugten L, Lingsma HF, Dippel DWJ, Koudstaal PJ, et al. Motivational interviewing in a nurse-led outpatient clinic to support lifestyle behaviour change after admission to a stroke unit: a randomized controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*. enero de 2022;21(1):36-45.
31. Oikarinen A, Engblom J, Paukkonen L, Kaariainen M, Kaakinen P, Kahkonen O. Effects of a lifestyle counselling intervention on adherence to lifestyle changes 7 years after stroke - A quasi-experimental study. *Scand J Caring Sci* [Internet]. [citado 7 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://www.webofscience.com/wos/alldb/summary/85feee3a-9fd4-4a30-89d6-516e2e00fad8-76957f74/relevance/1>
32. Wang S, You J, Lin J, Fu X, Ning M, Mo Y, et al. Effects of the nurse-led program on disabilities improvement in patients with ischemic stroke. *Medicine (Baltimore)*. 16 de septiembre de 2022;101(37):e30652.
33. Sui W, Wan LH. Association Between Patient Activation and Medication Adherence in Patients With Stroke: A Cross-Sectional Study. *Front Neurol*. 2021;12:722711.
34. Liljehult J, Christensen T, Molsted S, Overgaard D, Mesot Liljehult M, Møller T. Effect and efficacy of lifestyle interventions as secondary prevention. *Acta Neurol Scand*. octubre de 2020;142(4):299-313.
35. Irewall AL, Ögren J, Bergström L, Laurell K, Söderström L, Mooe T. Nurse-led, telephone-based secondary preventive follow-up benefits stroke/TIA patients with low education: a randomized controlled trial sub-study. *Trials*. 15 de enero de 2019;20(1):52.
36. Ögren J, Irewall AL, Söderström L, Mooe T. Long-term, telephone-based follow-up after stroke and TIA improves risk factors: 36-month results from the randomized controlled NAILED stroke risk factor trial. *BMC Neurol*. 21 de septiembre de 2018;18(1):153.
37. Sammut M, Haracz K, English C, Shakespeare D, Crowfoot G, Nilsson M, et al. Participants' Perspective of Engaging in a Gym-Based Health Service Delivered Secondary Stroke Prevention Program after TIA or Mild Stroke. *Int J Environ Res Public Health*. 30 de octubre de 2021;18(21):11448.
38. Gibson J, Coupe J, Watkins C. Medication adherence early after stroke: using the Perceptions and Practicalities Framework to explore stroke survivors', informal carers' and nurses' experiences of barriers and solutions. *J Res Nurs JRN*. septiembre de 2021;26(6):499-514.
39. Li X, Ren S, Gu F. Medical Internet of Things to Realize Elderly Stroke Prevention and Nursing Management. *J Healthc Eng*. 2021;2021:9989602.
40. Wang S, Li Y, Tian J, Peng X, Yi L, Du C, et al. A randomized controlled trial of brain and heart health manager-led mHealth secondary stroke prevention. *Cardiovasc Diagn Ther*. octubre de 2020;10(5):1192-9.

41. Heron N, Kee F, Mant J, Cupples ME, Donnelly M. Rehabilitation of patients after transient ischaemic attack or minor stroke: pilot feasibility randomised trial of a home-based prevention programme. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* octubre de 2019;69(687):e706-14.
42. Johnson B, Handler D, Urrutia V, Alexandrov AW. Retention of Stroke Education Provided during Hospitalization: Does Provision of Required Education Increase Stroke Knowledge? *Interv Neurol.* octubre de 2018;7(6):471-8.
43. Oikarinen A, Kääriäinen M, Kyngäs H. A framework of counseling for patients with stroke in nursing: a narrative literature review. *J Neurosci Nurs J Am Assoc Neurosci Nurses.* octubre de 2014;46(5):E3-14.
44. Toni D, Di Angelantonio E, Di Mascio MT, Vinisko R, Bath PMW, PRoFESS Study Group. Types of stroke recurrence in patients with ischemic stroke: a substudy from the PRoFESS trial. *Int J Stroke Off J Int Stroke Soc.* octubre de 2014;9(7):873-8.
45. Kaplan RC, Tirschwell DL, Longstreth WT, Manolio TA, Heckbert SR, Lefkowitz D, et al. Vascular events, mortality, and preventive therapy following ischemic stroke in the elderly. *Neurology.* 27 de septiembre de 2005;65(6):835-42.
46. Epstein KA, Viscoli CM, Spence JD, Young LH, Inzucchi SE, Gorman M, et al. Smoking cessation and outcome after ischemic stroke or TIA. *Neurology.* 17 de octubre de 2017;89(16):1723-9.
47. Alvarez LR, Balibrea JM, Suriñach JM, Coll R, Pascual MT, Toril J, et al. Smoking cessation and outcome in stable outpatients with coronary, cerebrovascular, or peripheral artery disease. *Eur J Prev Cardiol.* junio de 2013;20(3):486-95.
48. Gillham S, Endacott R. Impact of enhanced secondary prevention on health behaviour in patients following minor stroke and transient ischaemic attack: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* septiembre de 2010;24(9):822-30.
49. Ireland S, MacKenzie G, Gould L, Dassinger D, Koper A, LeBlanc K. Nurse case management to improve risk reduction outcomes in a stroke prevention clinic - PubMed [Internet]. 2010 [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21268488/>
50. Barker-Collo S, Krishnamurthi R, Witt E, Feigin V, Jones A, McPherson K, et al. Improving Adherence to Secondary Stroke Prevention Strategies Through Motivational Interviewing: Randomized Controlled Trial. *Stroke.* diciembre de 2015;46(12):3451-8.
51. Liljeblom J, Molsted S, Møller T, Overgaard D, Adamsen L, Jarden M, et al. Lifestyle counselling as secondary prevention in patients with minor stroke and transient ischemic attack: study protocol for a randomized controlled pilot study. *Pilot Feasibility Stud.* 2020;6:40.
52. Deijle IA, Van Schaik SM, Van Wegen EEH, Weinstein HC, Kwakkel G, Van den Berg-Vos RM. Lifestyle Interventions to Prevent Cardiovascular Events After Stroke and Transient Ischemic Attack: Systematic Review and Meta-Analysis. *Stroke.* enero de 2017;48(1):174-9.
53. Lawrence M, Pringle J, Kerr S, Booth J. Stroke survivors' and family members' perspectives of multimodal lifestyle interventions for secondary prevention of stroke and transient ischemic attack: a qualitative review and meta-aggregation. *Disabil Rehabil.* 2016;38(1):11-21.
54. Lawrence M, Pringle J, Kerr S, Booth J, Govan L, Roberts NJ. Multimodal secondary prevention behavioral interventions for TIA and stroke: a systematic review and meta-analysis. *PloS One.* 2015;10(3):e0120902.
55. Bridgwood B, Lager KE, Mistri AK, Khunti K, Wilson AD, Modi P. Interventions for improving modifiable risk factor control in the secondary prevention of stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 7 de mayo de 2018;5(5):CD009103.
56. Baghdady M, Carnahan H, Lam EWN, Woods NN. Test-enhanced learning and its effect on comprehension and diagnostic accuracy. *Med Educ.* febrero de 2014;48(2):181-8.
57. Middleton EL, Schwartz MF, Rawson KA, Garvey K. Test-Enhanced Learning Versus Errorless Learning in Aphasia Rehabilitation: Testing Competing Psychological Principles. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn.* julio de 2015;41(4):1253-61.
58. Larsen DP, Butler AC, Roediger HL. Comparative effects of test-enhanced learning and self-explanation on long-term retention. *Med Educ.* julio de 2013;47(7):674-82.
59. Larsen DP, Butler AC, Aung WY, Corboy JR, Friedman DI, Sperling MR. The effects of test-enhanced learning on long-term retention in AAN annual meeting courses. *Neurology.* 17 de febrero de 2015;84(7):748-54.
60. McManus JA, Craig A, McAlpine C, Langhorne P, Ellis G. Does behaviour modification affect post-stroke risk factor control? Three-year follow-up of a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* febrero de 2009;23(2):99-105.
61. Hibbard J. Patient Activation and Health Literacy: What's the Difference? How Do Each Contribute to Health Outcomes. *Stud Health Technol Inform.* 2017;240:251-62.
62. Arrich J, Müllner M, Lalouschek W, Greisenegger S, Crevenna R, Herkner H. Influence of socioeconomic status and gender on stroke treatment and diagnostics. *Stroke.* julio de 2008;39(7):2066-72.
63. Huang K, Khan N, Kwan A, Fang J, Yun L, Kapral MK. Socioeconomic status and care after stroke: results from the Registry of the Canadian Stroke Network. *Stroke.* febrero de 2013;44(2):477-82.
64. Sjölander M, Eriksson M, Glader EL. Social stratification in the dissemination of statins after stroke in Sweden. *Eur J Clin Pharmacol.* mayo de 2013;69(5):1173-80.
65. Sjölander M, Eriksson M, Asplund K, Norring B, Glader EL. Socioeconomic Inequalities in the Prescription of Oral Anticoagulants in Stroke Patients With Atrial Fibrillation. *Stroke.* agosto de 2015;46(8):2220-5.
66. Al AlShaikh S, Quinn T, Dunn W, Walters M, Dawson J. Predictive factors of non-adherence to secondary preventative medication after stroke or transient ischaemic attack: A systematic review and meta-analyses. *Eur Stroke J.* junio de 2016;1(2):65-75.
67. Rowat A, Pollock A, St George B, Cowey E, Booth J, Lawrence M, et al. Top 10 research priorities relating to stroke nursing: a rigorous approach to establish a national nurse-led research agenda. *J Adv Nurs.* noviembre de 2016;72(11):2831-43.
68. Orellana-Urzuá S, Rojas I, Libano L, Rodrigo R. Pathophysiology of Ischemic Stroke: Role of Oxidative Stress. *Curr Pharm Des.* 2020;26(34):4246-60.
69. Barthels D, Das H. Current advances in ischemic stroke research and therapies. *Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis.* 1 de abril de 2020;1866(4):165260.

