

# TEYYS

## tiempos de enfermería y salud

NURSING AND HEALTH TIMES

Revista Oficial de la  
Asociación Española de Enfermería y Salud

©2024 ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA Y SALUD  
www.enfermeriaysalud.es | N°17 | 2º SEMESTRE 2024

en este  
número

CUIDADOS  
EN LA  
INFANCIA  
Y ADOLESCENCIA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL  
NEONATO PREMATURO CON  
VENTILACIÓN MECÁNICA:  
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ESTRATEGIAS EN LA PREVENCIÓN  
DEL TRAUMATISMO CRANEAL ABUSIVO  
EN LA INFANCIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

BEBIDAS ENERGÉTICAS Y CIGARRILLOS  
ELECTRÓNICOS: UN PROBLEMA DE SALUD  
PÚBLICA EN ADOLESCENTES

CUIDADOS  
DE LA  
MUJER

SALUD DE LA MUJER EN EL CAMPO HUMANITARIO,  
UNA DIMENSIÓN ENFERMERA

CUIDADOS  
EN LAS  
ALTERACIONES  
DE LA SALUD

ANÁLISIS DE LA OPINIÓN DE LOS  
PROFESIONALES DE LA UCI DEL H. U. DE  
LEÓN SOBRE LAS VISITAS DE FAMILIARES  
A PACIENTES INGRESADOS

VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES  
DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA  
UNIVERSIDAD DE LEÓN SOBRE LA DONACIÓN Y EL  
TRASPLANTE DE ÓRGANOS

## TIEMPOS DE ENFERMERIA Y SALUD

Revista oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud

## NURSING AND HEALTH TIMES

Official Journal of the Spanish Association of Nursing and Health

## RESUMEN DE NORMAS DE PUBLICACIÓN

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de los editores y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de los titulares del copyright.

En general la extensión máxima de los manuscritos no debe superar las 5000 palabras. Se admite un máximo de seis ilustraciones (tablas, figuras) por artículo y un máximo de seis firmantes.

### DOCUMENTO

#### PRIMERA PÁGINA

Título del artículo en español e inglés

Nombre y apellidos de los autores y nombre completo del centro de trabajo

Autor de correspondencia.  
Dirección completa y correo electrónico

#### SEGUNDA PÁGINA

Resumen en español. Extensión de 200-250 palabras.

- Artículo original: estructura (introducción, objetivo, metodología, resultados y conclusiones)

- Artículo científico-profesional: no estructurado

Palabras clave (de 3 a 6 palabras clave o lexemas que identifiquen el contenido del trabajo)

#### TERCERA PÁGINA

Resumen en inglés

Keywords

#### Resto de páginas: texto

Conviene dividir claramente los trabajos en apartados.

### SECCIONES

- Gestión en salud
- Cuidados en la comunidad
- Cuidados en las alteraciones de la salud
- Cuidados en la infancia y adolescencia
- Cuidados de la mujer
- Cuidados del anciano
- Cuidados especiales
- Atención psicosocial
- Cuidados psiquiátricos y de salud mental
- Anatomía
- Fisiología
- Farmacología
- Nutrición Humana
- Bases teóricas de la Enfermería
- Bases metodológicas de la Enfermería
- Tecnologías de la Información y de la Comunicación
- Investigación

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se presentarán siguiendo las normas de estilo Vancouver.

### TIPO DE LETRA

Times New Roman, cuerpo 12. Espaciado anterior y posterior 12 pt e interlineado sencillo. Margen normal: superior-inferior 2.5 cm y derecha-izquierda 3 cm.

### IMÁGENES

Se recomienda adjuntar imágenes para los artículos científico-profesionales. Se enviarán en formato TIFF o JPEG preferentemente con una resolución no inferior a 300 dpi.

### DUDAS

Escribir a: teys.aess@gmail.com

### ENVÍO

Los trabajos se remitirán a TEYS a través de la plataforma de la revista:



El envío de un artículo supone asumir que se trata de un trabajo original, no publicado ni enviado a revisión a otras revistas.

# NORMAS DE PUBLICACIÓN



**NUMERO  
ACTUAL**

**2º SEMESTRE 2024  
VOL. 6  
NÚMERO 17**

Tiempos de Enfermería y Salud es la Revista Oficial de la Asociación Española de Enfermería y Salud y se edita en castellano en su versión impresa en papel y en su versión electrónica accesible en la dirección

<https://enfermeriaysalud.es>

Se trata de una revista basada en el sistema de revisión por pares y que considera para su publicación trabajos relacionados con la Enfermería y sus especialidades.

Revista indexada en la base de datos Dialnet e inclusión de Tiempos de Enfermería y Salud en la base de datos Latindex

**Es de acceso abierto.**

## EDITA

**ASOCIACIÓN ESPAÑOLA  
DE ENFERMERÍA Y  
SALUD**

Registro  
de Asociaciones 584931  
CIF G24459760

Revista Enfermería y Salud  
ISSN: 2530-4453

- ✉ C. del Estanco, 11 - bajo  
24346 Grulleros - León
- 📞 665 935 695
- @ aees25@hotmail.com
- 🐦 @teys\_aees
- 🌐 <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es>

**DISENO Y  
MAQUETACION**

**ON** JARMOPRODUCCIONES  
EL FIN JUSTIFICA LOS MEDIOS

## EDITOR JEFE

**DR. DANIEL  
FERNÁNDEZ GARCÍA**  
*Complejo Asistencial  
Universitario de León*

## EDITORES ASOCIADOS

**DR. JESÚS ANTONIO  
FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ**  
*Universidad de León*

**DR. SANTIAGO  
MARTÍNEZ ISASI**  
*Universidad de  
Santiago de Compostela*

## CONSEJO DE REDACCION

**D. RAFAEL  
CASTRILLO CARVAJAL**  
*Atención Primaria, Asturias*

**DRA. MARÍA LUISA  
DÍAZ MARTÍNEZ**  
*Universidad Autónoma de Madrid*

**DRA. ALEXANDRA  
GUALDRÓN ROMERO**  
*Servicio Cántabro de Salud*

**DR. JUAN  
GÓMEZ SALGADO**  
*Universidad de Huelva*

**D. HONORINO  
MARTÍNEZ FIERRO**  
*Atención Primaria  
Área de Salud de León*

**DRA. BEATRIZ  
ORDÁS CAMPOS**  
*Complejo Asistencial  
Universitario de León*

**DR. MIGUEL ÁNGEL  
PARADA NOGUEIRA**  
*Complejo Asistencial  
Universitario de León*

**D. ANTONIO  
SÁNCHEZ VALLEJO**  
*Complejo Asistencial  
Universitario de León*

## CONSEJO ASESOR

**DR. GONZALO  
DUARTE CLÍMENTS**  
*Enfermero. Profesor de la Cátedra  
de Enfermería de la Universidad  
de la Laguna. Tenerife. Gestor de  
Casos Área IX Vega Alta del Segura.  
Servicio Murciano de Salud*

**DÑA. BELÉN  
FERNÁNDEZ CASTRO**  
*Hospital San Juan de Dios de León*

**DÑA. Mª LUZ  
FERNANDEZ FERNÁNDEZ**  
*E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla"  
Universidad de Cantabria*

**DR. FELIPE  
FERNÁNDEZ MÉNDEZ**  
*Escuela enfermería  
Universidad de Vigo*

**DRA. CARMEN  
FERRER ARNEO**  
*Hospital Central de Cruz Roja,  
Madrid*

**DR. JOSÉ ANTONIO  
FORCADA SEGARRA**  
*Asociación Española  
de Vacunología, Valencia*

**D. MARIO  
GARCÍA SUÁREZ**  
*Complejo Asistencial  
Universitario de León*

**D. LUIS JAVIER  
GONZÁLEZ FUENTE**  
*Complejo Asistencial  
Universitario de León*

**D. CARLOS  
MÉNDEZ MARTÍNEZ**  
*Complejo Asistencial  
Universitario de León*

**DÑA. ALICIA  
NEGRÓN FRAGA**  
*C.S. Arroyo de la Vega, Madrid*

**DRA MARÍA BEGOÑA  
SÁNCHEZ GÓMEZ**  
*Escuela Universitaria de Enfermería  
NºSª de Candelaria, Tenerife*

**DR. MARTÍN  
OTERO AGRA**  
*Universidad de Vigo*

**DRA. AZUCENA  
SANTILLÁN GARCÍA**  
*Complejo Asistencial de Burgos*

**DRA. CARMEN  
SELLÁN SOTO**  
*Universidad Autónoma de Madrid*

**D. CARLOS  
VALDESPINA AGUILAR**  
*Director de SalusPlay*

**D. CARMELO  
VILLAFRANCA RENÉS**  
*Complejo Asistencial de Burgos*

**DÑA. MARÍA  
VARELA ROBLA**  
*Complejo Asistencial  
Universitario de León*

**DR. ANTONIO  
VÁZQUEZ SELLÁN**  
*Centro Universitario  
San Rafael-Nebrija*

**DÑA. AIDA  
CARBALLO-FAZANES**  
*Universidad de  
Santiago de Compostela*

COMISORIAL EDITORIAL

<b>EDITORIAL</b>	<b>En las trincheras enfermeras</b>	DANIEL FERNÁNDEZ GARCÍA	<b>5</b>
<b>TRIBUNA</b>	<b>Ilusión y compromiso en el cuidado</b>	LUIS MIGUEL ALONSO SUÁREZ	<b>6</b>
<b>AEEES</b>	<b>Junta Directiva e información</b>		<b>7</b>
<b>CUIDADOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA</b>	<b>Cuidados de enfermería en el neonato prematuro con ventilación mecánica: revisión bibliográfica</b>	IRENE JUAN JIMENEZ	<b>8</b>
	<b>Estrategias en la prevención del traumatismo craneal abusivo en la infancia: revisión bibliográfica</b>	ÁNGELA SERRANO MARTÍNEZ	<b>23</b>
	<b>Trastorno del espectro autista</b>	ANA MARTÍN ÁLVAREZ	<b>32</b>
	<b>Bebidas energéticas y cigarrillos electrónicos: un problema de salud pública en adolescentes</b>	MARINA PATÍN GAGO	<b>36</b>
<b>CUIDADOS DE LA MUJER</b>	<b>Salud de la mujer en el campo humanitario, una dimensión enfermera</b>	ANGEL VALBUENA PRATS	<b>40</b>
<b>INVESTIGACION</b>	<b>Análisis de la opinión de los profesionales de la uci del hospital universitario de león sobre las visitas de familiares a pacientes ingresados</b>	CARLOTA RIOSECO RODRÍGUEZ ANTONIO SÁNCHEZ VALLEJO	<b>50</b>
	<b>Valoración de conocimientos y actitudes de los estudiantes de enfermería de la Universidad de León sobre la donación y el trasplante de órganos</b>	OLAYA LÓPEZ FERNÁNDEZ DANIEL FERNÁNDEZ GARCÍA	<b>61</b>

# En las trincheras enfermeras



**DANIEL FERNÁNDEZ GARCÍA**

EDITOR DE LA REVISTA  
TIEMPOS DE  
ENFERMERÍA Y SALUD

✉ danifega@gmail.com

*Nurses  
in the trenches*

No hay más que dar una vuelta por una planta de hospitalización médica o quirúrgica de un hospital universitario y puedes observar lo que hay. No hay más que hablar con las enfermeras y enfermeros de cualquier hospital provincial español y los comentarios son los mismos. He tenido la ocasión de hablar con colegas de más de 10 provincias de diferentes regiones que comparten las mismas inquietudes y preocupaciones. Podemos taparnos los ojos, mirar hacia otro lado o encerrarnos en nuestros despachos de gestión o en nuestras aulas repletas de estudiantes. No vamos como un tiro ni como un cohete. Hay días que soy optimista y muchos que no. Hoy es uno de esos. Profesionalmente los últimos veinte años he alternado la universidad y la clínica. En la universidad me ven como

un clínico y en el hospital como un docente. Soy extraño en ambos, pero soy conocedor de sus vergüenzas y fortalezas. Y vergüenza es la que siento cuando la Universidad de Cantabria elimina la asignatura de Bases teóricas e historia de la Enfermería, la cual era impartida por Mari Luz Fernández, amiga, ejemplo y referente enfermero de quien habla de Enfermería con alma, conocimiento y dedicación. Vergüenza es ver profesores en las facultades sin experiencia profesional impartiendo contenidos carentes de ejercicio clínico. Vergüenza es ver enfermeras expertas y con gran pericia y experiencia en sus áreas desfilando a otras en busca de “algo mejor”. Vergüenza es ver al sindicato enfermero plegado a los poderes institucionales, vergüenza es ver la ausencia colegial, vergüenza

es ver a nuestras enfermeras y enfermeros desgastados, quemados y hartos de las condiciones laborales sin que nadie haga nada al respecto. La falta de desarrollo competencial, de reconocimiento y visibilidad siguen vigentes, pero aun así somos tenaces. Tenemos que creernos lo que hacemos y ser los garantes de los cuidados de la población, además de establecer puentes consistentes entre las diferentes áreas con el fin de un desarrollo enfermero donde seamos los líderes del cuidado y desarrollemos nuestro marco de competencias. ¿Y si esto no llega? Pues probablemente sigamos igual, sin mucho cambio, aguantando mecha. Yo propongo algo: aquellas compañeras y compañeros que decidieron eliminar la asignatura de bases teóricas de la Enfermería, aquellos y aquellas que son docentes

universitarios y dictan cátedra desde los atriles, aquellos y aquellas que desde los despachos de las direcciones de Enfermería, de los sindicatos y de los colegios los ocupan con “tesón”, propongo que vayan a galeras, que durante un año pisen barro, que vayan a las trincheras enfermeras, es decir, a las plantas de medicina interna, de neumología, digestivo, cirugía general, vascular, urgencias generales...que se calcen el pijama, que trabajen en turnos, que salgan veinte minutos tarde, que tengan que ir en sus descansos a una reunión de calidad, que hagan piruetas para organizarse con su pareja y niños...no estaría mal ¿verdad?.

**Salud y  
Enfermería**  
*All views are my own*

# ILUSIÓN Y COMPROMISO EN EL CUIDADO



**LUIS MIGUEL ALONSO SUÁREZ**

 PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA Y SALUD

[aees25@hotmail.com](mailto:aees25@hotmail.com)

El 12 y 13 de junio de 2025 tendrá lugar el V CONGRESO INTERNACIONAL Y IX NACIONAL DE ENFERMERÍA Y SALUD: ILUSIÓN Y COMPROMISO EN EL CUIDADO en los salones de la Real Colegiata de San Isidoro en León.

En definitiva nuestro congreso regresa nuevamente a León, y dado que el panorama de nuestro sector y profesión en los últimos tiempos no es muy esperanzador hemos decidido buscar ayuda para inyectarnos ILUSIÓN, con un conductor y moderador del evento muy especial, se llama Jorge Luengo y es un ilusionista y mentalista de reconocido prestigio internacional, con varios galardones en su carrera.

Conjuntamente con más de una veintena de ponentes de referencia tanto en nuestro país, como a nivel internacional hablaremos con ilusión del presente y futuro de nuestra profesión y de los modelos de salud. Y lo haremos en un formato participativo mediante coloquios de nuestros ponentes con los congresistas.

En la creencia de la naturaleza de Enfermería y Salud, pensamos que el acercamiento de las enfermeras con sus referentes es fundamental para recobrar la ilusión o no perderla, dependiendo de cada uno.

Y seguiremos aspirando a ser ese punto de encuentro.

La atención Primaria de Salud, esa gran olvidada y maltratada por los políticos y gestores puede ser un buen punto de partida, me atrevería a decir imprescindible. Las nuevas tecnologías de hoy, porque las de ayer ya son obsoletas, la formación de los futuros profesionales, la calidad y la humanización de nuestros servicios y de la propia organización sanitaria, siguen siendo puntos de encuentro imprescindibles para avanzar hacia el

pleno desarrollo de una profesión ilusionante en un modelo de salud que necesita mucha ILUSIÓN para poder progresar adecuadamente.

Y si además de ilusión conseguimos enfermeras gestoras profesionales, docentes comprometidos, investigadores competentes, quizás logremos recobrar una práctica asistencial de excelencia y humanizada y algún día lideremos el modelo de salud de este país.