70. Mendyk AM, Duhamel A, Bejot Y, Leys D, Derex L, Dereeper O, et al. Controlled Education of patients after Stroke (CEOPS)-nurse-led multimodal and long-term interventional program involving a patient's caregiver to optimize secondary prevention of stroke: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 22 de febrero de 2018;19:137.
71. Sadoughi F, Behmanesh A, Sayfour N. Internet of things in medicine: A systematic mapping study. *J Biomed Inform*. 1 de marzo de 2020;103:103383.
72. Bosselmann L, Fangauf SV, Herbeck Belnap B, Chavanon ML, Nagel J, Neitzel C, et al. Blended collaborative care in the secondary prevention of coronary heart disease improves risk factor control: Results of a randomised feasibility study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. febrero de 2020;19(2):134-41.
73. Saunders DH, Sanderson M, Hayes S, Kilrane M, Greig CA, Brazzelli M, et al. Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 24 de marzo de 2016;3(3):CD003316

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

De la Torre Romero A. Abordaje de la enfermería en la prevención secundaria del paciente con ictus: Revisión bibliográfica. *Hygia de Enfermería*. 2025; 42(2): 60-75

Experiencias de las matronas en el acompañamiento a familias en duelo perinatal: revisión de la literatura

Midwives' experiences in assisting families in perinatal bereavement: a review of the literature

Alba Vargas Crespo^A, Lourdes Márquez Suárez^A, Dolores Pont Vázquez^A

^A R2 Enfermería obstétrico-ginecológica (matrona). Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla).

RESUMEN

Introducción: La pérdida perinatal supone un gran impacto emocional para los padres que la sufren. De igual modo, acompañar a estas familias durante el duelo y brindar la atención y los cuidados necesarios supone un gran reto para las matronas, quienes pueden ver alterado su bienestar y, por consiguiente, la calidad de su atención. A esto se le suma una serie de dificultades y limitaciones que se traducen en necesidades percibidas por las propias matronas y, por tanto, sentidas en las familias que atienden.

Objetivos: el objetivo principal de esta revisión es analizar las experiencias de las matronas en el acompañamiento a las familias durante el duelo perinatal.

Metodología: Se realizó una revisión de la literatura en diferentes bases de datos de ciencia de la salud nacionales e internacionales durante abril de 2025 para obtener artículos que cumplieran los criterios de inclusión.

Resultados: Las matronas enfrentan un profundo impacto emocional tras atender pérdidas perinatales, experimentando estrés, ansiedad, culpa y síntomas de Burnout. La falta de formación, apoyo institucional y recursos limita su capacidad de brindar cuidados adecuados. Aún así, algunas encuentran sentido y crecimiento personal en este rol.

Conclusiones: El impacto emocional del duelo perinatal en las matronas es profundo y duradero. Las principales dificultades a las que se enfrentan son la falta de formación, apoyo institucional y recursos, por lo que demandan formación específica, apoyo emocional y reconocimiento institucional para mejorar su capacidad de afrontamiento.

PALABRAS CLAVE

duelo perinatal, pérdida perinatal, matrona, atención al duelo

ABSTRACT

Introduction: Perinatal loss poses a great emotional impact for the bereaved parents. Likewise, accompanying these families during bereavement and providing the necessary attention and care is a great challenge for midwives, who may see their well-being and, consequently, the quality of their care altered. This is compounded by a series of difficulties and limitations that translate into needs perceived by the midwives themselves and, therefore, felt by the families they care for.

Objectives: the main objective of this review is to analyse the experiences of midwives in accompanying families during perinatal bereavement.

Methodology: A literature review was conducted in different national and international health science databases during April 2025 to obtain articles that met the inclusion criteria.

Results: Midwives face a profound emotional impact after caring for perinatal losses, experiencing stress, anxiety, guilt and Burnout symptoms. Lack of training, institutional support and resources limit their ability to provide adequate care. Still, some find meaning and personal growth in this role.

Conclusions: The emotional impact of perinatal bereavement on midwives is profound and long-lasting. The main difficulties they face are lack of training, institutional support and resources, so they demand specific training, emotional support, and emotional support to help them cope with the emotional impact of perinatal bereavement.

KEYWORDS

perinatal grief, perinatal loss, midwife, bereavement care

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso natural en la vida reproductiva de la mujer asociado al éxito y a la vida, ya que se espera el nacimiento de un niño sano. Para las familias, el nacimiento tiene un significado social, emocional y psicológico que marca un antes y un después en sus vidas. Sin embargo, la pérdida perinatal es un evento trágico que afecta la vida social, familiar y de la pareja, alterando sus ilusiones y sueños^{1,2,3,4,5}.

La pérdida perinatal se define como la pérdida de un bebé a causa de un aborto espontáneo, el nacimiento de un feto muerto y la muerte neonatal. Ocurre en el 25% de los embarazos conocidos en todo el mundo y también incluye el embarazo ectópico, la pérdida anticipada de un bebé tras el diagnóstico de una anomalía fetal mortal o una afección que limita la vida y la pérdida experimentada tras la interrupción médica del embarazo de una mujer cuya vida corre peligro^{6,7,8,9}.

Dentro de esta encontramos el término muerte perinatal definido por la OMS como la muerte fetal de al menos 28 semanas de gestación y/o 1000 gramos de peso y la muerte neonatal de hasta siete días después del nacimiento^{7,10}.

La etiología se debe a múltiples causas que se pueden clasificar en causas fetales, como las anomalías congénitas múltiples del sistema nervioso y circulatorio o la hipoxia fetal, causas de origen placentario debidas a alteraciones en la placenta o el cordón umbilical, causas de origen materno y causas de origen desconocido^{5,11}.

Las Naciones Unidas, UNICEF y la Organización Mundial de la Salud, dentro del contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS3) y el Plan de Acción para Todos los Recién Nacidos (PEAN), respectivamente, aspiran a reducir la mortalidad perinatal a menos de 12 muertes fetales por cada 1.000 nacidos vivos y menos de 12 muertes neonatales por cada 1.000 nacimientos totales en todos los países para 2030^{12,13,14}.

El descenso de la muerte fetal en los países desarrollados es debido a la implementación de políticas de salud adecuadas y al desarrollo de normas específicas en el manejo de los embarazos de alto riesgo, así como los avances científicos respecto a las técnicas diagnósticas que han facilitado el diagnóstico precoz y el tratamiento, evitando muchas muertes perinatales^{15,16,17}.

En España, según los datos del Instituto Nacional Estadística, la tasa de mortalidad perinatal ha ido disminuyendo con el paso de los años, alcanzando su valor más bajo en 2023, con un total de 3,95 defunciones por mil nacidos^{18,19}.

La muerte perinatal, tanto temprana como tardía, es una tragedia devastadora para los padres, quienes, aunque no llegaron a conocer a su hijo, habían creado un vínculo afectivo durante el embarazo, por lo que la pérdida no solo implica la muerte de un bebé, sino también la desaparición de un proyecto de vida ya que desaparecen las expectativas que tenían para su futuro^{1,9,11,20}.

Está considerado como una de las experiencias más traumáticas que pueden vivir los padres. Tras una pérdida perinatal, los padres suelen experimentar una serie de reacciones emocionales intensas, como shock, insensibilidad y dificultades para funcionar normalmente, llegando incluso a provocar síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). A menudo sienten

una profunda añoranza y muestran conductas de búsqueda, acompañadas de irritabilidad, debilidad y culpa. Algunas mujeres incluso reportan percepciones sensoriales, como oír el llanto del bebé o sentir sus movimientos. Con el tiempo, se produce una desorientación que afecta su vida diaria, generando un sentimiento de vacío y desamparo^{2,3,5,6,15,21}.

Uno de los factores que explica por qué la pérdida de un hijo tiene tanto impacto en los padres en el siglo XXI es la reducción del número de hijos por pareja. Este patrón coloca a España entre los países con la tasa de fecundidad más baja, con un promedio de 1,4 hijos por mujer¹⁷.

Aunque las reacciones emocionales, como la culpabilidad, tristeza, miedo, y apatía, son similares a las de otros tipos de duelo, la pérdida de un bebé es una experiencia de sufrimiento especialmente grave, que tiende a ser más prolongada y compleja, con síntomas que varían en intensidad y duración. Por ello, el duelo perinatal puede ser complejo y requiere de apoyo especializado para evitar un duelo patológico, ya que un acompañamiento adecuado mejora la experiencia de los padres y reduce el riesgo de efectos psicológicos negativos^{2,9,11,15,16,21}.

El duelo perinatal se encuadra dentro de la categoría de duelo desautorizado ya que durante mucho tiempo, las pérdidas perinatales han sido un tema tabú. La pérdida fetal no suele ser reconocida ni validada socialmente, por lo que los padres se pueden sentir marginados e incomprensidos tanto por el entorno familiar como por el social, llegando incluso a no ser expresado por ellos mismos de forma abierta, viéndose envueltos en una situación de soledad^{5,11,15,22}.

En el acompañamiento a los padres que atraviesan una experiencia tan impactante y emocionalmente abrumadora, la relación con el equipo de salud juega un papel fundamental^{8,15}.

La matrona es el profesional de referencia a lo largo de todo el proceso de embarazo, parto y puerperio, lo que la convierte en la figura idónea para ofrecer una atención continuada ante una pérdida perinatal. Para poder ofrecer una atención al duelo de calidad es necesario que dispongan las habilidades necesarias para el asesoramiento, acompañamiento y atención de la familia, así como la confianza necesaria para desempeñar estos aspectos cruciales en su función profesional^{2,3,6,8,16,21}.

Las matronas desempeñan un rol muy especial tras la pérdida de un bebé: acompañan a los padres, brindan apoyo a las madres en el proceso de toma de decisiones y durante el parto. Son las primeras en conocer al bebé y en tomar su cuerpo en sus manos, encargándose del momento de "decir hola y adiós". Con frecuencia, actúan como testigos privilegiados, permitiendo que los padres en duelo compartan su experiencia. Estas tareas son complicadas, ya que requieren no solo habilidades profesionales, sino también un fuerte componente personal^{2,15}.

Sin embargo, la experiencia de la pérdida perinatal no solo es emocionalmente dolorosa para los padres en duelo, sino que también afecta de manera negativa a las matronas que los atienden, ya que puede influir en su bienestar y, en consecuencia, en la calidad de la atención que brindan^{4,6}.

El objetivo principal de este artículo es revisar la evidencia científica existente sobre la experiencia de la pérdida o duelo perinatal vivido en la práctica por las matronas.

Como objetivos específicos encontramos los siguientes:

- Describir el impacto que tienen en las matronas la muerte perinatal y la atención al duelo perinatal.
- Identificar las principales dificultades a las que se enfrentan las matronas a la hora de acompañar a familias durante el duelo perinatal.
- Conocer las necesidades expresadas de las matronas para mejorar su gestión emocional tras el acompañamiento al duelo perinatal.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de la Biblioteca Virtual del Sistema Andaluz de Salud (SAS). Las bases de datos utilizadas han sido internacionales, como PubMed, Scopus, Cinahl y Elsevier, y nacionales, como el caso de Dialnet. La búsqueda se llevó a cabo durante el mes de abril de 2025.

Para crear la estrategia de búsqueda y obtener los términos principales estandarizados se utilizaron los descriptores de ciencia de la salud DeCS/MeSH, unidos por los operadores booleanos AND y OR, así como el truncamiento y los paréntesis. Los términos estandarizados usados fueron los siguientes: “Midwives”, “Midwifery”, “Matrona”, “Enfermería Obstétrica”, “Perinatal death”, “Stillbirth”, “Bereavement”, “Grief”, “Muerte perinatal”, “Muerte fetal”, “Pérdida perinatal”, “Duelo perinatal”, “Experience”, “Experiencia”.

La estrategia de búsqueda utilizada fue, en español y en inglés, la siguiente: (Matrona OR “Enfermería Obstétrica”) AND (“Pérdida perinatal” OR “Duelo Perinatal”) AND experiencia* // (Midwives OR Midwifery) AND (“Perinatal Death” OR Stillbirth) OR Grief) AND experience*

Para limitar la búsqueda bibliográfica realizada se han establecido como criterios de inclusión el tiempo (estudios realizados en los últimos 10 años), el idioma (español o inglés) y la disponibilidad del texto completo.

De la búsqueda realizada se obtuvieron 53 artículos, de los cuales se utilizaron 22 y 3 por búsqueda directa en la página del Ministerio de Sanidad, el Instituto de Estadística y la OMS.

RESULTADOS

Las matronas que acompañan a las familias durante una pérdida perinatal enfrentan efectos psicológicos significativos, como distanciamiento social, culpa y depresión, así como sentimientos de impotencia, angustia, ansiedad, frustración y tristeza. Este tipo de situaciones también contribuye al desarrollo de altos niveles de agotamiento emocional y Burnout en los profesionales de la salud, quienes experimentan un profundo malestar psicológico. Además, se ha observado que las matronas expuestas a eventos traumáticos perinatales presentan mayores síntomas de estrés postraumático (TEPT), lo que en algunos casos incluso les lleva a considerar abandonar la profesión. Los recuerdos de estos eventos pueden persistir durante años, provocando un sufrimiento emocional continuo, lo que aumenta el riesgo de fatiga por compasión y agotamiento en su labor^{1,2,5,7,9,11,23,24}.