## PRESIDENTE

**LUIS MIGUEL  
ALONSO SUÁREZ**

ENFERMERO  
SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

## VICEPRESIDENTA

**MARÍA ALEXANDRA  
GUALDRON ROMERO**

ENFERMERA, HOSPITAL SIERRALLANA  
PROFESORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA  
CLÍNICA MOMPÍA – UCAYILA  
VICEPRESIDENTA DEL COLEGIO DE  
ENFERMERÍA DE CANTABRIA

## SECRETARIO

**DANIEL  
FERNÁNDEZ GARCÍA**

ENFERMERO, PROFESOR  
DOCTOR DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE LEÓN

## TESORERO

**JESÚS A.  
FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ**

ENFERMERO  
PROFESOR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD DE LEÓN

## VOCALES

**HONORINO P. MARTÍNEZ FIERRO**

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
ENFERMERO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LEÓN

**SANDRA CAMPUZANO JIMÉNEZ**

COMUNICACIÓN, MARKETING  
Y RELACIONES INTERTERRITORIALES  
ENFERMERA, ASESORA MARKETING Y COMUNICACIÓN  
EN ENFERMERÍA

**SANTIAGO MARTÍNEZ ISASI**

INVESTIGACIÓN  
ENFERMERO, PROFESOR  
DOCTOR DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA  
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN ENFERMERÍA CLÍNICA,  
URGENCIAS, SIMULACIÓN E INNOVACIÓN DOCENTE

**BEGOÑA SÁNCHEZ GÓMEZ**

RELACIONES INSTITUCIONALES Y CONVENIOS  
ENFERMERA, PROFESORA  
DOCTORA DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA  
DE ENFERMERÍA NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA  
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA, TENERIFE, CANARIAS

**MAITE SENÉN ARRILLAGA**

ESPECIALIDADES  
ENFERMERA, MATRONA  
HOSPITAL VALLE DEL NALÓN, ASTURIAS

**MARÍA VARELA ROBLA**

FORMACIÓN CONTINUADA  
ENFERMERA DE URGENCIAS  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**GINÉS MATEO MARTINEZ**

REDES SOCIALES Y WEB  
ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL  
ENFERMERO ESCOLAR EN CEIP SAN SEBASTIAN,  
MADRID

**JOHANA BOTERO GIRALDO**

RELACIONES INTERNACIONALES  
INFIRMIÈRE CLINICIENNE, CHEF D'ÉQUIPE EN CSI  
ENSEIGNANTE EN SOINS INFIRMIERS  
CÉGEP DE SAINT HYACINTHE CLSC DE MASKOUTAINS-  
CISS MONTRÉRIE  
EST COLLABORATRICE CLINIQUE, ÉTUDIANTS EN  
SCIENCE INFIRMIÈRES, UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE  
CANADÁ

**SEBASTIANA QUESADA FUENTES**

COORDINADORA GRUPO VACUNAS  
ENFERMERA ESPECIALISTA DE TRABAJO. VOCAL DE LA  
SOCIEDAD CATALANA DE SALUT LABORAL. COOR-  
DINADORA DE SALUD LABORAL DEL HOSPITAL CLINIC  
DE BARCELONA

## VOCALES DELEGADOS

**JUAN RAMÓN GUERRA ORDOÑEZ**

ENFERMERO DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA (DIÁLISIS)  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**IVÁN ÁLVAREZ MELCÓN**

ENFERMERO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**GABRIELA GONZÁLEZ MARTÍNEZ**

SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**Mª LUISA TURIENZO MARTINEZ**

AUXILIAR DE ENFERMERÍA  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**ANTONIO SÁNCHEZ VALLEJO**

ENFERMERO  
COORDINADOR DE TRANSPLANTES  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**MIGUEL ÁNGEL PARADA  
NOGUEIRAS**

ENFERMERO PERFUSIONISTA  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

## VOCALES DELEGADOS TERRITORIALES

### ANDALUCIA

**JUAN GÓMEZ SALGADO**

ENFERMERO  
PROFESOR TITULAR DE UNIVERSIDAD DE HUELVA  
ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA  
UNIDAD DE FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y CALIDAD  
DEL DSAP CONDADO-CAMPIÑA, JUNTA DE ANDALUCÍA

### CANARIAS

**MARTA RODRÍGUEZ BELZUZ**

ENFERMERA CENTRO DE SALUD DR GIGOUU. ATENCIÓN  
PRIMARIA TENERIFE. PROMOTORA DEL PROYECTO  
«NUNCA SÓLO». PREMIADO EN LOS PREMIOS  
ENFERMERÍA EN DESARROLLO

### CANTABRIA

**Mª INMACULADA TORRIJOS  
RODRÍGUEZ**

ENFERMERA DEL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA  
DEL HOSPITAL U. MARQUÉS DE VALDECILLA  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA  
TESORERA DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE  
CANTABRIA

### CASTILLA Y LEÓN

**AZUCENA SANTILLAN GARCÍA**

ENFERMERA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS  
INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS  
Y ASESORAMIENTO CIENTÍFICO

### CASTILLA LA MANCHA

**CARLOS BERLANGA MACÍAS**

ENFERMERO PROFESOR DOCTOR DE LA FACULTAD DE  
ENFERMERÍA DE ALBACETE, UCLM

**MARIO GARCÍA SUÁREZ**

ENFERMERO DE REANIMACIÓN CRÍTICOS  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**CARLOS MÉNDEZ MARTÍNEZ**

ENFERMERO DE REANIMACIÓN CARDIACA  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**BEATRIZ ORDAS CAMPOS**

ENFERMERA DE LA UCI PEDIÁTRICA  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

**IVÁN FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ**

ENFERMERO DE URGENCIAS  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**ABELARDO GARCÍA ZURITA**

ENFERMERO  
COMPLEJO HOSPITALARIO DE LA CORUÑA, GALICIA

### CATALUÑA

**Mª DEL CÁRMEN TORRES GÁMEZ**

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL TRABAJO  
VICEPRESIDENTA DE LA  
SOCIEDAD CATALANA DE SALUD LABORAL

### EUSKADI

**CARLOS VALDESPINA AGUILAR**

ENFERMERO ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL  
TRABAJO, FUNDADOR Y DIRECTOR DE SALUSPLAY  
FUNDACIÓN Y DIRECCIÓN DE LA EMPRESA SALUSPLAY

### EXTREMADURA

**Mª. DEL PILAR SÁNCHEZ MARCOS**

ENFERMERA, ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA FAMILIAR  
Y COMUNITARIA, SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA

### GALICIA

**CRISTINA JORGE SOTO**

ENFERMERA, PROFESORA AYUDANTE  
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA, GALICIA

### MADRID

**CARMEN SELLÁN SOTO**

ENFERMERA, PROFESORA, DOCTORA  
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA DE MADRID, VICECOORDINADORA  
RED ENSI INTERNACIONAL

**Mª LUISA  
DÍAZ MARTÍNEZ**

ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA  
PROFESORA COLABORADORA, DEPARTAMENTO DE  
ENFERMERÍA, FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

**FRANCISCO JOSÉ GRACIA  
CORDERO**

ENFERMERO DEL SERVICIO DE URGENCIAS  
ATENCIÓN PRIMARIA. S.C.S. POTES, CANTABRIA

**ANA ISABEL RODRÍGUEZ  
GONZÁLEZ**

ENFERMERA, SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

### MURCIA

**GONZALO DUARTE CLIMENTS**

ENFERMERO. PROFESOR DE LA CÁTEDRA DE  
ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.  
TENERIFE. GESTOR DE CASOS ÁREA IX VEGA ALTA DEL  
SEGURA. SERVICIO MURCIANO DE SALUD

### VALENCIA

**MARINA GARCÍA CHIRONA**

ENFERMERA DE UCI DEL H. DR. PESET DE VALENCIA,  
MIEMBRO DE LA COMISIÓN UCI DEL COLEGIO OFICIAL  
DE ENFERMERÍA DE VALENCIA

### AMERICA LATINA

**IVONE EVANGELISTA CABRAL**

PROFESORA ADJUNTA, FACULDADE DE ENFERMAGEM  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
(UERJ) PROFESSORA TITULAR DE ENFERMAGEM  
COLABORADORA VOLUNTÁRIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY/ PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO PESQUISADORA DO CNPQ  
EDITORA CHEFE DE ESCOLA ANNA NERY  
REVISTA DE ENFERMAGEM, BRASIL

### INTERNACIONAL

**LUIS MANUEL CUNHA BATALHA**

ENFERMERO DOCENTE ESCOLA  
SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA PORTUGAL  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN  
SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL NEONATO PREMATURO CON VENTILACIÓN MECÁNICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

*NURSING CARE IN THE MECHANICAL VENTILATION OF  
THE PREMATURE NEONATE: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW*

## IRENE JUAN JIMENEZ

Enfermera. Complejo Asistencial Universitario de  
León. España

✉ [irene.juan.jimenez.dominguez@gmail.com](mailto:irene.juan.jimenez.dominguez@gmail.com)

## Resumen

Los nacimientos prematuros son una condición que afecta significativamente a nivel mundial siendo la primera causa de mortalidad entre los recién nacidos. Los recién nacidos prematuros se enfrentan a grandes desafíos respiratorios que derivan en muchos casos a la necesidad de soporte ventilatorio mecánico. Es una intervención crucial para su supervivencia, pero conlleva complicaciones asociadas, por lo que es necesario implementar cuidados de enfermería especializados, integrales y que reduzcan los riesgos de esta población vulnerable.

**Objetivo:** Identificar los cuidados de enfermería en neonatos prematuros sometidos a ventilación mecánica en unidades de cuidados intensivos neonatales.

**Material y métodos:** Se ha realizado una revisión bibliográfica entre diciembre de 2023 y febrero de 2024. Como fuente de información se han utilizado las bases de datos Scielo, Pubmed y Google Scholar. Para llevar a cabo la estrategia de búsqueda se han utilizado Descriptores en Ciencias de la Salud y sus respectivos Medical Subject Headings en inglés.

**Resultados:** A través de un diagrama de flujo aplicando los criterios de inclusión, se han seleccionado 17 artículos.

**Conclusiones:** La reducción de estímulos y la

## Abstract

Preterm birth is a condition that significantly affects infants worldwide and is the leading cause of mortality among newborns. Preterm infants face major respiratory challenges that result in many cases in the need for mechanical ventilatory support. This is a crucial intervention for their survival, but with associated complications, it is necessary to implement specialized, comprehensive and risk-reducing nursing care for this vulnerable population.

**Objective:** To identify nursing care in preterm infants subjected to mechanical ventilation in neonatal intensive care units.

**Methodology:** A literature review was conducted between December 2023 and February 2024. The Scielo, Pubmed and Google Scholar databases were used as sources of information. To carry out the search strategy Descriptors in Health Sciences and their respective Medical Subject Headings were used.

**Results:** Through a flow chart applying the inclusion criteria, 17 articles were selected.

**Conclusions:** Stimulus reduction and bundling of care together with non-pharmacological therapies and breastfeeding are essential tools for the prevention of complications associated with mechanical ventilation that reduce hospital stay. Correct positioning of



agrupación de cuidados junto con las terapias no farmacológicas y la lactancia al pecho son herramientas esenciales para la prevención de complicaciones asociadas a la ventilación mecánica que reducen la estancia hospitalaria. El correcto posicionamiento de dispositivos de ventilación y los apósitos hidrocoloides de manera preventiva ayudan a mantener la integridad cutánea y a prevenir las úlceras por presión.

ventilation devices and preventive hydrocolloid dressings help maintain skin integrity and prevent pressure ulcers.

#### Palabras clave

*cuidados de enfermería, prematuro, recién nacido, ventilación mecánica*

#### Keywords

*nursing care, newborn, preterm, respiration artificial*

### INTRODUCCIÓN

#### Recién nacido pretérmino

La Organización Mundial de la Salud define recién nacido prematuro a todo bebé nacido vivo antes de que haya alcanzado la semana 37 de gestación.

La subclasificación de recién nacido (RN) prematuro según la edad gestacional se realiza en función de las semanas de gestación y se divide en prematuro extremo (< 28 semanas), muy prematuro (entre 28 y 32 semanas) y prematuro moderado y tardío (entre 32 y 37 semanas) **1**.

A su vez, los recién nacidos

prematuros o pretérmino (RNPT) se pueden categorizar según el peso al nacer en RN de peso extremadamente bajo (< 1000 g), muy bajo peso (1000 a 1499 g) y bajo peso (1500 a 2500) **2**.

Los datos estadísticos de la OMS reflejan una tasa de nacimientos prematuros a nivel mundial entre el 4% y 16%, es decir, alrededor de 13,4 millones de neonatos pretérmino en el año 2020 **1**. En la comunidad autónoma de Castilla y León la tasa de prematuridad se sitúa entorno al 6-7% **tabla 1**.

Las condiciones socioeconómicas, la edad de embarazo inferior a los 18 o superior a los 35 años, hábitos tóxicos, antecedentes de parto pre-

**Tabla 1.**  
**Nacimientos prematuros en Castilla y León durante el periodo 2018-2022**  
(Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística) 2022)

AÑO	TOTAL NACIMIENTOS	NACIMIENTOS PREMATUROS	TASA PREMATURIDAD
2018	15.044	1.002	6.66 %
2019	14.323	980	6.84%
2020	13.625	975	7.15%
2021	13.095	834	6.36%
2022	13.135	894	6,8%

maturado y aborto, embarazo múltiple o patologías maternas, son algunos de los factores predisponentes del parto prematuro **3**.

#### Fisiología respiratoria neonatal

El desarrollo embrionario

pulmonar comienza entre la concepción y la 4ª semana de gestación y alcanza su plenitud entre la semana 36 y los 60 primeros días de vida; pero no es hasta los 8 años cuando el sistema respiratorio se desarrolla al completo.

Las condiciones socioeconómicas, la edad de embarazo inferior a los 18 o superior a los 35 años, hábitos tóxicos, antecedentes de parto prematuro y aborto, embarazo múltiple o patologías maternas, son algunos de los factores predisponentes del parto prematuro

Existen diferencias anatómicas y funcionales entre adultos y neonatos que condicionan la respiración como la resistencia al paso del aire por una nariz pequeña con mucosa poco vascularizada y cilios inmaduros lo que conlleva a un aire poco humedecido y atemperado, lengua grande que obstruye la cavidad bucal, cuello más corto que obstaculiza el ingreso del aire, tráquea y bronquios muy distensibles y predisponentes al colapso y a la formación de atelectasias, gran cantidad y tamaño de glándulas mucosas y reflejo de la tos deficiente o músculos intercostales inmaduros con tendencia a la fatiga y a la

dentro del útero materno por lo que los nacimientos prematuros conllevan severos problemas respiratorios y hacen que aumente la necesidad de implantar ventilación mecánica en las unidades de cuidados intensivos neonatales **5**.

Los problemas respiratorios más frecuentes en neonatos prematuros son:

Síndrome de dificultad respiratoria. El surfactante pulmonar es una sustancia compuesta por lípidos y proteínas que es producido por los neumocitos tipo II del epitelio alveolar. Tiene como función principal disminuir la tensión

respiración abdominal, entre otros **4**.

#### Patología respiratoria neonatal

Las patologías respiratorias afectan a más del 20% de los recién nacidos prematuros siendo la mayor causa de morbilidad en el periodo neonatal. Los pulmones son de los últimos órganos en desarrollarse

alveolar y evitar el colapso pulmonar en la espiración. Este compuesto, se desarrolla por completo al final de la gestación por lo que los RN antes de la semana 34 son susceptibles de presentar déficit de esta sustancia lo que conlleva a la enfermedad de la membrana hialina (EMH) produciendo distrés respiratorio. El distrés respiratorio o síndrome de dificultad respiratoria es la principal causa de muerte en bebés prematuros **6**.

Displasia broncopulmonar. Enfermedad crónica que puede aparecer en los RNPT de muy bajo peso y muy baja edad gestacional que han sido sometidos a ventilación mecánica invasiva durante largos periodos de tiempo **7**. Las elevadas concentraciones de oxígeno producen una inflamación de los alveolos generando acumulación de líquido que da lugar a cianosis, taquipnea y dificultad respiratoria **8**.

Síndrome de aspiración meconial. El meconio es un material fecal que produce el bebé antes del nacimiento. Se suele expulsar

después del parto, pero una infección o sufrimiento fetal pueden llevar a la expulsión del meconio antes del parto. Si el bebé sufre bajas concentraciones de oxígeno, obligándole a dar grandes bocanadas de aire, puede llegar a aspirar el meconio del líquido amniótico produciendo dificultad respiratoria y aumentando la probabilidad de infección pulmonar y neumotórax **9**.

#### Ventilación mecánica (VM)

Se denomina ventilación mecánica a todo proceso de soporte ventilatorio artificial que gracias a un aparato mecánico llamado ventilador o respirador sustituye o mejora la función ventilatoria produciendo el menor daño posible **10**.

Estos dispositivos presentan unos parámetros que se modifican en función de las necesidades de cada paciente **11**:

Volumen corriente (VC): es la cantidad de gas que el respirador manda al paciente en cada respiración (valor adecuado en neonatos 4-6 ml/kg).

Frecuencia respiratoria (FR): respiraciones por minuto que administra el respirador dependiendo de la edad y la patología. Se recomienda una FR inicial de 40–60rpm en neonatos.

Volumen minuto (VM): es el volumen de gas que el respirador envía al paciente en cada minuto de ventilación. Es el producto del VC por la FR (5-8 l/min en neonatos).

Tiempo inspiratorio (Ti): es el período de entrada del gas en la vía respiratoria (valor recomendado 0,25-0,5 segundos en neonatos).

Relación inspiración/espriación (I/E): es la fracción de tiempo que se dedica a la inspiración y la espriación en cada ciclo respiratorio (1:1,5-2 en neonatos).

Fracción de oxígeno inspirado (FiO2): incrementa la presión alveolar de oxígeno (desde 21% al 100%).

La indicación fundamental para la implantación de este soporte en neonatos

es la dificultad respiratoria acompañada o no de apnea, hipoxia e hipercapnia **10**.

Existen dos tipos de ventilación mecánica.

#### Ventilación mecánica invasiva (VMI)

Es el tipo de ventilación mecánica que invade la vía aérea, es decir, se suministra soporte ventilatorio a través de la intubación orotraqueal (IOT) o traqueotomía. Este método asegura un excelente intercambio gaseoso y disminución del trabajo respiratorio.

#### Ventilación mecánica no invasiva (VMNI)

Se define como la forma de soporte ventilatorio que no invade la vía aérea. Se realiza a través de una mascarilla facial o nasal conectada a un ventilador. No existe una mascarilla universal, sino que es necesario buscar la adecuada para cada paciente **12**.

Tiene como ventajas frente a la VMI que permite al paciente toser, disminuye la necesidad de sedación y evita la atrofia muscular.

Existen varias modalidades:

BiPAP: ventilación con dos niveles de presión, una inspiratoria (IPAP o Inspiratory Positive Airway Pressure) y otra espiratoria (EPAP o Expiratory Positive Airway Pressure), y la diferencia entre ambas se denomina presión de soporte (PS) **12**.

CPAP: consiste en la aplicación de presión continua en la vía aérea superior a la presión atmosférica. La EPAP y la IPAP son del mismo valor. A su vez, existen varias técnicas para administrar distintos tipos de presión continua **12**.

HHHF: es un sistema de VMNI similar a la CPAP que también administra una presión continua de oxígeno. A diferencia de esta, el aire se humidifica y se calienta previamente evitando la sequedad de las fosas nasales **13**.

NIPPV: la ventilación nasal intermitente con presión positiva son un conjunto de técnicas de VMNI en las que se administra una presión de oxígeno de forma

intermitente gracias a un dispositivo colocado en la nariz del paciente **13**.

#### Complicaciones secundarias a la ventilación mecánica

El uso de la ventilación mecánica es un elemento crucial para la supervivencia en neonatos prematuros, pero a su vez, puede generar múltiples complicaciones como problemas mecánicos, infecciones, complicaciones pulmonares y nutricionales o lesiones cutáneas (UPP) entre otros.

Estas complicaciones suelen ser leves, prevenibles y tratables por lo que es importante conocerlas y actuar en su prevención y/o tratamiento **14,15**.

#### Justificación del estudio

Los nacimientos prematuros son un fenómeno prevalente a nivel mundial. Los neonatos pretérmino son unos pacientes muy vulnerables; especialmente aquellos que necesitan ventilación mecánica debido a la inmadurez de sus órganos.

Estos pacientes son más

**Tabla 2.**  
**Palabras clave en términos DeCS**  
**y sus correspondientes MeSH**  
(Elaboración propia)

DeCS	MeSH
Prematuro	Premature
Ventilación mecánica	Respiration artificial
Unidad de Cuidados Intensivos	Intensive Care Units
Cuidados de Enfermería	Nursing care
Planificación de cuidados del paciente	Patient care planning
Complicaciones	Complications
Recién nacido	Newborn
CPAP	CPAP

susceptibles a problemas respiratorios y a desarrollar otras condiciones médicas por lo que necesitan cuidados especializados y adaptados a sus necesidades.

La ventilación mecánica a su vez puede conllevar complicaciones por lo que la monitorización constante y las técnicas de enfermería específicas y de calidad reducirán estos riesgos.

Unas intervenciones planificadas que contemplen tanto al paciente como a la familia, que disminuyan el estrés del recién nacido y que proporcionen una atención integral y de alta calidad son esenciales para su tratamiento y recuperación.

Una revisión bibliográfica puede ayudar a comprender la complejidad de los cuidados que necesita esta población.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Identificar los cuidados de Enfermería en neonatos prematuros sometidos a ventilación mecánica en unidades de cuidados intensivos neonatales.

### Objetivos específicos

Determinar los cuidados de Enfermería que garanticen la correcta ventilación y el confort del recién nacido.

Establecer cuidados de Enfermería que favorezcan la alimentación y el vínculo padres-hijo.

Proporcionar recomendaciones para prevenir y evitar complicaciones secundarias a la ventilación mecánica mediante una atención de Enfermería especializada.

## METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica.

### Criterios de selección

Los criterios de inclusión establecidos fueron los siguientes: artículos sobre

cuidados de Enfermería en neonatos prematuros que han sido sometidos a ventilación mecánica, artículos de menos de 5 años de antigüedad, idioma inglés o español, artículos de acceso abierto y que se encontraran disponibles a texto completo. Se incluyeron ensayos clínicos, revisiones bibliográficas y estudios de cohortes. Se excluyeron aquellos artículos duplicados o que estudiaban otra población distinta al neonato prematuro.

### Fuentes de información y estrategias de búsqueda

Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud: Pubmed, Dialnet y Google Scholar. Además, la búsqueda se ha complementado con pá-

ginas web de la Asociación Española de Pediatría (AEP) y revistas de Enfermería.

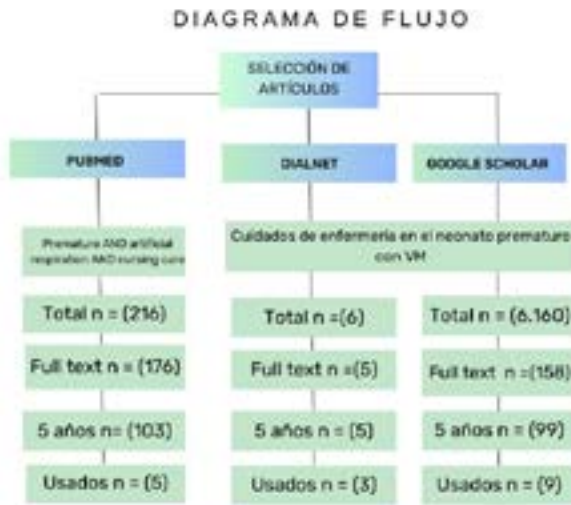
La búsqueda de información ha sido realizada entre diciembre de 2023 y febrero de 2024 mediante los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y sus respectivos Medical Subject Headings (MeSH) en inglés unidos mediante el operador booleano AND que se muestran en la [tabla 2](#).

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Metodología de la recuperación de artículos

Tras la aplicación de los criterios de selección citados previamente se han seleccionado un total de 17 artículos según se muestra en la metodología que se presenta en la [figura 1](#).

El uso de intervenciones no farmacológicas demostró beneficios en los RNPT sometidos a VM



**Figura 1.**  
**Diagrama de flujo**  
(Elaboración propia)

### Síntesis y discusión de resultados

En la **tabla 3** se muestra la síntesis de la información de los artículos que cumplieron los criterios de selección establecidos previamente.

Varios autores resaltaron la importancia de la reducción de estímulos y la agrupación de los cuidados con el fin de prevenir complicaciones secundarias a la ventilación mecánica.

Según López Muguerza y cols. (2023) y Ralphe y cols. (2021) el uso de ventilación mecánica y sus cuidados adyacentes conllevaron una disminución de la temperatura corporal frente a los neonatos que respiran aire ambiente al disminuir la temperatura de la incubadora; por lo que es necesario realizar una agrupación de los cuidados con el fin de reducir los estímulos externos y el riesgo de hipotermia **19-24**.

Al mismo tiempo como nos indica López García y cols. (2022), la higiene y la agrupación de los cuidados disminuyen el riesgo de neumonía asociada a la VM **22**.

En este sentido, Rincón Sánchez en el año 2022, demostró cómo la introducción de la

familia dentro en los cuidados de los RN y el uso del método NIDCAP (Newborn individualized developmental care and assessment program) mejoraron la estabilidad hemodinámica y respiratoria del RN. El método NIDCAP se basa en una reducción de los estímulos externos y una agrupación de los cuidados **21**.

Respecto a la extubación del RNPT, Chisaguano Llamuca y Quenorán Almeida (2023), indicaron que la formación continua y los protocolos centrados en la evidencia y experiencia de las enfermeras disminuyen las complicaciones de la VM y reducen la estancia hospitalaria de los RNPT **18**. Por otro lado, Brittany Guy y cols. (2021), demostraron que no hay diferencias significativas ni disminución de las complicaciones entre la extubación nocturna y la extubación diurna **25**.

El uso de intervenciones no farmacológicas demostró beneficios en los RNPT sometidos a VM.

Las intervenciones no farmacológicas que destaca Torres-Ake y cols. (2020) fueron, por un lado, la masoterapia (preferiblemente en la zona abdominal y la espalda) que disminuyó el dolor y favoreció la ganancia de

peso y, por otro lado, la musicoterapia, que generó grandes mejorías en los parámetros vitales (frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y saturación de O<sub>2</sub>) **29**.

Otro artículo publicado por Ortiz y cols. (2020) indicó que el método de intervención temprana mediante el contacto piel con piel genera beneficios en la relación paternofamiliar y disminuye la necesidad de terapias respiratorias y sedación **31**.

Al mismo tiempo, Qiong Wu y cols. (2020) indicó que los parámetros respiratorios de los RN fueron mejores en posición prona que, en posición supina, aumentando los niveles de oxigenación **27**.

Sin embargo, otro estudio publicado por Lasso Cuestas y cols. (2020), afirmó que la mejor posición durante el uso de oxigenoterapia es la posición supina con ángulo de 30° con un rollo de tela bajo el cuello para generar la posición de olfateo **30**.

La combinación de estas intervenciones da lugar a una disminución del uso de VM y una reducción de la estancia hospitalaria.

En cuanto a la reanudación de la alimentación por vía

oral, Leguizamo Galvis y cols. (2021) indicaron que debemos de mantener una monitorización constante, prestar vital atención a signos de alarma y a la triada succión-deglución-respiración (SDR). Además, enfatizaron que la lactancia materna al pecho, frente al uso del biberón, surge como la mejor opción para la reducción de apneas y la coordinación de succión, deglución y respiración **26**.

La mayor complicación de la ventilación mecánica en los RNPT es la aparición de úlceras por presión **14-15**. Gaurav Gautam y cols. publicaron en 2023 que la alternancia cada 8 horas de las cánulas binasales con la mascarilla nasal durante la CPAP disminuyó la aparición de UPP frente al uso de un único dispositivo **16**. Sin embargo, Balaguer-Escutia y cols. (2023), afirmaron que el uso de cánulas RAM (cánulas nasales) provocó menos incidencia de lesiones frente a otros métodos durante el uso de CPAP y BIPAP **20**. Campos-Rodríguez A. (2023), indicó que la escala de Braden Q, Glamorgan o e-NSRAS son esenciales para evaluar el riesgo de UPP. Además, insistió en cambiar los puntos de presión y de postura y el uso de los apósitos de poliuretano **17**. Berga Liarte y

cols., indicaron en 2022 que los cuidados de Enfermería para la prevención de UPP deben de ser integrales y centrados en la vigilancia y signos de alarma de la piel. El tratamiento de estas lesiones será con ácidos grasos o a través de desbridamiento autolítico <sup>23</sup>. También está de acuerdo con Balaguer-Escutia y cols. (2023) <sup>20</sup> ya que ambos afirmaron que la colocación óptima de los dispositivos ventilatorios es esencial. Un estudio publicado por Lasso Cuestas y cols. (2020), afirmó que para prevenir las lesiones es necesario proteger la piel usando gorros y apó-

sitos hidrocoloides de forma preventiva. Además, insistieron en la lubricación de la cánula, el correcto posicionamiento de las interfases y el mantenimiento de la vía aérea húmeda y permeable <sup>30</sup>. Otro estudio publicado por Vidal Santos y cols. en 2019, confirmó de la misma forma que los apósitos barrera hidrocoloides disminuyeron la incidencia de UPP y que el riesgo de UPP aumentó cuando la terapia ventilatoria se alargaba más de 3 días <sup>32</sup>.

#### CONCLUSIONES

La reducción de estímulos y la

agrupación de los cuidados son intervenciones imprescindibles para prevenir complicaciones asociadas a la ventilación mecánica.

La implementación de terapias no farmacológicas como masoterapia, musicoterapia y favorecer el vínculo parentofamiliar a través del contacto piel con piel mejoran el estado hemodinámico y respiratorio del RNPT y reducen la estancia hospitalaria y el uso de ventilación mecánica.

La alimentación oral se realizará preferiblemente al pecho

ya que disminuye las apneas y mejora la triada succión-deglución-respiración.

El correcto posicionamiento y la alternancia de diferentes dispositivos de ventilación mecánica unido al empleo de escalas de valoración del riesgo de desarrollo de úlceras por presión y el uso de apósitos hidrocoloides son las medidas que han mostrado mayor eficacia en el control y manejo de la integridad cutánea del recién nacido prematuro. ■

**Tabla 3.**  
**Resultados y conclusiones de los estudios seleccionados**  
(Elaboración propia)

AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO MUESTRAL	RESULTADOS IMPORTANTES	CONCLUSIONES DEL ESTUDIO
Gaurav Gautam y cols. 2023 <sup>16</sup>	India	Ensayo controlado aleatorio estratificado	57 bebés de <35 semanas de gestación que requirieron del uso de CPAP; divididos en 3 grupos de 19 bebés (grupo de cánulas continuas, grupo de máscara continua y grupo de rotación entre ambas interfaces).	La incidencia de lesiones nasales fue menor en el grupo en el que se realizó rotación nasal de la cánula por la mascarilla y viceversa, en comparación con los otros dos grupos que mantuvieron la misma interfaz durante todo el estudio. Entre los grupos que no se produjo rotación no se hallaron diferencias significativas de incidencia de lesiones.	La alternancia cada 8 horas de cánulas binasales cortas con la mascarilla nasal en neonatos prematuros durante el uso de la CPAP disminuye significativamente la incidencia de lesiones en comparación con el uso permanente de un solo dispositivo.

AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO MUESTRAL	RESULTADOS IMPORTANTES	CONCLUSIONES DEL ESTUDIO
Campos-Rodríguez A., 2023 <sup>17</sup>	España	Revisión bibliográfica	Se usaron 9 artículos que cumplían los criterios de inclusión determinados por el autor.	La higiene e hidratación cutánea, la alimentación adecuada y el uso de apósitos de poliuretano de forma preventiva son medidas esenciales para la prevención de UPP en neonatos.	El principal factor de riesgo de las UPP en neonatos es el uso de VMNI e IET. La escala de Braden Q, Glamorgan o e-NSRAS son esenciales para evaluar el riesgo de UPP. El método canguro, rotar los puntos de presión cada 2-4 h, los cambios posturales cada 2-3 h y el uso de apósitos de poliuretano son las principales medidas de prevención de las lesiones por presión.
Chisaguano Llamuca y Quenorán Almeida 2023 <sup>18</sup>	Ecuador	Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico	Entrevistas a 8 enfermeras expertas en la extubación de RNPT.	Cuidados de enfermería en el proceso de extubación: -Monitorización signos vitales y parámetros respiratorios -Valorar dificultad respiratoria, secreciones y estridor laríngeo -Valorar el nivel de conciencia -Control del dolor -Realizar cambios posturales para movilizar las secreciones  Por otro lado, los protocolos de extubación basados en la evidencia y experiencias redujeron las complicaciones respiratorias.	Las experiencias de enfermería desarrollan un papel crucial para la identificación de factores de riesgo en la extubación de RNPT gracias al establecimiento de protocolos basados en la evidencia que permiten definir los cuidados que se deben de realizar tanto antes como después de la extubación. La educación y aprendizaje continuos a las enfermeras permiten la optimización de la extubación y disminuyen el tiempo de estancia en la UCIN.
López Muguerra y cols., 2023 <sup>19</sup>	España	Revisión bibliográfica	Se utilizaron 8 estudios que cumplieron los criterios de inclusión citados por el autor.	Cuidados de enfermería en el uso de ventilación mecánica no invasiva: -Escoger una talla correcta de gorro y de interfases y cambiarlas cada 4-6h. Se recomienda realizar un masaje en la nariz y zonas de presión durante el cambio de interfaces. -Aplicar apósitos hidrocoloides o de silicona como medida preventiva. -Prestar atención a signos de alarma como enrojecimiento o excoriación. -Colocar el neonato en decúbito prono si existe mucha inestabilidad respiratoria ya que mejora la perfusión pulmonar. -El método canguro es eficaz para la tolerancia de la CPAP y fortalece el vínculo padres-neonato. -Es de vital importancia una agrupación de los cuidados. Vigilar la permeabilidad de la vía aérea cada 3 horas coincidiendo con la toma de constantes y el cambio postural. -Realizar la aspiración de secreciones con una sonda adecuada, en posición semifowler y con humidificación previa con suero fisiológico.	Una atención de enfermería integral es necesaria para prevenir lesiones por presión en los RNPT. Nos debemos de centrar en la vigilancia de la piel, los cambios posturales del neonato según su estabilidad respiratoria, así como la rotación de las zonas de presión y la implementación del método canguro. Debemos de abordar también los aspectos emocionales de la comodidad del neonato reduciendo los estímulos externos y realizando una agrupación de los cuidados evitando manipulaciones excesivas.

AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO MUESTRAL	RESULTADOS IMPORTANTES	CONCLUSIONES DEL ESTUDIO
Balaguer-Escutia y cols.2023 <sup>20</sup>	España	Estudio de cohortes, observacional, analítico, longitudinal y prospectivo.	34 neonatos sometidos a VM (19 con cánulas RAM, 6 vástagos nasales y 9 gafas de oxigenoterapia de alto flujo(OAF))	Las UPP en los pacientes portadores de cánulas RAM aparecieron entre el día 1-9 mientras que los que usaban interfaces aparecieron entre el día 1-11. La zona en la que aparecieron más UPP fue en las narinas, el puente nasal y las mejillas. La nuca fue también una zona de lesión, pero con menor incidencia. El 87,5 % de las UPP fueron de categoría I. No llegaron a aparecer lesiones de grado III ni IV. Las lesiones se resolvieron durante la estancia hospitalaria.	Las cánulas RAM produjeron una menor incidencia de lesiones frente a otros métodos (OAF y vástagos nasales) en modalidades BIPAP y CPAP. Sin embargo, la mala colocación de las cánulas RAM puede desarrollar lesiones en la región occipital. La zona de mayor incidencia son las narinas y el puente nasal. Por otro lado, las lesiones en las mejillas solo se encontraron en el uso de interfaces.
Rincón Sánchez, 2022 <sup>21</sup>	España	Revisión bibliográfica	Se escogieron 10 artículos relacionados con los cuidados centrados en el desarrollo del RNPT y la familia	Los RN tratados con el método NIDCAP (Newborn individualized developmental care and assessment program) demostraron una mejoría a nivel de desarrollo neurológico, una disminución del estrés y del dolor, gracias a la reducción de estímulos (luminosos, acústicos), la agrupación de los cuidados; disminuyendo el número de intervenciones y la introducción de la familia dentro de los cuidados también mejoran la estabilidad hemodinámica y respiratoria de los RN.	El método NIDCAP proporciona numerosos beneficios a los recién nacidos ingresados en las unidades de cuidados intensivos. De tal forma, este método disminuye la estancia hospitalaria y reduce el uso de ventilación mecánica. Mejora las necesidades de oxígeno y el aumento ponderal de peso. En general, se consigue un óptimo desarrollo tanto a corto como a largo plazo.
López García y cols.2022 <sup>22</sup>	Ecuador	Revisión bibliográfica	Se analizaron 16 artículos que cumplieron los criterios de inclusión determinados por el autor.	La neumonía asociada a la VM es una de las IAAS (Infecciones Asociadas a Atención de la Salud) más prevalentes en neonatos prematuros sometidos a este tratamiento en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Para prevenirla, desde el punto de vista enfermero debemos de centrarnos en una buena higiene, una agrupación de los cuidados y el uso de guantes y de equipos de protección individual para reducir la incidencia de esta patología.	El personal hospitalario desempeña un papel crucial en la prevención de las IAAS. A pesar de poner en práctica los resultados anteriores el personal de enfermería todavía es susceptible a contagios por falta de información y/o de equipos y medidas de protección. Desde el punto de vista organizativo se recomienda a los hospitales promover programas de prevención para reducir los riesgos de estas infecciones que generan un gran impacto negativo sobre todo en la población vulnerable como son los neonatos prematuros sometidos a VM.



AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO MUESTRAL	RESULTADOS IMPORTANTES	CONCLUSIONES DEL ESTUDIO
Berga Liarte y cols. 2022 <sup>23</sup>	España	Revisión bibliográfica	Se utilizaron 8 estudios que cumplieron los criterios de inclusión citados por el autor.	Las lesiones producidas por la VM se suelen encontrar en la nariz, región occipital y pabellón auricular. Como medidas preventivas es de vital importancia la selección y colocación adecuada del gorro, colocar apósitos de espuma de poliuretano de baja adhesividad y mantener las interfaces sin torsiones y bien sujetas para evitar la presión sobre la nariz. Durante la terapia se debe de vigilar la piel que debe de mantenerse limpia y seca y las zonas de apoyo. En el caso de la aparición de lesiones de grado I se utilizarán ácidos grasos hiperoxigenados y se evitarán los masajes en la zona lesionada. Si apareciesen lesiones de grado II y III el tratamiento será más conservador y se utilizará el desbridamiento autolítico como principal método.	Histológicamente la piel del RN es similar a la del adulto, pero existen algunas funciones que no se han desarrollado al completo especialmente en neonatos prematuros favoreciendo la aparición de lesiones por presión. Por lo tanto, desde el punto de vista enfermero debemos de realizar un enfoque integral de los cuidados para esta población. Se implementarán cuidados preventivos centrados en la buena colocación de los dispositivos y se usarán apósitos de barrera. Durante el uso de la VM, los cuidados se centrarán en la vigilancia de los signos de alarma de la piel y zonas de apoyo. Si fuese necesario tratar las lesiones, se aplicarán ácidos grasos o desbridamiento autolítico según la gravedad de estas.
Ralphe y cols. 2021 <sup>24</sup>	Estados Unidos	Diseño exploratorio, longitudinal y correlacional	12 bebés <29 semanas de gestación (mediana = 27,1, 25,9–27,9) y <1200 g (mediana = 865 g, 660–1050 g)	Los participantes que usaron VM y CPAP obtuvieron temperaturas más bajas que los que fueron sometidos a AR (aire ambiente). Así mismo, los neonatos sometidos a muchas intervenciones de enfermería ligadas a la VM (cuidados del TET, aspiración de secreciones o cuidado de las cánulas nasales) disminuyeron la temperatura corporal por el contacto directo con el bebé y al disminuir la temperatura de la incubadora.	Las características del aire inspirado (humedad y temperatura) disminuyen conforme pasa el aire del humidificador, por el respirador al bebé. A su vez, los cuidados de enfermería desagrupados y en grandes cantidades también disminuyen la temperatura corporal de estos. Concluyendo de tal forma, que la VM es un riesgo de inestabilidad térmica.
Guy y cols. 2021 <sup>25</sup>	Estados Unidos	Estudio de cohorte retrospectivo	Todos los bebés prematuros de <1500 gramos de peso que requirieron de intubación endotraqueal en 3 unidades de cuidados intensivos neonatales en el periodo de 2016-2020.	Los bebés extubados durante el día tenían marcadores de gravedad más altos, aunque las tasas de éxito de la extubación no difirieron entre la nocturna y la diurna.	No existen diferencias significativas ni disminución de las complicaciones o mejoría de estas entre la extubación nocturna y la extubación diurna.

AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO MUESTRAL	RESULTADOS IMPORTANTES	CONCLUSIONES DEL ESTUDIO
Leguizamo Galvis y cols. 2021 <sup>26</sup>	Colombia	Revisión bibliográfica	Se revisaron 16 artículos que trataban acerca de los criterios para iniciar la succión nutritiva en un neonato con dificultades respiratorias.	Los criterios para establecer la reanudación de la alimentación oral se centran en: -La monitorización de la saturación de O2 de forma invasiva (análisis de gases sanguíneos); más fiable; y no invasiva (oximetría de pulso transcutánea) que es más accesible económicamente. -La triada SDR: evalúa ciclos y frecuencia de succión, frecuencia deglutoria y signos de alarma (tos, aleteo nasal, regurgitación, tiraje intercostal). -Apneas: las pausas de más de 20 segundos representan un riesgo especialmente para aquellos neonatos de muy bajo peso. Los resultados obtenidos definen un mejor grado de recuperación de las apneas cuando son alimentados al seno frente al biberón.	Para la reanudación de la lactancia por vía oral nos debemos de centrar en la monitorización de la saturación de oxígeno a la vez que prestamos atención a la triada SDR y a la observación de los signos de alarma. La relación observada entre la lactancia materna y la desaturación dan una gran ventaja a la lactancia materna al seno frente al uso de biberón disminuyendo las apneas, mejorando la recuperación de estas y generando una mejor relación de succión, deglución y respiración. Siendo por tanto la lactancia al seno la mejor forma de instaurar la alimentación oral en los neonatos de bajo peso con dificultades respiratorias.
Qiong Wu y cols. 2020 <sup>27</sup>	China	Estudio experimental	30 niños con cardiopatía coronaria (Prematuros n=15) y (A término n=15)	Los parámetros respiratorios (PaO2, FiO2) en posición prona fueron significativamente mayores y mejores que en posición supina (P<0,05)	La posición prona puede aumentar los niveles de oxigenación en prematuros que han sido sometidos a una intervención quirúrgica, además de potenciar su sistema respiratorio. Es una intervención muy apropiada para adoptar en las unidades de cuidados intensivos neonatales.
Alper Aykanat y cols. 2020 <sup>28</sup>	Turquía	Ensayo clínico	1 recién nacido prematuro con presencia de sinequias nasales secundarias a VM	La aparición de sinequias nasales es producida por una inflamación secundaria a los microtraumas producidos en las fosas nasales a consecuencia de la VM. A su vez, los reiterados cuidados (aspiración de secreciones y la alimentación enteral por sonda nasogástrica) empeoran el estado de estas.	La ventilación mecánica por largos periodos de tiempo puede conllevar a complicaciones tales como las sinequias. También la dificultad respiratoria puede complicar el destete y por tanto la alimentación oral y comprometer la ganancia de peso prolongando la estancia hospitalaria. Los cuidados de enfermería deben de ser realizados con la mayor suavidad posible. Además, es de vital importancia la realización de exámenes para diagnosticar posibles obstrucciones y sinequias.
Torres-Ake y cols., 2020 <sup>29</sup>	Méjico	Revisión sistemática	Se usaron 30 artículos que cumplían los criterios de inclusión determinados por el autor	La zona predominante para realizar los masajes es el abdomen y la espalda con una duración estimada de 10 a 15 minutos tres veces al día.  En cuanto a la musicoterapia, la música de elección es la música clásica en primer lugar, seguida de la música de cuna reproducida durante aproximadamente 15 minutos de 1 a 3 veces por día.	La aplicación de masajes y terapia táctil en el RNPT mejoró significativamente la ganancia ponderal de peso y disminuyen el cortisol y el dolor, pero no se observaron mejorías a efectos de parámetros circulatorios o ventilatorios. Por otro lado, la musicoterapia disminuye la frecuencia respiratoria y cardíaca, mejora la saturación de oxígeno, dando lugar a una disminución del uso de VM. Además, reduce el dolor, el tiempo de llanto y la tensión arterial. La combinación de estas dos terapias es lo ideal para los RN inestables de las unidades de cuidados intensivos neonatales.

AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO MUESTRAL	RESULTADOS IMPORTANTES	CONCLUSIONES DEL ESTUDIO
Lasso Cuestas y cols.2020 <sup>30</sup>	Colombia	Revisión bibliográfica	Se usaron 17 artículos que cumplían los criterios de inclusión determinados por el autor	<p>Durante el uso de CPAP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Posicionamiento del RN: posición supina con ángulo de 30°. Realizar cambios posturales mantiene la vía aérea permeable y evita lesiones en el tabique nasal. El uso de un rollo de tela puede ayudar a mantener el neonato en posición de olfateo.</li> <li>-Uso de gorro: un gorro de talla y tamaño adecuado que cubra desde las cejas hasta las orejas y el cuello protegiendo las áreas de presión.</li> <li>-Posicionamiento de la cánula nasal: Lubricar la cánula antes de su inserción. No introducir la cánula nasal completa, solo hasta la mitad para evitar el daño del tabique. Estabilizar la cánula con un apósito hidrocoloide.</li> <li>-Aspiración de secreciones: se recomienda utilizar un catéter de un calibre menor a 5 mm para evitar la irritación de la mucosa nasal.</li> <li>-Mantenimiento de la vía aérea: se recomienda mantener siempre la vía aérea limpia, húmeda y lubricada.</li> </ul>	<p>Para prevenir lesiones secundarias al uso de la CPAP en RNPT es indispensable el cuidado de la piel usando gorros adecuados, apósitos hidrocoloides de forma preventiva y una adecuada posición del RN durante la administración de oxigenoterapia.</p> <p>La elección del tamaño de catéteres de aspiración, la estabilización de la cánula, la correcta lubricación y posición de esta también son medidas cruciales para evitar las UPP.</p>
Ortiz y cols. 2020 <sup>31</sup>	Colombia	Revisión bibliográfica	Se usaron 38 artículos que cumplían los criterios de inclusión determinados por el autor	<p>través del contacto piel con piel y estimulación tacto-kinésica en RNPT de alto riesgo, fortalece la relación con los padres, disminuye el uso de ventilación asistida, así como el uso de sedación y reduce la presión manual.</p> <p>Los RN que recibieron este tipo de cuidados se encontraban más orientados, desarrollados y con mayor actividad motora lo que también conllevó a un acortamiento de la permanencia en el hospital.</p>	<p>La intervención temprana mediante el contacto piel con piel favorece la relación padres-infante, mejora el desarrollo general del RN, disminuye la necesidad de intervenciones respiratorias y la sedación. En conclusión, este método genera un efecto positivo en las conductas fisiológicas del RN, acelerando su recuperación y disminuyendo la estancia hospitalaria.</p>
Vidal Santos y cols. 2019 <sup>32</sup>	Brasil	Revisión bibliográfica	Se utilizaron 37 estudios que cumplieron los criterios de inclusión citados por el autor.	<p>El 90% de las lesiones por presión en los RNPT están relacionadas con los dispositivos de ventilación.</p> <p>La incidencia de lesiones nasales se ve reducida con el uso las cánulas de alto flujo frente al uso de CPAP.</p> <p>Para prevenir las lesiones durante el uso de CPAP se recomienda colocar un apósito de barrera hidrocoloide.</p> <p>Así mismo las lesiones se redujeron significativamente intercambiando la cánula nasal y la mascarilla cada 4 horas.</p> <p>El riesgo de lesiones aumenta significativamente cuando el uso de la terapia se alarga más de 3 días.</p>	<p>El uso de barreras cutáneas, la fisioterapia respiratoria, la experiencia de las enfermeras y el control y vigilancia de la piel son los pilares fundamentales para la prevención de lesiones por presión en los RNPT sometidos a VM.</p>

## Bibliografía

- World Health Organization: WHO. Nacimientos prematuros [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Stavis RL. Recién nacidos prematuros [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2019. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros#:~:text=Los%20reci%C3%A9n%20nacidos%20prematuros%20se>
- Ceriani Cernadas JM. Las causas principales de la prematuridad y los muy frecuentes trastornos que ocasionan. Arch Argent Pediatr 2019;117(4):210-211. Available from: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2019/v117n4a01.pdf>
- Paulo Damián Arnaudo. Introducción a la ventilación mecánica neonatal invasiva. Parte I Introduction to neonatal invasive mechanical ventilation. Part I. Revista Enfermería Neonatal [Internet]. 2021 ;30-8. Available from: <https://dn790004.ca.archive.org/0/items/introduccion-a-la-ventilacion-mecanica-neonatal-invasiva.-parte-i/>
- Introducci%C3%B3n%20a%20la%20ventilaci%C3%B3n%20mec%C3%A1nica%20neonatal%20invasiva.%20Parte%20I.pdf
- Pérez-Rodríguez J, Elorza D. Etiología y diagnóstico. An Pediatr Contin [Internet]. 2003;1(2):57-66. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s1696-2818\(03\)71590-6](http://dx.doi.org/10.1016/s1696-2818(03)71590-6)
- Castillo Salinas F, Elorza Fernández D, Gutiérrez Laso A, Moreno Hernando J, Bustos Lozano G, Gresa Muñoz M, et al. Recomendaciones para la asistencia respiratoria en el recién nacido (iii). Surfactante y óxido nítrico. Anales de Pediatría [Internet]. 2015 ;83(5):354.e1-6. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-recomendaciones-asistencia-respiratoria-el-recien-articulo-S1695403315000727>
- Sánchez Luna M, Moreno Hernando J, Botet Mussons F, Fernández Lorenzo JR, Herranz Carrillo G, Rite Gracia S, et al. Displasia broncopulmonar: definiciones y clasificación. Anales de Pediatría [Internet]. 2013 ;79(4):262.e1-6. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-displasia-broncopulmonar-definiciones-clasificacion-articulo-S1695403313000751>
- Lattari Balest A. Displasia broncopulmonar [Internet]. Manual MSD versión para público general. Manuales MSD; 2023 [cited 2023 Nov 28]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/problemas-pulmonares-y-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/displasia-broncopulmonar-dbp>
- Lattari Balest A. Síndrome de aspiración meconial [Internet]. Manual MSD versión para público general. Manuales MSD; 2021. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/problemas-pulmonares-y-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADndrome-de-aspiraci%C3%B3n-meconial>
- García Castillo E, Chicot Llano M, Rodríguez Serrano DA, Zamora García E. Ventilación mecánica no invasiva e invasiva. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2014 Oct 1;11(63):3759-67. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214708406>
- López-Herce J, Carrillo Á. Ventilación mecánica: indicaciones, modalidades y programación y controles. Anales de Pediatría Continuada [Internet]. 2008 Dec 1;6(6):321-9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-ventilacion-mecanica-indicaciones-modalidades-programacion-programacion-S1696281808755975>
- García Castillo E, Chicot Llano M, Rodríguez Serrano D.A., Zamora García E. Ventilación mecánica no invasiva e invasiva. Medicine. [Internet] 2014; 11 (63): 3759-67 . Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4903667>
- Schulzke SM, Stoecklin B. Update on ventilatory management of extremely preterm infants—A Neonatal Intensive Care Unit perspective. Paediatr Anaesth [Internet]. 2022 ;32(2):363-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/pan.14369>
- Reina Ferragut C, López-Herce J. Complicaciones de la ventilación mecánica. Anales de Pediatría [Internet]. 2003 Aug 1;59(2):160-5. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-complicaciones-ventilacion-mecanica-articulo-resumen-S1695403303787414>
- Investigación RS. Úlceras por presión relacionadas con el uso de dispositivos de ventilación mecánica no invasiva en pediatría. [Internet]. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/ulceras-por-presion-relacionadas-con-el-uso-de>