El estrés y la ansiedad derivados de la dificultad para brindar apoyo al duelo, el enojo de los padres y la falta de recursos, generan agotamiento, tensión muscular y dolores de cabeza en los profesionales de la salud. Además, suelen presentarse problemas de apetito y trastornos del sueño, relacionados con pensamientos persistentes sobre el bebé y sus padres^{4,11}.

La manera en que las matronas manejan sus emociones y el estrés suele ser inadecuada, principalmente debido a la falta de conocimiento sobre las estrategias de afrontamiento más efectivas, o porque estas no son posibles en su entorno laboral debido a las características de la unidad, su dinámica o la percepción de que las respuestas emocionales son inapropiadas y poco profesionales¹¹.

Para hacer frente a estas emociones, el personal tiende a centrarse en los cuidados físicos y en las tareas clínicas, evitando el contacto directo con las familias y distanciándose emocionalmente de ellas, a pesar de reconocer su importancia. En algunos casos, también se observa una tendencia a generalizar las necesidades de los padres^{1,11,21,20,24}.

La muerte del bebé no solo representa una pérdida para los padres, sino también para las matronas, quienes sienten la pérdida de una conexión cercana con un paciente con el que han compartido un proceso significativo. Además, experimentan la pérdida de sus propias expectativas y objetivos no cumplidos, así como de su imagen y rol profesional. También se enfrentan a pérdidas vinculadas a su sistema de creencias y suposiciones sobre la vida, a pérdidas previas no resueltas y a la anticipación de futuras pérdidas⁷.

Los principales desafíos emocionales que enfrenta la matrona al asistir a los padres en duelo incluyen la comunicación de la noticia de la muerte, el encuentro con el bebé fallecido y la atención durante el parto y el alumbramiento. En cambio, aunque son conscientes de la relevancia para los padres del apoyo durante el posparto y la recopilación de recuerdos del bebé, se consideran situaciones menos estresantes².

La muerte súbita e inesperada impacta negativamente a los profesionales, generando mayor incomodidad al ofrecer un apoyo adecuado al duelo, en comparación con los casos donde se habían identificado previamente señales de alerta, ya que en esos casos los padres han tenido tiempo para procesar emocionalmente la pérdida^{1,11}.

El rol de la matrona, tanto en su ámbito profesional como en su entorno social y familiar, así como su perspectiva cultural influye en su percepción de la muerte perinatal y en la forma en que brinda cuidados a la familia del bebé fallecido^{11,17}.

No obstante, por el contrario, el duelo perinatal no tiene solo un impacto negativo en las matronas. Algunas reconocen su trabajo como gratificante, perciben sentimiento de cambio y crecimiento personal y se sienten privilegiadas de acompañar a los padres, con el deseo de brindar atención compasiva, facilitar el doloroso proceso y otorgar un cuidado de calidad a la familia^{1,5}.

Revisando la literatura existente sobre este tema para la realización de este trabajo ha sido notoria la realidad de que en nuestro medio existen pocas referencias respecto a las experiencias de los padres y de los profesionales, particularmente las matronas, ante la muerte perinatal, y que la mayor parte de las aportaciones científicas en este campo provienen de otros países¹⁷.

Los estudios publicados muestran que las matronas que se enfrentan a situaciones en las que tiene que proporcionar atención eficaz a los padres que han sufrido una pérdida perinatal encuentran dificultades debido a varios factores como la falta de formación y de experiencia, la falta de apoyo por parte de las instituciones y la escasez de recursos, tanto materiales como humanos. Estas dificultades se traducen en necesidades no solo referidas por los propios profesionales, sino que también son percibidas por los padres, receptores de dichos cuidados. Además, la falta de confianza por parte de las matronas para atender el duelo perinatal puede tener una influencia significativa en la salud mental de las familias que lo padecen^{4,6,8,11,15,23}.

Aspectos como la continuidad del cuidado y la autonomía, propios de la profesión de las matronas y que ayudan a desarrollar una relación emocional fuerte con las familias, especialmente con las madres, pueden verse mermados por la falta de capacidad de atención a estas situaciones, haciendo dificultosa la cooperación de las madres y las familias^{2,8}.

Debido a la falta de formación en la materia, algunas manifiestan que su entendimiento de las situaciones de duelo es meramente instintivo y que muchas de sus acciones están basadas en sus creencias personales, y guiadas por la compasión⁴.

La formación de pregrado en el manejo del duelo y duelo perinatal, que considere el desarrollo de habilidades comunicación y de contención emocional, manejo en situación de crisis y cómo comunicar malas noticias, entre otras, las cuales puedan ser fortalecidas con los años de experiencia laboral y la formación de postgrado a través de la educación continua, son las necesidades más percibidas y expresadas por las matronas con respecto a la formación en este ámbito^{1,11}.

No obstante, debido a la variedad de situaciones y reacciones emocionales que pueden presentarse, muchos profesionales consideran que, aunque una buena formación es fundamental, es la experiencia personal la que proporciona mayor conocimiento y confianza¹¹.

Existen estudios que defienden que las matronas más mayores con más experiencia, especialmente aquellas con formación adicional y vivencias personales de duelo, están mejor preparadas para atender a las familias en duelo perinatal. Este grupo de profesionales tiene una actitud más positiva y solidaria, además de un enfoque más empático, lo que les permite manejar estas situaciones con mayor eficacia. En cambio, las matronas con menos experiencia, aunque más jóvenes, tienden a utilizar un lenguaje más negativo y enfrentan mayores desafíos al tratar con el duelo, lo que refleja la importancia de la experiencia laboral sobre la edad para mitigar el impacto del duelo^{1,4}.

Sin embargo, a menudo son las matronas más experimentadas quienes se encargan de estos casos, lo que limita la oportunidad de aprendizaje para otras profesionales y genera un apoyo desigual a las familias. Por lo tanto, es crucial que todas las matronas tengan la oportunidad de gestionar estos casos en su práctica clínica para mejorar sus habilidades y conocimientos en el manejo del duelo^{6,11}.

El tiempo destinado a la atención de las familias podría propiciar que, tanto los profesionales como las familias, puedan asimilar la noticia de la pérdida, adquirir conocimiento sobre su proceso del duelo y manifestar sus necesidades emocionales

de mejor forma. Sin embargo, las matronas experimentan la falta de personal como un aumento en la carga de trabajo, lo que afecta negativamente al tiempo que pueden dedicar a escuchar y brindar apoyo a los padres que lo requieren^{1,6,8,11,25}.

La satisfacción laboral de las matronas aumenta cuando pueden ofrecer cuidados individualizados, flexibles y continuos a las familias, creando un ambiente de comunicación positiva tanto con los padres como con otros profesionales. Esto les permite dar un sentido a su trabajo y asociar la experiencia con sentimientos positivos. Sin embargo, cuando las matronas sienten que no pueden mitigar la pérdida o hacer lo suficiente por los padres, experimentan insatisfacción y frustración, lo que puede llevarlas a distanciarse emocionalmente de las familias^{4,11,15}.

Por otro lado, las matronas refieren que les resulta complicado involucrarse con los padres si estos tienen una cultura diferente que requiere de unos cuidados transculturales específicos respecto a la muerte y el duelo, y sobre todo si no comprenden su idioma y se debe recurrir a una tercera persona que haga de intérprete ya que no es posible transmitir apropiadamente la información¹¹.