- dispositivos-de-ventilacion-mecanica-no-invasiva-en-pediatria/
16. Gautam G, Gupta N, Sasidharan R, Thanigainathan S, Yadav B, Singh K, et al. Systematic rotation versus continuous application of 'nasal prongs' or 'nasal mask' in preterm infants on nCPAP: a randomized controlled trial. *Eur J Pediatr* [Internet]. 2023 [citado el 4 de marzo de 2024];182(6):2645–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36967420/>
17. Campos-Rodríguez A. Vista de riesgos y medidas de eficacia para la prevención de lesiones por presión en neonatos con ventilación mecánica [Internet]. *Enfermería dermatológica*. 2023 [cited 2024 Mar 4]. Available from: <https://www.enfermeriadermatologica.org/index.php/anedidic/article/view/207>
18. Llamuca JGC, Almeida VSQ. Nursing experiences in the prevention of complications before extubation of the neonatal patient. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies* [Internet]. 2023 Jul 6 [cited 2024 Mar 4];4(S1):e23032–2. Available from: <https://journals.sapienzaeditorial.com/index.php/SIJS/article/view/656>
19. Investigación RS. Cuidados de enfermería en pacientes con ventilación mecánica no invasiva en unidades de cuidados intensivos neonatales [Internet]. *RSI - Revista Sanitaria de Investigación*. 2023 [cited 2024 Mar 4]. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-ventilacion-mecanica-no-invasiva-en-unidades-de-cuidados-intensivos-neonatales/>
20. Balaguer-Escutia P, García-Molina P, Balaguer-López E, Ángeles MNM, Balaguer-Escutia P, García-Molina P, et al. Análisis de la aparición de lesiones por presión en neonatos portadores de ventilación mecánica no invasiva. *Gerokomos* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 4];34(1):53–60. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2023000100010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000100010)
21. Rincón Sánchez MJ. Atención centrada en el paciente: Desarrollo del recién nacido prematuro en UCI. *Revisión Bibliográfica Sistematizada*. *dspaceuviccat* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2024 Mar 4]; Available from: <http://dspace.uvic.cat/xmlui/handle/10854/7221>
22. García N del CL, Arias LMF, Granizo RYP, Zamora LGR. Infecciones asociadas a la atención de salud y bioseguridad en el cuidado de enfermería, revisión bibliográfica. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* [Internet]. 2022 Oct 18;3(2):547–80. Available from: <http://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/117>
23. Investigación RS. Úlceras por presión relacionadas con el uso de dispositivos de ventilación mecánica no invasiva en pediatría. [Internet]. *RSI - Revista Sanitaria de Investigación*. 2022. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/ulceras-por-presion-relacionadas-con-el-uso-de-dispositivos-de-ventilacion-mecanica-no-invasiva-en-pediatria/>
24. Ralphe JL, Silva SG, Dail RB, Brandon DH. The association between very premature infant body temperatures over time and respiratory care. *Biol Res Nurs* [Internet]. 2021 [citado el 4 de marzo de 2024];23(3):331–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33124439/>
25. Guy B, Dye ME, Richards L, Guthrie SO, Hatch LD III. Association of time of day and extubation success in very low birthweight infants: a multicenter cohort study. *J Perinatol* [Internet]. 2021 [citado el 4 de marzo de 2024];41(10):2532–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34304243/>
26. Leguizamo Galvis RP. Criterios para iniciar la succión nutritiva en un neonato con dificultades respiratorias: Una revisión literaria. *Areté* [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 4];21(1):65–76. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8041158>
27. Wu Q, Liu J, Liu Y, Jiang Y. Management and experience of postural placement in postoperative mechanical ventilation of newborns. *Ann Palliat Med* [Internet]. 2020 [citado el 4 de marzo de 2024];9(4):1997–2002. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32648464/>
28. Aykanat A, Çelik HT, Günaydın RÖ, Yiğit Ş. Iatrogenic nasal synechiae in a premature newborn. *Türk J Pediatr* [Internet]. 2020 [citado el 4 de marzo de 2024];62(3):505. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32558430/>
29. Torres-Ake EA, Lugo-Ake G del R, Matos-Villanueva JA, Puch-KEB. Masaje frente a musicoterapia para reducir el estrés en prematuros de una unidad crítica neonatal, una revisión sistemática. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2020 Jun 25;28(1):49–57. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-in/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94018>
30. Lasso Cuestas M del P, Ramírez Rodríguez LD. Intervenciones

para el cuidado de la piel en el recién nacido: revisión sistemática de la literatura. repositorio.unbosque.educo [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 4]; Available from: <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/8981>

31. Ortiz Urbina AY, Villamizar Sierra

EM, García Cobaria MF. Revisión de literatura: prácticas de cuidado en recién nacidos con bajo peso al nacer por los profesionales de la salud hospitalario y ambulatorio. repositoryucceduco [Internet]. 2020 Mar 16 [cited 2024 Mar 4]; Available from: [https://repository.ucc.edu.co/items/0e814530-8a59-](https://repository.ucc.edu.co/items/0e814530-8a59-4d9e-8cf3-6b69ac189a3d)

4d9e-8cf3-6b69ac189a3d

32. Vidal Santos S, Souza Ramos FR, Costa R, da Cunha Batalha LM. Evidências sobre prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: revisão integrativa. ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy [Internet]. 2019 Nov 28 [cited 2021 Dec 26]; Available

from: [https://web.archive.org/web/20191207202542id\\_/https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/viewFile/787/pdf\\_1](https://web.archive.org/web/20191207202542id_/https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/viewFile/787/pdf_1)

# ESTRATEGIAS EN LA PREVENCIÓN DEL TRAUMATISMO CRANEAL ABUSIVO EN LA INFANCIA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

STRATEGIES IN THE PREVENTION OF ABUSIVE HEAD  
TRAUMA IN CHILDHOOD: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ÁNGELA SERRANO MARTÍNEZ

Enfermera.  
Complejo Asistencial Universitario de León.

✉ [angelaserrano14802@gmail.com](mailto:angelaserrano14802@gmail.com)

## Resumen

**Introducción.** El traumatismo craneal abusivo (AHT) es un síndrome que hace referencia a lesiones intracraneales o en el cráneo de bebés y niños pequeños, originadas por violentas sacudidas o golpes contundentes. Es una de las principales causas de muerte en niños menores de dos años debido a lesiones en la cabeza atribuidas a sus características anatómicas y fisiológicas específicas. El objetivo general del estudio fue examinar y actualizar los conocimientos relacionados con el traumatismo craneal abusivo.

**Metodología.** Se llevó a cabo una revisión bibliográfica empleando las bases de datos PubMed y Web of Science. Se seleccionaron artículos en español e inglés, cuyo año de publicación estuviese entre 2010 y 2024, que tuviesen acceso gratuito y que nombraran estrategias de prevención del traumatismo craneal abusivo en la infancia. Se seleccionaron 10 artículos.

**Resultados.** Programas centrados en la formación parental fueron desarrollados para la prevención del traumatismo craneal abusivo en niños, obteniendo resultados variados. La formación de los profesionales y el apoyo emocional a los cuidadores son estrategias clave preventivas.

**Conclusiones.** La formación parental sobre el patrón de llanto infantil y las consecuencias de sacudir al bebé

## Abstract

**Introduction.** Abusive head trauma (AHT) is a syndrome that refers to intracranial or skull injuries in infants and young children caused by violent shaking or blunt force trauma. It is one of the leading causes of death in children under two years of age due to head injuries attributed to their specific anatomical and physiological characteristics. The overall aim of the study was to review and update knowledge related to abusive head trauma.

**Methodology.** A literature review was carried out using the PubMed and Web of Science databases. Articles were selected in Spanish and English, whose year of publication was between 2010 and 2024, which had free access and which named strategies for the prevention of abusive head injury in childhood. Ten articles were selected.

**Results.** Programmes focusing on parental education were developed for the prevention of abusive head injury in children, with mixed results. Training of professionals and emotional support for caregivers are key preventive strategies.

**Conclusions.** Parental training on infant crying patterns and the consequences of shaking the infant are key to the prevention of abusive head injury. Programmes aimed at improving caregivers' emotional regulation

son una pieza clave para la prevención del traumatismo craneal abusivo. Los programas que buscan mejorar la regulación emocional de los cuidadores son más efectivos que los centrados en el conocimiento del llanto.

### Palabras clave

*traumatismo craneal abusivo, niño, prevención, sacudir, síndrome del bebé sacudido,*

are more effective than those focused on knowledge of crying.

### Keywords

*abusive head trauma, children, prevention, shake, shaken baby syndrome*

### INTRODUCCIÓN

Un recién nacido prematuro El síndrome del bebé sacudido, también conocido en inglés como shaken baby syndrome, fue descrito inicialmente por el radiólogo John Caffey en 1972. Es un término empleado para referirse al traumatismo craneal abusivo causado a bebés y niños pequeños (AHT, abusive head trauma) [1](#). El AHT se define como lesión en el contenido intracraneal o en el cráneo de un bebé o niño menor de 5 años, comúnmente causada por sacudidas bruscas o golpes contundentes [2](#). Esta definición excluye lesiones no intencionales ocasionadas por la falta de supervisión, disparos y heridas originadas por objetos punzantes [3](#). Es la principal causa de mortalidad en niños menores de 2 años debido a lesiones en la cabeza; el 53% de las lesiones cerebrales mortales o graves se atribuyen a este mecanismo de abuso infantil [4](#).

Con anterioridad, se han empleado distintos términos para mencionar este traumatismo, como síndrome del niño sacudido por latigazo cervical y síndrome del bebé sacudido. La Academia Americana de Pediatría (AAP) en 2009 aprobó el término que se emplea actualmente, AHT. De esta manera reconocía que las lesiones presentes en la cabeza de los niños podían ser producidas por distintas fuerzas biomecánicas, incluyendo las sacudidas. La AAP sigue resaltando los peligros de sacudir y reconoce el “síndrome del bebé sacudido” como un subgrupo lícito en el diagnóstico del AHT [5](#).

Se observa en niños de hasta 5 años, con mayor frecuencia en los primeros meses de edad. Esto se atribuye a características anatómicas y físicas definidas [6](#). Se muestra una destacada desproporción, donde la cabeza presenta un

tamaño voluminoso comparado con el resto del cuerpo. Por otra parte, los músculos del cuello no tienen el tono suficiente para aguantar de forma eficaz las oscilaciones y el peso de la cabeza [7](#).

Analizando los datos de traumatismos craneoencefálicos en niños de menos de 2 años, se observa que el AHT es el principal motivo de lesiones cerebrales mortales que pueden provocar la muerte tras los primeros días consecutivos al daño [4](#). Esto se achaca a los trastornos hipóxicos, los cuales causan alteraciones en el centro respiratorio troncoencefálico. También se puede presentar un incremento de la presión intracraneal que puede ser ocasionado por desarrollo de hemorragia o edema cerebral [6](#).

La mayor incidencia de AHT mortal sucede entre el primer y el segundo mes de vida. El 30% de los pacientes muestran se-

cuelas permanentes que afectan al desarrollo físico, mental y sensorial; entre ellas se pueden encontrar la parálisis cerebral, trastornos convulsivos, cuadriparesia, sordera unilateral, hidrocefalia o microcefalia, problemas motores perseverantes, espasticidad o ceguera cortical unilateral [2, 8](#). El estado clínico del paciente va a depender de la gravedad de los síntomas incipientes; así, los niños que han sufrido un traumatismo craneoencefálico abusivo y muestran convulsiones, apnea y coma serán más propensos a presentar convulsiones, retrasos en el desarrollo y encefalopatía estática [8](#).

La incidencia de este suceso se subestima, ya que los padres muestran dejación a buscar atención médica y resulta complejo asignar las lesiones a situaciones de abuso. De esta forma, se entorpece la identificación de la dimensión del problema. Aun desconociendo



la cifra exacta, se estima que representa más del 50% de las lesiones no accidentales que se observan en niños y conlleva a una morbilidad elevada. De todas las víctimas, cerca de un tercio presentará consecuencias a largo plazo como problemas físicos y mentales, y aproximadamente otro tercio no sobrevivirá a las lesiones. Por último, el otro tercio no experimentará secuelas en un futuro [8, 9](#).

#### Justificación del estudio

El traumatismo craneal abusivo, también conocido como síndrome del bebé sacudido, es una forma de maltrato infantil de vital importancia debido a sus graves consecuencias emocionales, sociales y físicas tanto para los niños afectados,

como para sus familias y la sociedad en general.

La detección y prevención temprana del AHT es fundamental para no solo asegurar la protección y bienestar de los niños, sino también para reducir la carga de los sistemas de salud y los recursos sociales.

#### OBJETIVOS

El objetivo general de esta revisión bibliográfica fue examinar y actualizar los conocimientos relacionados con el traumatismo craneal abusivo.

Como objetivos específicos se identificaron analizar los factores de riesgo y las causas que desencadenan el traumatismo craneal abusivo y plantear estrategias de prevención disponibles.

#### METODOLOGÍA

Para realizar este estudio sobre el traumatismo craneal abusivo en niños se llevó a cabo una revisión bibliográfica. Para ello se emplearon las bases de datos PubMed y Web of Science.

En la estrategia de búsqueda se utilizaron los términos MeSH (medical subject headings) en inglés: “abusive head trauma”, “children” y “prevention”. Se utilizó como operador booleano AND para maximizar la exactitud y asegurar la inclusión de las publicaciones destacadas. Un ejemplo de búsqueda fue “abusive head trauma” AND “children” AND “prevention”. Se orientó la búsqueda de los artículos al ámbito de Enfermería.

Los criterios de inclusión empleados fueron los siguientes: estudios publicados entre los años 2010 y 2024, y difundidos en inglés y español. Como tipo de estudio, se priorizaron revisiones sistemáticas, revisiones bibliográficas, ensayos clínicos, ensayos controlados aleatorizados y metaanálisis. Se excluyeron publicaciones que cumplieran los requisitos de inclusión, pero no presentaban una total disponibilidad, no se centraban específicamente en el traumatismo craneal abusivo y que trataban el caso de un único individuo.

#### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Metodología de la selección de artículos.

El diagrama de flujo [figura 1](#) ilustra el proceso de selección de las publicaciones. Los artículos seleccionados para la realización de la revisión bibliográfica fueron 10 artículos.

#### Factores de riesgo del traumatismo craneal abusivo

El traumatismo craneal abusivo es el resultado de una compleja interacción de varios factores de riesgo. Las sacudidas empleadas para calmar al bebé son un factor de riesgo muy crítico. El acto de abofetear a un bebé puede provocar escozor en la mano del cuidador despertando un sentimiento de pérdida de control y culpa, sin embargo, la acción de sacudir al bebé no genera esa sensación. Por otra parte, al sacudir al bebé se observa que deja de llorar, mientras que con otras formas de abuso sólo se obtiene un aumento del llanto. En un informe sobre 29 confesiones de perpetradores, Adamsbaum et al. (2010) describieron que se repitieron las sacudidas en el 55% de los casos, las sacudidas fueron repetidas debido a que la víctima dejaba de llorar

El traumatismo craneal abusivo es el resultado de una compleja interacción de varios factores de riesgo. Las sacudidas empleadas para calmar al bebé son un factor de riesgo muy crítico.

y ocurrían varias veces a diario durante varias semanas **11**.

Hennes et al. (2001) hablaron sobre la existencia de diferentes situaciones que aumentaban la probabilidad de ser víctima de un traumatismo craneal abusivo. Entre ellas, los autores enunciaron madres menores de 18 años, familias monoparentales, madres que no tuvieron atención prenatal, madres con bajo nivel educativo y familias con nivel socioeconómico bajo. Además, este estudio mencionó algunas particularidades del niño que aumentaron la ocurrencia de AHT, como son el género masculino, el parto prematuro, el bajo peso en el nacimiento o la edad menor de un año **3**.