La infraestructura de la unidad y el espacio disponible pueden impedir proporcionar la privacidad que necesitan los padres. Para las matronas resulta muy complicado atender a una familia que ha sufrido una pérdida perinatal mientras que en la habitación de al lado tienen que atender a otras familias que han vivido el nacimiento de un niño sano. Esto resulta muy estresante para las matronas ya que tienen que cambiar su comportamiento y manejar sus propias emociones rápidamente, a pesar de no estar mentalmente preparada para hacerlo^{4,9,11}.

Las matronas piden una mayor implicación de las instituciones en las que trabajan, no solo en el reconocimiento del duelo perinatal, sino también en la asignación de recursos adecuados para el cuidado de los afectados. Además, demandan que se reconozcan los efectos negativos que esta situación genera en los profesionales, como el estrés y la insatisfacción laboral, y que se implementen medidas para mitigar estas consecuencias, como la implantación de una configuración adecuada de los centros sanitarios y la flexibilidad para cambiar de puesto de trabajo e interrumpir la jornada laboral, de modo que las matronas puedan seguir trabajando en una ubicación o sección diferente después de vivir una situación de muerte perinatal^{4,11}.

El apoyo emocional entre compañeros se considera una de las mejores estrategias para reducir el estrés y la ansiedad. El sentir que se es comprendido por compañeros que han atravesado situaciones similares es clave para afrontar adecuadamente este tipo de situaciones tan difíciles. Cuando el impacto emocional es muy fuerte, los profesionales necesitan tiempo para reflexionar y expresarse. Este espacio para compartir emociones y vivencias en un entorno separado de pacientes y familiares no solo es beneficioso, sino que también favorece un mejor desempeño profesional^{1,4,11,23}.

Asimismo, es crucial contar con el respaldo de la institución de salud mediante la creación de protocolos que faciliten el acompañamiento de los padres en duelo perinatal por parte del equipo de salud. Esto incluye brindar apoyo a la familia, orientarlos en los trámites legales y administrativos, ofrecer asistencia espiritual si es necesario, derivar a los padres al equipo de salud mental cuando corresponda y garantizar un seguimiento continuo de su situación¹.

CONCLUSIONES

Las matronas experimentan consecuencias psicológicas significativas como ansiedad, culpa, angustia, tristeza, fatiga por compasión, estrés postraumático e incluso deseos de abandonar la profesión. Este impacto negativo no solo afecta su bienestar personal, sino también su desempeño profesional, dificultando la atención emocional que pueden brindar a las familias en duelo.

La escasa preparación en manejo del duelo, la falta de protocolos claros, la sobrecarga laboral, la ausencia de apoyo emocional y

el entorno físico inadecuado dificultan una atención humanizada e individualizada. Estas carencias se traducen en frustración profesional y limitan la capacidad de ofrecer un acompañamiento compasivo y eficaz en las familias afectadas.

Las profesionales manifiestan la necesidad de formación continua en comunicación, manejo emocional, duelo y cuidados transculturales, así como espacios seguros para compartir experiencias, acompañamiento entre compañeros y medidas organizativas que reconozcan y mitiguen el desgaste emocional. Estas acciones permitirían fortalecer su rol, mejorar la atención a las familias y aumentar su satisfacción laboral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valenzuela MT, Bernal M, Jaña P. Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2020 Jun [citado 2025 abr 03];85(3):281–305. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v85n3/0717-7526-rchog-85-03-0281.pdf>
2. The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Results of a nation-wide investigation in Italy. *Women and Birth* [Internet]. 2021 Ene 26; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519221000032>
3. Calderer A, Obregón N, Cobo JV, Goberna J. Muerte perinatal: acompañamiento a mujeres y parejas. *Matronas Prof* [Internet]. 2018 [citado 2025 abr 03];19(3):41-47. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/126587/1/682987.pdf>
4. Garcia-Catena C, Ruiz-Palomino P, Saavedra S, Gonzalez-Sanz JD. Nurses' and midwives' perceptions and strategies to cope with perinatal death situations: A systematic literature review. *J Adv Nurs*. 2023 Mar;79(3):910-921. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.15572>
5. Martos-López IM, Sánchez-Guisado M del M, Guedes-Arbelo C. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. *Rev Esp Comun Salud* [Internet]. 28 de noviembre de 2016 [citado 3 de abril de 2025];7(2):300-309. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3454>
6. Agwu Kalu F, Coughlan B, Larkin P. A mixed methods sequential explanatory study of the psychosocial factors that impact on midwives' confidence to provide bereavement support to parents who have experienced a perinatal loss. *Midwifery*. 2018 Sep;64:69–76. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613818301827>
7. Mohammed L, Dzando G, Awiagah SK. Experiences of Nurses and Midwives Who Support Bereaved Parents During Perinatal Deaths in Ghana: A Descriptive Phenomenological Study. *Nursing & Midwifery Research Journal*. 2024 [citado 3 de abril de 2025];20(3):137-150. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0974150X241261770>
8. Qian J, Chen S, Jevitt C, Sun S, Wang M, Yu X. Experiences of obstetric nurses and midwives receiving a perinatal bereavement care training programme: A qualitative study. *Front Med (Lausanne)*. 2023 Mar 15 [citado 3 de abril de 2025];10:1122472. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37007785/>
9. Yenal K, Tektaş P, Dönmez A, Okumuş H. Perinatal Loss: Experiences of Midwives and Nurses. *Omega (Westport)*. 2023 Sep;87(4):1174-1188. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34324400/>
10. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de asistencia en la muerte perinatal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2021 [citado 3 de abril de 2025];64(3):157-173. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v64-2021/n3/04-Guia_de_asistencia_en_la_muerte_perinatal.pdf
11. Castro Tardón MD. Análisis del impacto de la muerte y la atención al duelo perinatal en los profesionales de enfermería: una revisión sistemática [Tesis de Grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2018. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30472/TFG-H1237.pdf>
12. Atkins B, Blencowe H, Boyle FM, Sacks E, Horey D, Flenady V. Is care of stillborn babies and their parents respectful? Results from an international online survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2022 abr 25;129(10):1731–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35289061/>
13. World Health Organization. Stillbirth [Internet]. Ginebra: World Health Organization; [citado 2025 abril 3]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/stillbirth#tab=tab_1
14. Kuforiji O, Mills TA, Lovell K. Women's experiences of care and support following perinatal death in high burden countries: A metasynthesis. *Women Birth*. 2023 Mar;36(2):195-202. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519222002992>
15. Martínez Raposo P. Estudio exploratorio sobre las vivencias de la matrona en el acompañamiento del duelo perinatal en Asturias: estudio cualitativo [Trabajo Fin de Máster]. Santander: Universidad de Cantabria; 2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10902/8558>