Stephens et al. (2012) expusieron un modelo formado por tres componentes para explicar la etiología del AHT. En este modelo los factores situacionales, los relacionados con el cuidador y los relacionados con el bebé interactúan y derivan en la aparición del traumatismo craneal abusivo. Los factores situacionales tratan situaciones estresantes como por ejemplo estatus social, desastres naturales, dificultades a lo largo del embarazo y aislamiento familiar. Los factores del cuidador pueden referirse a la falta de

experiencia como cuidador, el desconocimiento sobre el patrón normal del llanto del bebé y los peligros de sacudirlo, factores psicopatológicos, baja tolerancia a la frustración y celos por la relación del bebé con otros cuidadores. Por último, los factores relacionados con el bebé hacen referencia a las características en el desarrollo infantil, tales como la ansiedad por separación y el patrón del llanto. Este último es considerado en la literatura como el principal causante de la aparición del AHT **3**.

Brazelton en 1962 describió por primera vez el patrón del llanto del bebé. En el estudio realizado se solicitó a 80 madres que elaboraran un registro diario durante las primeras 12 semanas de vida del bebé del patrón del llanto. Analizando la información recogida, Brazelton obtuvo una curva con forma de "n", en la que el eje vertical indicó el número de horas que el bebé lloraba al día y el eje horizontal hizo referencia a la edad en semanas del bebé. El patrón del llanto descrito por este autor se singulariza por un incremento de la duración media diaria del llanto durante las primeras semanas de vida, obteniendo un pico en la sexta semana, seguido de una disminución de la media del llanto

diaria. Posteriormente, este llanto se convierte en más premeditado y más vinculado a eventos ambientales. El estudio de Brazelton se ha replicado a lo largo de los años demostrando que este patrón del llanto es universal y perdura en el tiempo **3**.

Barr et al. y Lee et al. en los años 2006 y 2007, respectivamente, estudiaron la existencia de la relación entre la curva de incidencia de AHT y la curva del patrón del llanto dependiente de la edad del bebé. En el primer estudio los casos de AHT fueron seleccionados en hospitales de California mientras que el segundo incluyó aquellos casos que habían aparecido en los medios de comunicación. Ambas publicaciones mostraron resultados que señalaron que las curvas de llanto y de ocurrencia del AHT eran parecidas. Esto ofrece evidencia empírica de que el llanto es un elemento desencadenante del traumatismo craneal abusivo **3**.

### **Características clínicas presentes en el traumatismo craneal abusivo**

Existe una tríada de signos representativa para el traumatismo craneal abusivo, que está caracterizada por la presencia de hematoma subdural,

hemorragia retiniana y edema cerebral. Aunque los hematomas subdurales en niños no siempre son resultado de situaciones de violencia, el AHT parece ser la principal causa de su aparición. Las hemorragias retinianas también se han relacionado estrechamente con el AHT. Al igual que los hematomas subdurales, las hemorragias retinianas no son exclusivas de esta lesión, sin embargo, el estudio de Frasier (2008), mostró la existencia de hemorragia retiniana en el 74% de los casos de traumatismo craneal abusivo y en el 82% de los casos mortales. Según el estudio de Frasier, si un niño presenta hemorragia retiniana sin haber sufrido un accidente automovilístico o una caída a una altura preocupante, deberá despertar las alarmas de advertencia de mostrar AHT **3**.

Respaldando este concepto, el estudio de Keenan et al. (2003) reveló que el 80% de los niños que habían sufrido AHT mostraban lesiones oculares, además, la hemorragia retiniana producida por situaciones accidentales era más moderada que aquella que surge por situaciones de violencia. Estos hallazgos resaltan la necesidad de realizar exámenes oftálmicos para identificar casos de maltrato y así prevenir su recurrencia **3**.

Cabe señalar que no todas las víctimas de AHT presentan la tríada de signos (hematoma subdural, hemorragia retiniana y edema cerebral) característica del AHT. Pueden presentar otras características como vómitos incontrolables, infección de las vías respiratorias superiores, diarrea, irritabilidad, letargo, apnea, convulsiones, antecedentes de traumatismos menores y disminución del apetito. Sieswerda- Hoogenboom et al. (2011) en una revisión bibliográfica analizaron las principales manifestaciones neurológicas que aparecen como consecuencia del AHT; convulsiones (43-50%), retraso en el desarrollo (12%), alteración del estado de conciencia (77%) y vómitos (15%) **3**.

Por otra parte, Hennes et al. afirmaron que varios signos del AHT pueden llegar a simular otras enfermedades que comúnmente presentan los niños, como cólicos, infecciones virales o intolerancia a alimentos **3**.

La Declaración Conjunta sobre el Síndrome del Bebé Sacudido (documento publicado en Canadá, 2001) enunció que cuanto mayor es la lesión neurológica en el niño, mayores serán los signos y menor será el tiempo entre la lesión y la presentación de los signos **3**.

### **Estrategias de prevención del traumatismo craneal abusivo**

La literatura señala múltiples enfoques y programas planeados para prevenir el traumatismo craneal abusivo en niños.

Autores como Lopes et al. (2013) y Smith et al. (2019) basaron sus estudios en la educación como prevención. Smith et al. obtuvieron resultados mixtos. El programa empleado, Safe Babies New York, instruyó a los padres sobre el comportamiento normal de llanto, cómo consolar a los bebés cuando lloran, la manera de disminuir la frustración o el enojo del

cuidador y sobre las consecuencias clínicas de sacudir a un bebé. Este programa mostró una reducción del 47% en la incidencia de AHT a lo largo de seis años. No obstante, programas similares en Pensilvania y Carolina del Norte no mostraron descenso en la incidencia general de AHT **3, 13**.

Por otro lado, Lopes et al. emplearon programas educativos utilizando videos, folletos, carteles e imanes de nevera con resultados positivos. Destacaron la importancia de capacitar a los profesionales de diversas áreas en la prevención a través de la implementación de programas educativos en el lugar de trabajo centrados en la identificación y notificación del AHT para reconocer los signos tempranos de un posible AHT y pueden contribuir a la aparición de nuevos episodios **3**.

Dentro de los enfoques basados en la educación, Barr afirmó en su estudio que la difusión de mensajes en el entorno del parto es la única forma de acceder a todos los padres de los recién nacidos. Señaló que esos mensajes universales de Salud Pública deben de caracterizarse por ser atractivos, significativos, coherentes y positivos para las múltiples culturas de cui-

dados. También manifestó que deben eludir recomendaciones que estén en constante cambio y causen conflicto entre los profesionales **11**.

Empleando un distinto enfoque educativo, Fujiwara et al. (2020) demostraron que la visualización de un video educativo después del parto sobre el patrón de llanto de los lactantes y las consecuencias de sacudirlo en las primeras semanas redujo un 88% los actos de sacudir al bebé al mes de edad **16**.

Según Allen (2014), se debe dar gran importancia a aquellos padres cuyos bebés han sido dados de alta en la unidad de cuidados intensivos. Cuando los bebés han necesitado hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatales o una hospitalización prolongada en su período neonatal, ha podido disminuir el vínculo con sus padres. Asimismo, las condiciones médicas resultantes de esa hospitalización pueden aumentar el riesgo de sufrir traumatismos craneales debido a malos tratos. Por ello, propone involucrar a los padres en el cuidado del bebé. De esta manera les hace sentir menos indefensos e inadecuados como padres. Dentro del aprendizaje, las enfermeras también instruirán en técnicas

Dentro del aprendizaje, las enfermeras también instruirán en técnicas para manejar el llanto inconsolable y crear con los padres un plan de acción de emergencia para cuando empiecen a sentirse frustrados y enojados

para manejar el llanto inconsolable y crear con los padres un plan de acción de emergencia para cuando empiecen a sentirse frustrados y enojados **12**.

Allen (2014), al igual que Nang et al. (2020) y Hung (2020), destaca la importancia de identificar aquellas familias que presentan alto riesgo de perpetrar maltrato al bebé. Aquellas familias con bebés prematuros o con afecciones neurológicas pueden tener una comprensión limitada sobre las expectativas normales de desarrollo o tener una percepción poco realista de los comportamientos de los bebés prematuros. Plantearon programas basados en visitas domiciliarias a familias de alto riesgo para continuar investigando y prevenir el traumatismo craneal abusivo. Aunque este programa no ha revelado un efecto específico sobre la disminución de casos de AHT, el programa ha señalado una disminución a largo plazo en el maltrato infantil que puede ser un enfoque útil para la prevención de esta lesión **5, 12, 15**.

Como estrategia complementaria a los programas educativos de prevención del AHT, O'Meara et al. (2020) menciona la terapia psicológica centrada en promover la regulación emocional. Como compo-

nentes centrales de la terapia se encuentran fomentar la identificación de las fortalezas individuales de los cuidadores, la empatía, el reparto de poder en la unidad de crianza y el control de los impulsos. Este programa ha obtenido resultados desiguales, algunos han mostrado una reducción de hasta el 35% de los ingresos de AHT, mientras que otros no han demostrado ninguna disminución significativa **14**.

Haciendo referencia a la efectividad de los programas para reducir la incidencia de AHT, Allen realizó una revisión de distintos estudios sobre programas de prevención del AHT, basados en la enseñanza a través de videos, folletos y charlas, se evidenciaron resultados variados. En esa revisión, varios autores como Barr et al., Fujiwara et al. y Stewart et al. emplearon en sus investigaciones el programa PURPLE **tabla 1** revelando resultados positivos. Este programa se implanta entre las 2 semanas de vida y los 3-4 meses de edad de los recién nacidos y tiene como finalidad aumentar el conocimiento de los padres sobre el AHT e incrementar sus habilidades para afrontar el llanto inconsolable. Asimismo, la palabra PURPLE les indica las características importantes del llanto a recordar **11, 12, 16**.

**Tabla 1.**

**Programa de llanto PURPLE**  
PURPLE crying program **19**

P	Peak of crying (baby may cry more each week, the most in month 2, then less in months 3-5)
U	Unexpected (crying can come and go and you don't know why)
R	Resists soothing (baby may not stop crying no matter what you try)
P	Pain-like face (a crying baby may look like they are in pain, even when they are not)
L	Long-lasting (crying can last as much as 5 hours a day, or more)
E	Evening (your baby may cry more in the late afternoon and evening)

Por otra parte, en la revisión de Allen, solamente dos estudios, el estudio de Días et al. y el de Altman et al. eran capaces de calcular la tasa de AHT previa a la intervención y después de la implementación del programa **12**, mostrando una reducción del 47% y 75% de los casos, respectivamente (11). Sin embargo, Scott et al. (2022) encontraron evidencia de que los programas de prevención del AHT mostraron poco o ningún efecto sobre la incidencia de AHT **17, 18**.

**CONCLUSIONES**

La formación parental sobre el llanto infantil y los peligros de sacudir a un bebé son la estrategia central de prevención del traumatismo craneal abusivo.

Implementar programas preventivos en el entorno del parto es fundamental para instruir eficientemente a todos los padres de recién nacidos e intervenir en su comportamiento.

Los programas preventivos que presentan intervenciones de mejora de la regulación emocional de los padres son más efectivos respecto a aquellos centrados en aumentar el conocimiento sobre el patrón del llanto del bebé.

La formación continuada de los profesionales de la salud presenta un papel fundamental en la identificación y prevención de casos de traumatismo craneal abusivo. ■

**Tabla 2.**

**Síntesis de resultados de la revisión bibliográfica sobre estrategias de prevención del traumatismo craneal abusivo**  
(Elaboración propia)

Autor y año de publicación	País	Tipo de estudio	Resultados del estudio	Conclusiones del estudio
Barr, 2012 <sup>11</sup>	Canadá	Revisión bibliográfica	La difusión de mensajes de prevención después del parto es considerada la forma más probable de poder acceder a todos los padres de recién nacidos. Los mensajes transmitidos deben ser atractivos, coherentes, significativos y positivos para múltiples culturas.	La implementación de medidas de prevención han de tener alcance primario y universal ya que las sacudidas pueden ocurrir en ausencia de factores de riesgo o anomalías en los bebés o sus cuidadores.
Lopes et al., 2013 <sup>3</sup>	Brasil	Revisión bibliográfica	8 estudios describieron programas de prevención del traumatismo craneal abusivo, mostrando resultados positivos en sus evaluaciones. Manifiesta la importancia de la capacitación profesional en distintas áreas para mejorar la identificación de casos de AHT.	Existe buena adherencia a los programas parentales, sin embargo, no demuestran eficacia para el cambio de comportamiento o el incremento de conocimientos.
Allen, 2014 <sup>12</sup>	Estados Unidos	Revisión bibliográfica	Los recién nacidos que han requerido hospitalización en la unidad de cuidados intensivos u hospitalización prolongada tienen mayor riesgo de sufrir lesiones por maltrato posiblemente relacionado con no haber creado un vínculo adecuado con sus progenitores.	La prevención primaria del traumatismo craneal abusivo tiene como objetivo involucrar a los padres en el cuidado de su bebé y ayudarles a comprender su desarrollo y crecimiento.
Smith et al., 2019 <sup>13</sup>	Estados Unidos	Revisión bibliográfica	El programa Safe Babies New York mostró una reducción del 47% en la incidencia de AHT durante seis años. Sin embargo, programas similares en Pensilvania y Carolina del Norte no mostraron ninguna reducción en la incidencia general.	La creación de estrategias efectivas de prevención del AHT mediante mejoras en la recopilación y análisis de datos.
O'Meara et al., 2020 <sup>14</sup>	Estados Unidos	Revisión bibliográfica	Emplea la terapia psicológica como prevención del AHT mediante la regulación emocional.	Medidas preventivas basadas en la educación de los cuidadores y en el apoyo social.
Narang et al., 2020 <sup>5</sup>	Estados Unidos	Revisión bibliográfica	No se puede demostrar la disminución de casos de AHT a través de intervenciones educativas. Propone un programa de visitas domiciliarias el cual no ha demostrado un efecto específico en la disminución de los casos de AHT pero ha demostrado una disminución a largo plazo del maltrato infantil.	Algunos programas de prevención han encontrado resultados positivos, como informes parentales sobre una mejor comprensión del llanto infantil, mejor autorregulación emocional y un aumento en el conocimiento sobre el AHT.
Hung, 2020 <sup>15</sup>	Taiwan	Revisión bibliográfica	Además de los programas educativos centrados en la Salud Pública, la educación también se centra en los programas de visitas domiciliarias, especialmente en familias de alto riesgo con padres jóvenes.	Es importante transmitir a las familias y a los cuidadores la importancia de no sacudir al bebé. Las estrategias de mejora de la atención sanitaria para mejorar la predicción clínica y las capacidades de atención aguda son necesarias en el desarrollo futuro
Fujiwara et al., 2020 <sup>16</sup>	Japón	Ensayo controlado aleatorizado	Un video educativo sobre el llanto del recién nacido y los peligros de sacudirle tras 1 semana desde el parto en las salas de maternidad redujo significativamente los casos de AHT.	Las intervenciones educativas tempranas en entornos hospitalarios son efectivas para prevenir el AHT.

Autor y año de publicación	País	Tipo de estudio	Resultados del estudio	Conclusiones del estudio
Días et al., 2021 <sup>17</sup>	Estados Unidos	Ensayo clínico	El programa de prevención primaria basado en la educación parental resultó en una reducción estadísticamente significativa del 47% en la incidencia de AHT en comparación con las tasas de incidencia históricas. Sin embargo, el mismo programa introducido en Pensilvania no mostró una reducción significativa en la incidencia de AHT.	Se observó que el programa de educación parental que existente desde hace más de 20 años había perdido su eficacia con el paso del tiempo. El AHT es una afección prevenible, para la cual se debe apoyar firmemente la investigación sobre estrategias de prevención.
Scott et al., 2022 <sup>18</sup>	Revisión sistemática y metaanálisis	Reino Unido	Se encontró evidencia de certeza baja de que las intervenciones preventivas centradas en educar a los padres sobre cómo afrontar el llanto infantil no tienen ningún efecto sobre la incidencia de AHT.	Es necesario desarrollar evidencia sólida sobre las intervenciones educativas para prevenir el AHT. Estudios futuros deberían considerar en sus diseños la oportunidad de abordar áreas de evidencia limitada.