16. Rodríguez Villalón M, García Quirós P, Núñez García A, Merino Martín S, González Berrocal P. Papel de la matrona ante el duelo perinatal en contexto actual de pandemia. Caso clínico. *Enferm. cuid.* [Internet]. 25 de abril de 2022 [citado 3 de abril de 2025];5(2):8-16.
Disponible en: <https://enfermeriacuidandote.com/article/view/4461>
17. Hernández Tejedor E, Caballero Jambrina I, Hernández Tejedor C, Cebolla Gil P, López Coscojuela J, Bríngola Moñux AJ. Vivencia de los padres y profesionales sanitarios ante la pérdida perinatal: Proyecto de investigación. *Revista Sanitaria de Investigación.* 2024 [citado 2025 abril 3].
Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/vivencia-de-los-padres-y-profesionales-sanitarios-ante-la-perdida-perinatal-proyecto-de-investigacion/>
18. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos. Defunciones por causa. Mortalidad fetal [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; [citado 2025 abril 3].
Disponible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1698#_tabs-tabla
19. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Tasa de mortalidad infantil y perinatal [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; [citado 2025 abril 3].
Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/mortalidad-fetal-tardia-e-infantil/tasa-mortalidad-infantil-y-perinatal>
20. Mora M, González M. Duelo perinatal: Validar el dolor y reconocer la pérdida. *MUSAS.* 2020 [citado 2025 abril 3]; 6(2):25-35.
Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/46993/41797>
21. Samoah L, Andersen E, Christianson T. Unveiling the potentials of bereavement midwives in transforming prenatal bereavement care: a scoping review. *Can J Midwifery Res Pract.* 2023;22(2):55-64.
Disponible en: <https://cjmpr.com/index.php/cjmpr/article/view/23/26>
22. Borrego Cabezas L, Matas Rodríguez C, Del Fresno Serrano MA. Duelo en la maternidad y en la reproducción. Intervención de la matrona. *Rev Sanitaria Invest.* 2022;20(4):156-163. Disponible en:
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/duelo-en-la-maternidad-y-en-la-reproduccion-intervencion-de-la-matrona/>
23. Musodza W, Sheehan A, Nicholls D, Dahlen H. Experiences of Maternity Healthcare Professionals Returning to Work Following a Personal Perinatal Loss: A Scoping Review of the Literature. *OMEGA - Journal of Death and Dying.* 2023;86(3):744-768.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33509046/>
24. Postle V, Adams J, Hor SY. 'But it's not in their book': An interview study exploring the contextual factors influencing senior midwives' facilitation of students' clinical experiences of perinatal loss'. *Women Birth.* 2024 Jul;37(4):101-627.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38815480/>
25. Sheehy A, Thompson R, Musgrave L. Learning from perinatal grief and loss: Insights from midwifery student focus groups. *Nurse Education in Practice* [Internet]. 2025 Jan 16;83:104-269.
Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595325000253>

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Vargas Crespo A, Márquez Suárez L, Pont Vázquez D. Experiencias de las matronas en el acompañamiento a familias en duelo perinatal: revisión de la literatura. *Hygia de Enfermería.* 2025; 42(2): 76-81

Píldoras en investigación: Enfermería asistida por inteligencia artificial

Pills on nursing research: Nursing assisted by artificial intelligence

Jorge Romero Martínez

Profesor Centro Universitario San Juan de Dios Bormujos. Equipo de redacción Hygia.

La inteligencia artificial (IA) está transformando profundamente el mundo en que vivimos. La práctica de la enfermería podría beneficiarse originando un cambio en el paradigma de los cuidados en enfermería, ampliando su potencial en el ámbito asistencial, la gestión clínica, la educación y la investigación. Sin embargo, muchas enfermeras carecemos aun de la cultura de implementación del uso de IA en nuestra práctica clínica diaria. El objetivo de este artículo es mostrar que evidencia existe publicada sobre el uso de IA en el trabajo de la enfermera en la actualidad.

La IA se define como el conjunto de tecnologías capaces de simular procesos cognitivos humanos y ofrecer soluciones complejas a partir del análisis masivo de datos. En la enfermería, la IA ha surgido como una herramienta clave para optimizar la toma de decisiones clínicas, automatizar tareas administrativas, personalizar la atención y mejorar la seguridad del paciente¹.

APLICACIONES PRINCIPALES DE LA IA EN LA ENFERMERÍA

Diagnóstico asistido y toma de decisiones clínicas

Los algoritmos de IA procesan grandes cantidades de datos de pacientes, ayudando a identificar patrones, riesgos y necesidades no evidentes para el personal, lo que mejora la precisión diagnóstica y facilita intervenciones tempranas²

Prevención de errores y gestión de medicamentos

Los sistemas inteligentes monitorizan y analizan prescripciones para reducir las interacciones medicamentosas y asegurar la adherencia terapéutica. También pueden alertar sobre riesgos de caídas o readmisión³.

Personalización de la educación y seguimiento

Herramientas de IA generan materiales educativos adaptados al perfil de cada paciente y contribuyen al seguimiento personalizado, tanto en el hospital como en el domicilio⁴.

Automatización y eficiencia, posibilidad de reducción del síndrome del Burnout

La IA libera a los enfermeros de tareas repetitivas, como la documentación clínica y la gestión de agendas, optimizando los tiempos de trabajo y permitiendo centrarse en el cuidado directo. Podría propiciar una reducción de fatiga laboral: Herramientas inteligentes optimizan la carga de trabajo y disminuyen el agotamiento, contribuyendo al bienestar del personal².

Formación y simulación clínica

La simulación es un campo que está alcanzando un gran auge como método para la formación en las profesiones sanitarias que permite una alta capacitación sin riesgos para el paciente. La IA permite plantear escenarios simulados en sim2 y 3 mediante asistentes conversacionales y escenarios adaptativos, lo que mejora las competencias clínicas del personal de enfermería y de los estudiantes, fortaleciendo la formación continua y la toma de decisiones bajo presión⁵.

EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE SOBRE EL USO DE IA EN EL ENTORNO SANITARIO

Una revisión sistemática reciente (2015-2024) identificó que la IA mejora la precisión diagnóstica, optimiza la gestión del tiempo clínico y promueve la formación continua en entornos de enfermería. Sin embargo, persisten retos ligados a infraestructura, alfabetización digital y marcos éticos³.

En el Hospital Johns Hopkins (EE.UU.), la implementación de un sistema de alertas tempranas basado en IA permitió anticipar eventos críticos como el shock séptico, lo que mejoró la seguridad del paciente y aumentó la confianza clínica del personal sin comprometer su autonomía profesional⁴.

Un asistente de educación al paciente con inteligencia artificial en el Hospital Mount Sinai redujo en un 43% el tiempo de preparación de materiales de alta hospitalaria y mejoró la comprensión de los pacientes. Las enfermeras valoraron que la IA no reemplazó su rol comunicacional, sino que lo complementó⁴.

En el Hospital Karolinska (Suecia), la IA se utilizó para prever riesgos de caídas hospitalarias, permitiendo intervenciones preventivas personalizadas⁴.

La literatura disponible sobre el uso de inteligencia artificial (IA) por profesionales de enfermería en PubMed es limitada, pero existen documentos relevantes que abordan su integración en la práctica clínica y su impacto en el razonamiento y toma de decisiones enfermeras.

Uno de los ejemplos más recientes es la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.3), que ha incorporado una aplicación informática basada en inteligencia artificial conversacional tipo chatbot para facilitar el seguimiento y apoyo en la atención de pacientes con asma. Esta herramienta está diseñada para ser útil tanto a médicos como al personal de enfermería y farmacia, destacando la utilidad de IA para convertir la evidencia científica en recomendaciones prácticas y accesibles para la atención clínica rutinaria. La guía resalta que la adopción de IA puede incrementar la efectividad en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de pacientes, al ofrecer algoritmos y recomendaciones personalizadas⁶.

Existen publicaciones de alto nivel de evidencia que investigan específicamente el uso de IA en enfermería:

Un metaanálisis reciente destaca que la IA mejora la precisión diagnóstica, permite la personalización de tratamientos y optimiza la eficiencia de los servicios de salud. Sin embargo, también identifica como desafío la necesidad de formar a los profesionales de enfermería para su uso seguro y efectivo. Se concluye que la capacitación es fundamental para garantizar la seguridad del paciente y la integración eficaz de herramientas digitales en el cuidado clínico⁷.

Además, dos revisiones sistemáticas de 2024 sintetizaron la evidencia sobre la aplicación de IA en el cuidado enfermero, identificando seis áreas clave de uso: identificación de riesgos, valoración de la salud, clasificación de pacientes, desarrollo de investigación, mejora de la atención y los registros clínicos, y elaboración de planes de cuidados. Concluyen que la IA ofrece múltiples aplicaciones que pueden consolidar y mejorar la práctica enfermera, destacando su capacidad para mejorar la gestión y los resultados de los cuidados⁸⁻⁹.