## Bibliografía

- Christian CW, Block R, and the Committee on Child Abuse and Neglect. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics* [Internet]. 2009 [citado el 13 de mayo de 2024]; 123(5):1409–11. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/123/5/1409/71477/Abusive-Head-Trauma-in-Infants-and-Children?autologincheck=redirected>
- Hymel KP, Carroll CL, Frazier TN, Weeks K, Herman BE, Marinello M, et al. Validation of the PediBIRN-7 clinical prediction rule for pediatric abusive head trauma. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2024 [citado el 13 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763011/>
- Lopes NRL, Eisenstein E, Williams LCA. Abusive head trauma in children: a literature review. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2013 [citado el 13 de mayo de 2024]; 89(5):426–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.01.011>
- Choudhary AK, Servaes S, Slovis TL, Palusci VJ, Hedlund GL, Narang SK, et al. Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. *Pediatr Radiol* [Internet]. 2018 [citado el 13 de mayo de 2024]; 48(8):1048–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00247-018-4149-1>
- Narang SK, Fingarson A, Lukefahr J, Sirotnak AP, Flaherty EG, Gavril CAR, et al. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics* [Internet]. 2020 [citado el 13 de mayo de 2024]; 145(4):e20200203. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/145/4/e20200203/36936/>
- Karibe H, Kameyama M, Hayashi T, Narisawa A, Tominaga T. Acute subdural hematoma in infants with abusive head trauma: A literature review. *Neurol Med Chir (Tokyo)* [Internet]. 2016 [citado el 13 de mayo de 2024]; 56(5):264–73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2176/nmc.ra.2015-0308>
- Rufo Campos M. El síndrome del niño sacudido. *Cuad Med Forense* [Internet]. 2006 [citado el 13 de mayo de 2024]; (43–44):39–45. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062006000100003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100003)
- Walls C. Shaken baby syndrome education: A role for nurse practitioners working with families of small children. *J Pediatr Health Care* [Internet]. 2006 [citado el 14 de mayo de 2024]; 20(5):304–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2006.02.002>
- Di Fazio N, Delogu G, Morena D, Cipolloni L, Scopetti M, Mazzilli S, et al. New insights into the diagnosis and age determination of retinal hemorrhages from abusive head trauma: A Systematic Review. *Diagnostics (Basel)* [Internet]. 2023 [citado el 15 de mayo de 2024]; 13(10):1722. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/diagnostics13101722>
- Alvarado Guevara A, Garro Vargas K. El síndrome del niño sacudido. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2008 [citado el 15 de mayo de 2024]; 25(1):37–42. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-)

- 00152008000100004
11. Barr RG. Preventing abusive head trauma resulting from a failure of normal interaction between infants and their caregivers. *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet]. 2012 [citado el 17 de mayo de 2024];109(supplement\_2):17294–301. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1121267109>
  12. Allen KA. The neonatal nurse's role in preventing abusive head trauma. *Adv Neonatal Care* [Internet]. 2014 [citado el 17 de mayo de 2024];14(5):336–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/anc.0000000000000117>
  13. Smith EB, Lee JK, Vavilala MS, Lee SA. Pediatric traumatic brain injury and associated topics. *Anesthesiol Clin* [Internet]. 2019 [citado el 17 de mayo de 2024];37(1):119–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anclin.2018.10.002>
  14. Iqbal O'Meara AM, Sequeira J, Miller Ferguson N. Advances and future directions of diagnosis and management of pediatric abusive head trauma: A review of the literature. *Front Neurol* [Internet]. 2020 [citado el 18 de mayo de 2024];11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2020.00118>
  15. Hung K-L. Pediatric abusive head trauma. *Biomed J* [Internet]. 2020 [citado el 19 de mayo de 2024];43(3):240–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bj.2020.03.008>
  16. Fujiwara T, Isumi A, Sampei M, Miyazaki Y, Yamada F, Noma H, et al. Effectiveness of an educational video in maternity wards to prevent self-reported shaking and smothering during the first week of age: A cluster randomized controlled trial. *Prev Sci* [Internet]. 2020 [citado el 19 de mayo de 2024];21(8):1028–36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32696120/>
  17. Dias MS, Cappos KM, Rottmund CM, Reed ME, Smith KM, deGuehery KA, et al. Preventing abusive head trauma: can educating parents reduce the incidence? *Pediatr Radiol* [Internet]. 2021 [citado el 17 de mayo de 2024];51(6):1093–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33999251/>
  18. Scott LJ, Wilson R, Davies P, Lyttle MD, Mytton J, Dawson S, et al. Educational interventions to prevent pediatric abusive head trauma in babies younger than one year old: A systematic review and meta-analyses. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2022 [citado el 17 de mayo de 2024];134(105935): 0145-2134. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105935>

# TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

*Autism Spectrum  
Disorder*

**ANA MARTÍN ÁLVAREZ**

Enfermera.  
Complejo Asistencial Universitario de León.

✉ [amartinalva@saludcastillayleon.es](mailto:amartinalva@saludcastillayleon.es)

## Resumen

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo caracterizada por dificultades en la interacción social, la comunicación y comportamientos repetitivos. Los síntomas del TEA varían ampliamente entre los individuos, lo que resulta en un espectro de habilidades y desafíos. Las señales comunes incluyen dificultad para entender señales sociales, formar relaciones y comunicarse de manera efectiva. Algunos individuos también pueden mostrar intereses intensos en temas específicos y participar en movimientos o rutinas repetitivas.

El TEA se diagnostica típicamente en la primera infancia, aunque los síntomas pueden reconocerse desde los 18 meses. La causa exacta del autismo sigue siendo incierta, pero la investigación sugiere una combinación de factores genéticos y ambientales. La intervención temprana es crucial, ya que puede mejorar significativamente los resultados. Diversas terapias, incluidas intervenciones conductuales, terapia del habla y terapia ocupacional, pueden ayudar a las personas con TEA a desarrollar habilidades esenciales.

El apoyo a las familias e individuos con TEA es vital, ya que a menudo enfrentan desafíos únicos. La defensa de la inclusión y la comprensión en la sociedad es esencial para promover la aceptación y el apoyo a quienes están

## Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition characterized by challenges in social interaction, communication, and repetitive behaviors. The symptoms of ASD can vary widely among individuals, leading to a spectrum of abilities and challenges. Common signs include difficulty in understanding social cues, forming relationships, and communicating effectively. Some individuals may also exhibit intense interests in specific subjects or activities and may engage in repetitive movements or routines.

ASD is typically diagnosed in early childhood, although symptoms can be recognized as early as 18 months. The exact cause of autism remains unclear, but research suggests a combination of genetic and environmental factors. Early intervention is crucial, as it can significantly improve outcomes. Various therapies, including behavioral interventions, speech therapy, and occupational therapy, can help individuals with ASD develop essential skills. Support for families and individuals with ASD is vital, as they often face unique challenges. Advocacy for inclusion and understanding in society is essential to promote acceptance and support for those on the spectrum. With the right resources and support, individuals with autism can lead fulfilling lives and contribute to their communities.



en el espectro. Con los recursos y el apoyo adecuados, las personas con autismo pueden llevar vidas plenas y contribuir a sus comunidades.

### Palabras clave

*comunicación, interacción social, neurodesarrollo, trastorno del espectro autista*

### Keywords

*communication, social interaction, neurodevelopment, autism spectrum disorder*

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos del espectro autista (TEA) representan condiciones del neurodesarrollo que se caracterizan por la presencia de dificultades en la comunicación e interacción social, así como por la manifestación de patrones repetitivos y restringidos de comportamiento, intereses o actividades <sup>1,2</sup>. En los últimos años, se ha observado un notable incremento en la prevalencia de estos trastornos, alcanzando en algunos estudios una proporción de 1 de cada 59 individuos <sup>1</sup>. Este aumento podría atribuirse a diversos factores, tales como modificaciones en los criterios diagnósticos, una mayor sensibilidad en la detección o la influencia de factores etiológicos aún por identificar <sup>1,2</sup>.

Análisis recientes del estudio de prevalencia del Trastorno del Espectro Autista (TEA) realizado por el Centro para el Control y la Prevención de En-

fermedades (CDC) de Estados Unidos en 2012, además de evidenciar un aumento en la prevalencia con respecto a evaluaciones previas, revelan otros hallazgos de interés. Entre ellos, destaca una estimación notablemente mayor entre los niños de 8 años (23.6 por cada 1,000) en comparación con las niñas de la misma edad (5.3 por cada 1,000). El 82% de los niños identificados con TEA ya contaban con diagnósticos o adaptaciones educativas previas. Además, se observó que la edad promedio para recibir una evaluación completa era de 36 meses, sin diferencias de género <sup>2</sup>.

En la actualidad, según la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), los TEA se encuentran englobados dentro de los trastornos del neurodesarrollo e incluyen lo que anteriormente se conocía como trastorno autista (TA), trastorno de Asperger

(TAs), trastorno desintegrativo infantil (TDI) y los trastornos generalizados del desarrollo no especificados (TGD-NOS). Esta diversidad de subtipos hace que los TEA conformen un grupo heterogéneo, con distintas causas subyacentes y, consecuentemente, diferentes manifestaciones clínicas <sup>1</sup>.

## Clasificación

El DSM-5, proporciona una clasificación detallada de la gravedad de los síntomas, ofreciendo una perspectiva más precisa sobre el estado clínico del individuo. Según este manual, los síntomas se gradúan en tres niveles de intensidad <sup>2,3</sup>:

- Nivel 1 se caracteriza por una necesidad de ayuda.
- Nivel 2 implica una necesidad de ayuda notable.
- Nivel 3 indica una necesidad muy notable de ayuda.

Además de la graduación de la gravedad de los síntomas, el DSM-5 requiere una especificación adicional de ciertos aspectos que pueden influir en el trastorno en cuestión. Estas especificaciones incluyen la presencia de déficit intelectual, el deterioro del lenguaje asociado, la existencia de afecciones médicas, genéticas o ambientales conocidas que estén relacionadas con otros trastornos neurológicos, mentales o de comportamiento, así como la presencia de catatonia. Esta detallada evaluación permite una comprensión más completa de la condición del paciente y facilita la elección del enfoque terapéutico más adecuado <sup>3</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), que presenta similitudes cercanas con la clasificación de autismo del DSM-5. Al igual que el DSM-5, la CIE-11 sitúa el au-

tismo dentro de la categoría de trastornos del neurodesarrollo. De manera similar, agrupa los síntomas del autismo en dos áreas principales **3**:

1. Déficits persistentes en la capacidad para iniciar y mantener la reciprocidad en la interacción y la comunicación social.
2. Patrones de comportamiento e intereses restringidos, repetitivos y rígidos.

Estos déficits deben ser lo suficientemente significativos como para tener un impacto negativo en diversos aspectos de la vida, como lo personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento **3**.

Además, la CIE-11 también indica que los individuos con autismo pueden presentar una variedad en el espectro de funcionamiento intelectual y lingüístico. A diferencia del DSM-5, la CIE-11 no utiliza una clasificación descriptiva de la gravedad, sino que propone una subdivisión diferente **3**. A diferencia del DSM-5, el

CIE-11 no incluye hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales, ni tampoco incluye intereses inusuales en los aspectos sensoriales del entorno. Sin embargo, la sección sobre el Desarrollo del Lenguaje incluye una categoría caracterizada principalmente por la deficiencia del lenguaje pragmático, que refleja el Trastorno de Comunicación Social del DSM 5 **3**.

### Detección precoz

La detección temprana es crucial en el manejo del autismo, ya que el inicio de un tratamiento precoz está estrechamente relacionado con su pronóstico. Pese a que la intervención temprana puede mejorar significativamente el pronóstico y la calidad de vida diaria de las familias afectadas, muy pocos niños reciben un diagnóstico en servicios especializados antes de los 3 años **4**.

La clave para identificar posibles problemas reside en que los padres y profesionales comprendan qué implica un desarrollo típico. Los profesionales de la salud desempeñan un papel crucial al reconocer señales de alerta a lo largo del desarrollo del niño, lo que puede facilitar la detección temprana de los Trastornos del Espectro Autista

(TEA). Cada etapa del desarrollo presenta características y señales particulares que pueden indicar la necesidad de una evaluación especializada para detectar un posible TEA **4**.

Por ejemplo, en lactantes y niños pequeños, es crucial estar atento a cuatro señales fundamentales que indicarían criterios de derivación a especialista **4**:

- a. Falta de interés en compartir intereses con otros.
- b. Dificultades en el contacto visual.
- c. Desinterés en participar en actividades de juego con otros niños.
- d. Ausencia de respuesta cuando se le llama.

Por otro lado, es importante destacar la relevancia y utilidad de las escalas de neurodesarrollo en el contexto de las revisiones de salud infantil en atención primaria. Estas escalas representan herramientas fundamentales para la detección temprana de posibles desviaciones respecto al desarrollo típico en niños sanos. Entre las escalas más utilizadas en nuestro país se encuentran la escala Haizea-Llewant y la escala Denver-I.

Los marcadores tempranos del Trastorno del Espectro Autista (TEA) han sido identificados a través de diversos estudios, incluyendo análisis retrospectivos de videos caseros, estudios longitudinales prospectivos de bebés en la población general y evaluaciones de bebés y niños pequeños de alto riesgo con un hermano mayor con TEA. Estos estudios han revelado que, entre los 12 y 24 meses de edad, los niños con TEA muestran niveles reducidos de atención y comunicación social, así como un aumento en comportamientos repetitivos con objetos. Otros marcadores incluyen movimientos corporales atípicos y desregulación del temperamento **5**.

Estos bebés pueden presentar una menor respuesta a su nombre, una atención visual reducida a estímulos socialmente significativos y un uso menos frecuente de atención conjunta y gestos comunicativos. Además, muestran una tendencia reducida a examinar visualmente estímulos sociales. La tecnología de seguimiento ocular ha permitido observar con precisión estos comportamientos, mostrando una disminución en el seguimiento de escenas sociales incluso ante señales diádicas explícitas. Desde los 12 meses de

La clave para identificar posibles problemas reside en que los padres y profesionales comprendan qué implica un desarrollo típico

edad, los bebés con posterior diagnóstico de TEA exhiben un uso atípico de objetos, como exploración visual de objetos, movimientos corporales atípicos y desarrollo motor anormal. Estas atipicidades pueden manifestarse en acciones repetitivas o posturas del cuerpo, manos o dedos. Además, se ha observado un perfil temperamental caracterizado por una menor sensibilidad a las señales de recompensa social y, en algunos casos, afecto negativo y dificultades para controlar la atención y el comportamiento <sup>5</sup>.

Cabe destacar que las formas de presentación del TEA pueden variar significativamente. Algunas personas muestran

un patrón de inicio temprano, con diferencias en el desarrollo desde el primer año de vida. Otros en cambio pueden experimentar un desarrollo típico seguido de un estancamiento, con dificultades para continuar progresando. También hay casos en los que los niños experimentan una regresión, perdiendo habilidades previamente adquiridas después de un período de desarrollo normal. Esta regresión puede manifestarse gradual o repentinamente, y puede ocurrir en el contexto de un desarrollo atípico o retrasos en el desarrollo <sup>6</sup>.

### Diagnóstico

El diagnóstico del TEA es clínico, siguiendo los criterios diagnós-

ticos establecidos en el DSM-V. Actualmente, no existen marcadores biológicos que puedan confirmar el TEA. Por lo tanto, la evaluación diagnóstica se apoya en el uso de herramientas especializadas, como el Autism Diagnostic Interview-Revised y el Autism Diagnostic Observation Schedule, reconocidos como los estándares de oro en este ámbito. Además, es esencial realizar una descripción minuciosa y detallada del perfil individual del paciente para obtener una comprensión completa de su condición <sup>6</sup>.

Con la revisión del DSM-5, los criterios de inclusión <sup>tabla 3?</sup> se han vuelto más específicos y rigurosos. Por ejemplo, las alteraciones sensoriales (hipo o

hipersensibilidad) ahora se consideran dentro de la dimensión de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas y repetitivas. Esto disminuye la probabilidad de falsos positivos, pero también hace que el diagnóstico de TEA sea menos sensible para detectar y clasificar casos menos graves <sup>1</sup>.

Esta nueva clasificación establece dos dominios de síntomas: la comunicación social y las conductas repetitivas. Para diagnosticar TEA, se deben cumplir tres criterios del dominio de la comunicación-social y al menos dos de los cuatro criterios del dominio de conductas repetitivas <sup>6</sup>.

## Bibliografía

- Martin del Valle FM, Carcía Pérez AG, Losada del Pozo RL. Trastornos del espectro del autismo. *Protoc diag ter pediatr*. 2022; 1: 75-83
- Hervás Zúñiga A, Balmaña N, Salgado M. Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatr Integral* [Internet]. 2017 [acceso 7 de marzo de 2024]; 21 (2): 92-108. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Trastorno%20del%20Espectro%20Autista.pdf>
- Fuentes, J., Hervás, A., Howlin, P. et al. ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021; 30: 961-984. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01587-4>
- Aguilera Martínez MJ, Castaño Díaz C, Martín Borreguero P, De Burgos Marín R, Guijarro Gra-nados T, Romero Balsera A, et al. Detección y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Rev psiquiatría infanto-juvenil* [Internet]. 2016 [acceso 7 de marzo de 2024]; 3: 378-383. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revista-aepnya/article/view/31/33>
- Zwaigenbaum L, Bauman ML, Stone WL, Yirmiya N, Estes A, Hansen RL, McPartland JC, Natowicz MR, Choueiri R, Fein D, Kasari C, Pierce K, Buie T, Carter A, Davis PA, Granpeesheh D, Mailloux Z, Newschaffer C, Robins D, Roley SS, Wagner S, Wetherby A. Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*. 2015 Oct;136 Suppl 1(Suppl 1):S10-40. doi: 10.1542/peds.2014-3667C. PMID: 26430168; PMCID: PMC9923897.
- Espín Jaime JC, del Valle Cerezo Navarro M, Espín Jaime F. Lo que es trastorno del espectro autista y lo que no lo es. *An Pediatr Contin*. 2013;11(6): 333-41. doi: 10.1016/S1696-2818(13)70155-0

# BEBIDAS ENERGÉTICAS Y CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN ADOLESCENTES

MARINA PATÍN GAGO

Enfermera.  
Complejo Asistencial Universitario de León.