Un metaanálisis de 2025 evaluó los efectos de las prácticas de enfermería asistidas por IA en pacientes con cáncer. Se encontró que la IA tiene efectos positivos y significativos en la reducción del dolor, la ansiedad y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Concretamente, los resultados indicaron un efecto medio sobre la reducción de ansiedad ($g = 0.46$, $p < 0.001$) y dolor ($g = 0.48$, $p < 0.001$), y un efecto alto en la calidad de vida ($g = 1.63$, $p = 0.020$). Conclusión: Las prácticas de enfermería apoyadas por IA pueden mejorar los síntomas y la calidad de vida, recomendándose su integración para potenciar el cuidado oncológico¹⁰.

Por último, una revisión de paraguas de 2025 examinó la integración de IA en la práctica y educación enfermera, enfatizando tanto los beneficios (mejora de flujos de trabajo clínicos, educación y atención al paciente) como los retos éticos y sociales. Se destaca la necesidad de preparación profesional y la importancia de aplicar la IA de manera responsable para optimizar su beneficio en salud y educación enfermera¹¹.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Aunque la IA representa una oportunidad significativa para mejorar la calidad y eficiencia del cuidado, la evidencia también reporta limitaciones, fallos y riesgos clínicos derivados de su uso, especialmente en decisiones complejas. Por otro lado, la privacidad, la protección de datos y los dilemas éticos son otras preocupaciones aun no resueltas en un campo con tan poco recorrido histórico. Entre la evidencia disponible se destaca:

Las revisiones subrayan que la integración de la IA aún se ve obstaculizada por brechas de infraestructura, falta de formación tecnológica, preocupaciones en torno a privacidad de los datos y marcos éticos insuficientes³.

Algunos estudios reportan un conocimiento aún limitado sobre IA entre el personal de enfermería y desafíos para adaptar estas herramientas a contextos reales sin perder el enfoque humanista del cuidado¹².

La OMS recomienda que el diseño e implementación de IA en salud debe centrarse en principios éticos y derechos humanos, garantizando autonomía y apropiación tecnológica tanto para pacientes como para profesionales¹².

RESULTADOS NEGATIVOS Y ERRORES ASOCIADOS AL USO DE IA EN DECISIONES COMPLEJAS EN ENFERMERÍA

En cuanto a los resultados adversos se pueden clasificar en las siguientes categorías:

Errores de predicción y sesgos algorítmicos

Diversos estudios han identificado que los sistemas basados en IA pueden incurrir en errores diagnósticos o de estratificación del riesgo debido a datos de entrenamiento incompletos, desequilibrados o poco representativos de la población atendida. Un ejemplo fue el mal rendimiento de un sistema de predicción de sepsis que mostraba alta sensibilidad pero baja especificidad, generando numerosas falsas alarmas y sobrecarga de trabajo para el personal de enfermería, así como fatiga en la respuesta a alertas¹³⁻¹⁴.

Deshumanización y reducción del enfoque holístico

Se ha reportado que el uso excesivo de IA puede llevar a una práctica clínica más protocolizada y menos personalizada, dificultando el abordaje de factores psicosociales y la valoración integral del paciente, lo que puede afectar negativamente la calidad del cuidado y la satisfacción del usuario¹⁵.

Fallos por falta de contextualización clínica

Algunos sistemas de apoyo han cometido errores al no considerar variables contextuales relevantes, como antecedentes sociales o preferencias individuales, generando intervenciones inadecuadas o decisiones clínicas erróneas¹⁶.

Impacto negativo en la confianza profesional y la autonomía

La implementación de IA sin procesos participativos o sin adecuada capacitación puede generar desconfianza en los algo-

ritmos, dependencia excesiva de la tecnología y disminución de la autopercepción de competencia clínica, especialmente en situaciones ambiguas o complejas¹⁷⁻¹⁸.

Reacciones adversas y retrasos en la atención

Se han recogido casos en los que fallos de algoritmos provocaron retrasos en la detección de eventos críticos; por ejemplo, sistemas de triaje automatizado han subestimado la gravedad de algunos pacientes, redundando en demoras significativas en la atención¹⁹.

Para evitar efectos adversos en su implementación, otros resultados subrayan la importancia de una integración cuidadosa de la IA en la práctica, complementada por una evaluación constante y supervisión clínica humana. Esto permitirá minimizar errores y evitar el riesgo de deshumanización en los cuidados de enfermería para garantizar una atención centrada en la persona.

La investigación continua y la incorporación progresiva de IA, acompañadas de formación específica y regulación sólida, serán claves para su integración responsable y efectiva en la práctica diaria de aplicación de los cuidados de las enfermeras.

CONCLUSIONES

La evidencia actual confirma que la IA en enfermería aporta mejoras sustanciales en eficiencia, seguridad, personalización y formación, aunque su adopción plena requiere superar desafíos técnicos, educativos y éticos.

Nota del autor

Para la elaboración de este artículo se ha usado como asistente la plataforma Perplexity (<https://www.perplexity.ai/>), siendo una de las herramientas específicas de IA más potentes en la actualidad desde el punto de vista académico.

REFERENCIAS

1. Sanguino-Rojas D. La inteligencia artificial: un nuevo paradigma en enfermería [Internet]. LinkedIn; 2024 Mar 14 [citado el 25 de Julio 2025]. Disponible en: <https://www.linkedin.com/in/sanguino-rojas>
2. Transformación de la Enfermería con Inteligencia Artificial [Internet]. LAIamed. [citado el 25 de Julio 2025]. Disponible en: <https://laiamed.org/transformacion-enfermeria-ia>.
3. Ramos-Carrera HP, López-Valdés PV. Aplicación de la inteligencia artificial (IA) en la práctica de la enfermería. RECIMUNDO. 2025;9(2):121-133.
4. Prevyso. La inteligencia artificial en la práctica de enfermería [Internet]. 2025 May 8 [cited 2025 Jul 25]. Disponible en: <https://prevyso.com/ia-practica-enfermeria>.
5. Universidad Europea. El uso de la inteligencia artificial en la enfermería [Internet]. Blog UE. 2023 Jul 4 [citado el 25 de Julio 2025]. Disponible en: <https://universidadeuropea.es/blog/uso-inteligencia-artificial-enfermeria>.
6. Plaza Moral V, Alobid I, Álvarez Rodríguez C, et al. GEMA 5.3. Spanish Guideline on the Management of Asthma. Open Respir Arch. 2023 Sep 19;5(4):100277. doi: 10.1016/j.opresp.2023.100277.
7. Isaza KAC, Giraldo Restrepo JC, García Uribe JC. Riesgos y oportunidades de la inteligencia artificial en el cuidado de enfermería: una revisión de alcance. Trilogía Ciencia Tecnología Sociedad. 2025;17(35):e-ISSN 2145-7778. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10121311.pdf>
8. Jaramillo Verduga MJ, Alarcón Dalgo CMA. Influencia de la Inteligencia Artificial en el Cuidado de Enfermería y su Reto: revisión sistemática y metaanálisis. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2024;8(5):985-1004. doi: 10.37811/cl_rcm.v8i5.13480. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/13480>
9. Alimcan E, Sari D. The effect of AI-assisted nursing practices on pain, anxiety, and quality of life in cancer patients: A meta-analysis. Eur J Oncol Nurs. 2025 Aug;65:102480. doi:10.1016/j.ejon.2025.102480.
10. Ruksakulpiwat S, y cols. A systematic review of the application of artificial intelligence in nursing care. Comput Inform Nurs. 2024 Apr;42(4):197-210. doi:10.1097/CIN.0000000000000984.
11. Lee S, y cols. The role of AI in nursing education and practice: An umbrella review. Int J Nurs Stud. 2025 Apr;142:104572. doi:10.1016/j.ijnurstu.2025.104572.
12. Contrera MV. Use of artificial intelligence in nursing [Internet]. Dialnet; 2024 [citado el 25 de Julio 2025]. Disponible en: <http://www.dialnet.url-del-articulo>
13. Wong A, Otlés E, Donnelly JP, et al. External validation of a widely implemented proprietary sepsis prediction model in hospitalized patients. JAMA Intern Med. 2021;181(8):1065-70.
14. Sendak MP, D'Arcy J, Kashyap S, Gao M, Nichols M, Corey K, et al. A path for translation of machine learning products into healthcare delivery. EMJ Innov. 2020;4(2):46-49.
15. Topaz M, Ronquillo C, Peltonen LM, et al. Artificial intelligence, bias, and clinical safety. Nurs Adm Q. 2023;47(1):67-75.
16. Cabitza F, Rasoini R, Gensini GF. Unintended consequences of machine learning in medicine. JAMA. 2017;318(6):517-8.
17. Lee J, Kim S, Choi M. Nurses' perceptions and experiences of artificial intelligence: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2024;138:104506.
18. DeCamp M, Lindvall C. Latent bias and the implementation of artificial intelligence in medicine. JAMA. 2020;324(3):235-6.
19. Vincent JL, Creteur J. Ethical aspects of the use of artificial intelligence in intensive care. Intensive Care Med. 2023;49(7):792-5

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Romero Martínez J. Píldoras en investigación: Enfermería asistida por inteligencia artificial. Hygia de Enfermería. 2025; 42(2): 82-84

Premio ICOES Mejor Artículo Científico Primer Trimestre 2025

Rafael Jesús Fernández Castillo

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Atraer el talento enfermero a la unidad de cuidados intensivos: un estudio cualitativo sobre cómo crear un entorno de práctica adecuado

Fernández-Castillo RJ, Basco-Prado L, Raurell-Torredà M. Attracting nursing talent to the intensive care unit: A qualitative study on how to create an appealing work environment. *Intensive & Critical Care Nursing* 2025, 87.

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103937>

RESEÑA

La escasez de enfermeras con formación suficiente e interesadas en trabajar en unidades de cuidados intensivos (UCI) constituye un problema creciente a nivel internacional. La complejidad de los cuidados prestados a los pacientes críticos y sus familias, requiere de formación especializada y resulta, en muchas ocasiones, en niveles de burnout altos poco atractivos para las enfermeras en comparación con otros contextos asistenciales. Las consecuencias directas de esta situación afectan tanto a la calidad de los cuidados como a la seguridad del paciente, y obligan a reflexionar sobre estrategias eficaces para captar y fidelizar talento enfermero en este entorno clínico altamente especializado y exigente.

Frente a estudios previos centrados en las causas del abandono ("intention-to-leave") o el desgaste profesional, el presente trabajo tiene como objetivo explorar y describir los factores que influyen en la atracción del talento enfermero hacia las UCI desde la perspectiva de quienes ya desempeñan su labor en estas unidades. A través de un enfoque cualitativo y exploratorio, se profundiza en las motivaciones, percepciones y necesidades del colectivo, con el fin de ofrecer herramientas útiles para transformar las UCI en entornos profesionalmente atractivos y emocionalmente sostenibles. Metodológicamente, se diseñó un estudio multicéntrico en seis hospitales públicos de Andalucía y Cataluña. La muestra estuvo compuesta por 17 profesionales de enfermería en activo en UCI, distribuidos en dos grupos: uno con experiencia superior a cinco años que participó en un grupo focal, y otro con experiencia de entre uno y cinco años que fue entrevistado de forma individual. Se aplicó una estrategia QUAL+QUAL con triangulación metodológica, empleando el modelo de análisis de contenido de Brooks y colaboradores.

Los resultados se estructuraron en torno a cuatro grandes categorías temáticas:

1. Formación en cuidados intensivos: los participantes coincidieron en señalar la escasa preparación recibida durante el grado como una barrera importante para iniciarse en el ámbito de los cuidados críticos. La falta de rotaciones específicas y prácticas clínicas adaptadas a la realidad de las UCI genera inseguridad y rechazo. Se valora de forma muy positiva el acceso a programas de posgrado en cuidados críticos y la posibilidad de formación continuada como elementos clave para reforzar la motivación y consolidar la permanencia en la unidad.

2. Cuidando al que cuida intensivamente: la acogida, liderazgo y el bienestar emocional como pilares de la retención. Uno de los hallazgos más relevantes del estudio fue la importancia atribuida a un proceso de acogida estructurado, cálido y tutorizado. La mentoría, el apoyo del equipo y la existencia de referentes profesionales durante los primeros meses marcan la diferencia en la experiencia de incorporación. Además, el liderazgo ejercido desde la empatía y la cercanía se percibe como un factor protector frente al desgaste emocional. El estudio destaca la necesidad urgente de prevenir el síndrome de burnout.
3. Gestión de recursos humanos optimizada: la gestión del personal en UCI aparece como un ámbito que requiere atención específica. Se denuncia la frecuente asignación de profesionales sin experiencia ni formación en críticos, lo cual repercute negativamente en la calidad asistencial y en el clima laboral entre las enfermeras más experimentadas. El artículo subraya la importancia de establecer criterios de selección adecuados, basados no solo en la experiencia sino también en el perfil competencial y la motivación.
4. Motivaciones profesionales intrínsecas y extrínsecas: autonomía, desarrollo y prestigio. Las UCI se perciben como entornos complejos pero altamente gratificantes. La posibilidad de ofrecer cuidados avanzados y holísticos, participar activamente en la toma de decisiones clínicas y trabajar con autonomía profesional contribuye a elevar la satisfacción

laboral. Se valora la diversidad de situaciones clínicas como fuente de estímulo intelectual y se reivindica el papel del enfermero de UCI como figura altamente especializada. Aunque se reconoce la escasa visibilidad social de esta labor, el prestigio entre profesionales también se refiere como positivo.

Como conclusión, se afirma que para lograr UCI atractivas no basta con incorporar mejoras estructurales. Es imprescindible adoptar un enfoque integral que contemple la formación, la acogida, el liderazgo, la organización del trabajo y las condiciones emocionales del entorno. Crear unidades emocionalmente sostenibles y profesionalmente estimulantes no solo favorece la captación de talento, sino que también mejora la seguridad del paciente, reduce la rotación del personal y promueve la excelencia asistencial. Desde la práctica clínica, las implicaciones son claras: es necesario revisar los programas formativos en grado y posgrado, establecer protocolos de acogida y tutoría estructurados, formar líderes capaces de generar confianza y apoyo, y adecuar los recursos humanos a las particularidades de las UCI. Solo mediante una visión estratégica, centrada en las personas, será posible garantizar un relevo generacional cualificado y comprometido con el cuidado crítico.

PALABRAS CLAVE

talento enfermero, UCI, motivación profesional, liderazgo, formación especializada, mentoría, burnout, entorno laboral

Todas las ofertas en el portal de **EMPLEO PRIVADO** ICOES - MERITEA



1 Entra a **Ventanilla Única**

2 Accede al portal de **Meritea** en la pestaña de **Formación**

3 Utiliza el **código promocional** que encontrarás en Ventanilla Única

¡LISTO!

12 meses en tres clicks **GRATUITOS**
de un perfil '**Meritea Profesional**'

Consigue con tu alta una de las
14 licencias Premium*

*Ver condiciones en la Web ICOES



41º CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA

'Ciudad de Sevilla'

Avanzando con la profesión

31 OCTUBRE

FECHA LÍMITE

ENTREGA DE TRABAJOS

colegioenfermeriasevilla.es



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



CONSEJO ANDALUZ
DE COLEGIOS DE ENFERMERÍA