✉ [mpatin@saludcastillayleon.es](mailto:mpatin@saludcastillayleon.es)

## Resumen

En la actualidad, el consumo recreativo de bebidas energéticas y la popularización de los llamados “vapers” o cigarrillos electrónicos se ha extendido entre la población, siendo especialmente alarmante su consumo en grupos más vulnerables a sus efectos adversos, como es el caso de los adolescentes. Este artículo pretende, mediante una revisión actualizada de la literatura disponible referente al tema, poner de manifiesto en qué consisten estas sustancias, cuál es su impacto sobre la salud y por qué es especialmente preocupante su consumo por parte de los jóvenes.

## Palabras clave

*cigarrillos electrónicos, bebidas energéticas, salud del adolescente, tabaquismo, nicotina, cafeína*

## INTRODUCCIÓN

Las bebidas energéticas y los cigarrillos electrónicos se han convertido en temas de preocupación para profesionales de la salud, educadores y legisladores.

Preocupa especialmente su popularización entre la población joven. Este artículo analiza su composición, describe las tendencias de consumo y pretende alertar sobre sus efectos adversos sobre la salud de los adolescentes.

*Energy Drinks and Electronic Cigarettes:  
A Public Health Issue Among Adolescents*

## Abstract

Currently, the recreational consumption of energy drinks and the proliferation of so-called “vapers” or electronic cigarettes have spread among the population, with particular concern regarding their use in groups more vulnerable to adverse effects, such as adolescents. This article aims to highlight, through an updated review of the available literature on the topic, what these substances consist of, their impact on health, and why their consumption by young individuals is especially concerning.

## Keywords

*E-cigarette, energy drinks, adolescent health, tobacco use disorder, nicotine, caffeine*

Dentro del grupo de bebidas no alcohólicas, podemos clasificar las bebidas como refrescantes, deportivas y energéticas.

Las bebidas refrescantes surgieron a finales del siglo XVIII

como en el sector farmacéutico, con el uso de bebidas carbonatadas como tratamiento para dolencias menores, popularizándose posteriormente como bebidas recreativas. Su alto contenido de azúcares au-

**Tabla 1.**  
**Contenido de cafeína en bebidas energéticas**

VOLUMEN LATA	CAFEÍNA TOTAL	EQUIVALENCIA CAFÉS EXPRESO
250 ml	80 mg	1 café expreso
330 ml	105,6 mg	1,32 cafés expreso
500 ml	160 mg	2 cafés expreso

Elaboración propia. Fuente: Recomendaciones de consumo de bebidas energéticas. Aesan - Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. 2022 <sup>2</sup>

menta el riesgo de obesidad, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, caries y otros problemas de salud <sup>1</sup>.

Las bebidas deportivas están compuestas por agua, carbohidratos y electrolitos. Su consumo no se recomienda en niños y adolescentes debido a sus efectos nocivos para la salud, como el desarrollo de caries, sobrepeso, obesidad y un aumento del riesgo de hipertensión en la edad adulta <sup>1</sup>.

Las bebidas energéticas contienen estimulantes como la cafeína, guaraná, taurina, ginseng, L-carnitina, creatina y glucuronolactona. Su diseño promete combatir la fatiga, mejorar la concentración, el estado de alerta y aumentar el rendimiento. Sin embargo, su consumo puede llevar a problemas serios de salud, incluyendo taquicardia, insomnio, altera-

ciones en el comportamiento o exacerbación de trastornos psiquiátricos subyacentes <sup>1</sup>.

Se estima que una lata de 250 ml de bebida energética contiene entre 27,5 y 30 g de azúcar, lo cual contribuiría a exceder la ingesta diaria recomendada de azúcares simples (50g al día según la recomendación de la OMS) y su contenido de cafeína puede alcanzar hasta 32 mg/100 ml, considerándose bebidas de alto contenido en cafeína aquellas que aportan más de 15 mg de esta sustancia por 100 ml de bebida <sup>2</sup>.

Un consumo excesivo puede resultar en dependencia física y efectos adversos, especialmente en adolescentes. Se sugiere que más de 60 mg de cafeína pueden provocar alteraciones del sueño, y 160 mg pueden causar problemas cardiovasculares y psicológicos <sup>2</sup>.

La Encuesta sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 2023 revela que el 47,7% de los alumnos de 14 a 18 años han consumido bebidas energéticas en el último mes, con una prevalencia mayor entre los chicos (54,4%) frente a las chicas (40,7%). Además, el 19,5% ha mezclado estas bebidas con alcohol. Las prevalencias de ambos consumos son las más altas registradas hasta el momento <sup>3</sup>.

Un estudio llevado a cabo en 2012 por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria <sup>4</sup> analizó el consumo de bebidas energéticas en diferentes países de Europa y concluyó que aproximadamente un 68% de los jóvenes entre 10 y 18 años consumía bebidas energéticas al menos una vez al año, y de éstos, un 12% consumía más de 1 litro de bebida energética en una sola sesión.

En Cataluña se llevó a cabo el estudio BEENIS para analizar los patrones de consumo de bebidas no alcohólicas en adolescentes (13 a 18 años). Este estudio pretendió replicar el llevado a cabo por la EFSA en 2012 y su población comprende unos 9146 estudiantes repartidos en 37 escuelas del área de Sabadell. Los resultados mostraron

que el 35,7% de los adolescentes reportó consumo ocasional de bebidas energéticas, mientras que un 13,5% indicó un consumo habitual <sup>1</sup>.

En cuanto a la regulación de estas bebidas, en 2023 Galicia aprobó la Ley de Protección de los Menores, que regula la venta y consumo de bebidas energéticas. Esta ley las equipara a efectos prácticos y legales a las bebidas alcohólicas. Entre las medidas que contempla, se prohíbe la venta y consumo a menores de 18 años, su distribución en máquinas expendedoras, el patrocinio en eventos deportivos dirigidos a menores o su publicidad a menos de 200 metros de colegios o centros de menores <sup>2</sup>.

Otro consumo que preocupa especialmente es el de los cigarrillos electrónicos (CE), dispositivos que calientan un líquido para producir el aerosol que el usuario inhala a través de una boquilla. Este líquido, llamado "líquido E" contiene solventes (glicerina vegetal, propilenglicol o una mezcla de estos), uno o más saborizantes y nicotina, aunque esta última es opcional. También se conocen como "E-cigarrillos" o "cigarrillos electrónicos". El término "vapear" o "vaping" se refiere al acto de usar CE mediante la inhalación del aerosol

La Encuesta sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 2023 revela que el 47,7% de los alumnos de 14 a 18 años han consumido bebidas energéticas en el último mes

(mal llamado vapor) que se genera desde el dispositivo **5**.

En 2003 la OMS aprobó el convenio marco para el control de tabaco, una serie de medidas para reducir la demanda y suministro de tabaco mediante aumento de precios, reglamentación y educación. En ese mismo año se creó el primer CE comercialmente exitoso en Beijing. Desde su introducción en Europa en 2006 su popularidad ha crecido exponencialmente **5**.

La literatura clasifica a estos dispositivos principalmente en cuatro generaciones:

Los CE de primera generación o cig-a-likes por su diseño similar al cigarrillo convencional, son desechables, fáciles de usar y ultra portátiles, sin embargo, tienen una corta duración de batería y baja capacidad para el líquido.

Los de segunda generación, o vape pens, tienen baterías recargables de mayor duración, con un tanque prellenado o recargable de mayor tamaño.

Los de tercera generación tienen más potencia y características de personalización,

con una menor resistencia que permite el calentamiento más rápido.

Los de cuarta generación o pod mods usan cartuchos de cápsulas precargadas o recargables con sales de nicotina que permiten administrar una alta concentración de nicotina, son fáciles de usar y difíciles de reconocer como CE **6**.

La variedad de sabores en los CE incita a más personas a consumir estos productos, sobre todo a quienes se encuentran en etapa contemplativa para el cese de consumo de tabaco. Por este atractivo y su uso en algunas terapias para abandonar el hábito tabáquico, estos dispositivos son percibidos como menos dañinos, menos adictivos y son socialmente mejor aceptados.

La legislación sobre su uso no está bien desarrollada y se han presentado como una mejor alternativa frente al tabaquismo tradicional. Sin embargo, se han detectado importantes casos de conflicto de intereses en distintos trabajos publicados, y en los últimos meses ha surgido una alerta tras la aparición de casos de enfermedad pulmonar grave asociada a su uso **6**.

Desde la publicación en 1964 acerca de los potenciales daños del cigarrillo, disminuyó casi cinco veces el tabaquismo en adolescentes, meta contemplada por la American Heart Association. Sin embargo, del 2011 al 2015 aumentó en un 900% el uso de cigarrillos electrónicos en los adolescentes, y se convirtió así, en el 2014, en el producto con nicotina de mayor uso en esta población. Actualmente,

el uso del CE es de dos a tres veces mayor en los adolescentes y adultos jóvenes que en los adultos mayores, lo que implica un retroceso en la disminución del consumo de productos con nicotina en la juventud **3**.

Se ha asociado el consumo de CE con la aparición en jóvenes previamente sanos de enfermedad pulmonar aguda con tos y dolor torácico, con rápida progresión a disnea e insuficiencia respiratoria grave, cuadros agudos en ocasiones acompañados de fiebre, así como clínica gastrointestinal (vómitos y diarreas) **5**.

Además, análisis químicos de los dispositivos comercialmente disponibles han encontrado nicotina en productos etiquetados como libres de esta sustancia, así como la presen-

Las recomendaciones antitabaco que se proporcionan al paciente en ap deberían de incluir recomendaciones anti-vaping, siendo necesario informar además sobre los riesgos del tabaquismo pasivo con estos dispositivos

cia de sustancias tóxicas como dietilenglicol y formaldehído. Esta exposición a la nicotina genera adicción y alteraciones en el desarrollo cerebral, produciendo alteraciones en la memoria, capacidad de atención y funciones ejecutivas **7**.

La exposición a nicotina durante la adolescencia y la adultez temprana está asociada con un aumento del uso de otras sustancias (alcohol, cigarrillos convencionales, cannabis), que tienen efectos a largo plazo en el desarrollo cerebral.

Se ha descrito una mayor proporción de trastornos mentales relacionados con la impulsividad y la compulsividad en los usuarios de CE, así como una

mayor probabilidad de estrés, depresión o uso de sustancias en individuos con diagnóstico de algún trastorno mental **7**.

Según la ESTUDES 2023, más de la mitad de los estudiantes de 14 a 18 años refiere haber utilizado cigarrillos electrónicos (54,6%), dato muy por encima del registrado en 2021 (44,3%). Este consumo es por primera vez más habitual entre las chicas que entre los chicos (56,8% vs 52,5%), reduciéndose estas diferencias según incrementa la edad **3**.

Desde 2014, la Directiva sobre Productos de Tabaco de la Unión Europea ha regulado los cigarrillos electrónicos, considerándolos como un dispositi-

tivo derivado del tabaco, por lo que se establece una edad mínima de 18 años para su compra, limitaciones en la publicidad y un etiquetado claro de los ingredientes que advierta sobre los riesgos derivados del consumo de la nicotina, siendo su concentración máxima permitida de 20 mg/ml **7**.

El aumento en el consumo de bebidas energéticas y cigarrillos electrónicos entre los adolescentes representa un desafío significativo para la salud pública. La educación y la regulación son esenciales para mitigar los riesgos asociados con estas sustancias.

El papel de la enfermera pediátrica es fundamental en la

educación para la salud de niños y adolescentes, por lo que conocer las tendencias de consumo permitirá realizar una adecuada prevención mediante el empleo de herramientas de cribado estandarizadas para estas sustancias.

Las recomendaciones antitabaco que se proporcionan al paciente en atención primaria deberían de incluir recomendaciones anti-vaping, siendo necesario informar además sobre los riesgos del tabaquismo pasivo con estos dispositivos. Se debe preguntar directamente a los adolescentes por su consumo y alertar a los padres, ya que son sistemas difíciles de detectar por el escaso olor que desprenden. ■

## Bibliografía

1. Cruz-Muñoz V, Urquizu-Rovira M, Valls-Ibáñez V, Manresa-Domínguez JM, Ruiz-Blanco G, Urquizu-Rovira M, et al. Consumo de bebidas refrescantes, deportivas y energéticas en adolescentes. Estudio BEENIS. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93:242-50.
2. Recomendaciones de consumo de bebidas energéticas. Aesan - Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. 2022. Available from: [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/noticias\\_y\\_actualizaciones/noticias/2022/recomendaciones\\_bebidas\\_energeticas.htm](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/noticias_y_actualizaciones/noticias/2022/recomendaciones_bebidas_energeticas.htm).
3. ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA (ESTUDES), 1994-2023 Available from: Portal Plan Nacional sobre Drogas - Encuestas y estudios
4. Reissig CJ, Strain EC, Griffiths RR. Caffeinated energy drinks—A growing problem. *Drug Alcohol Depend*. 2009;99:1-10. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.08.001.
5. Moreno Galárraga L. Vaping: los nuevos problemas de una nueva epidemia y la importancia de los pediatras en su prevención. *An Pediatr*. 2020;93(5):334-5.
6. Morales-Múnera OL, Cuéllar Santaella M, Galvis-Blanco SJ, Mira-Morales M, Sánchez-Villa S. Cigarrillos electrónicos y vaping en adolescentes: estado del arte. *Iatreia [Internet]*. 2024 Abr-Jun;37(2):175-87. Available from: <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.240>.
7. Botero-Rodríguez F, Marroquín Rivera A, Leal A, Cabarique Méndez C, Gómez-Restrepo C. Sistemas electrónicos de administración de nicotina: ¿una amenaza para el neurodesarrollo de los adolescentes? *Univ Med*. 2019;60(4). Available from: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-4.sean>.

# SALUD DE LA MUJER EN EL CAMPO HUMANITARIO, UNA DIMENSIÓN ENFERMERA

WOMEN'S HEALTH  
IN THE HUMANITARIAN FIELD,  
A NURSING DIMENSION

## Angel Valbuena Prats

Máster en Antropología Física y Biológica  
Enfermero Especialista Internacional  
Cofundador Asociación Enfermería Digna

✉ [angel.valbuena@live.com](mailto:angel.valbuena@live.com)

## Resumen

**Objetivo:** investigar la relación entre los factores de riesgo en el campo humanitario y el deterioro de la salud de sus trabajadores en base al sexo/género, y su posible abordaje enfermero.

**Método:** artículo de revisión narrativa. Se realizó una búsqueda bibliográfica de publicaciones entre 2008-2024, utilizando bases de datos bibliográficas PubMed/Medline, Cochrane Plus, ResearchGate, Academia, SSRN, ORCID. Se seleccionaron 69 artículos para revisión, descripción y discusión de los hallazgos.

**Resultados:** del análisis del estudio se aprecia una asociación entre los factores de riesgo propios y ajenos de la actividad laboral y su impacto en la salud psicosocial y física de la mujer, y como la enfermería requiere de la formación y orientación para abordar esta dimensión en el campo humanitario.

**Conclusiones:** los factores de riesgo asociados al trabajo humanitario ejercen un impacto de género visible sobre la salud de los trabajadores que puede medirse, evaluarse y ser proyectado en planes de prevención, promoción y mitigación, lo que hace importante la necesidad de profundizar en la

## Abstract

**Objective:** to investigate the relationship between risk factors in the humanitarian field and a deterioration in health in its workers based on sex/gender, and its possible nursing approach.

**Method:** narrative review article. A bibliographic search of publications between 2008-2024 was carried out, using bibliographic databases PubMed/Medline, Cochrane Plus, ResearchGate, Academia, SSRN, ORCID. 69 articles were selected for review, description and discussion of the findings.

**Results:** from the analysis of the study, an association between own and external risk factors of work activity and its impact on the psychosocial and physical health of women can be seen, and how nursing needs training and guidance to address this dimension in the humanitarian field.

**Conclusions:** the risk factors associated with humanitarian work exert a visible gender impact on the health of workers that can be measured, evaluated and projected in prevention, promotion and mitigation plans, which makes the need for further research important about this field. Nursing is the health specialty best



investigación sobre este campo. Siendo la enfermería la especialidad sanitaria más indicada para abordar esta dimensión sobre la salud de la mujer en un campo profesional en el que la presencia de la mujer necesita ser incrementada y promovida a todos los niveles institucionales.

**Palabras clave**

*salud de la mujer, salud de género, humanitario, salud mental, factores biológicos, enfermera*

**INTRODUCCIÓN**

Los trabajadores humanitarios siempre han soportado grandes cargas de estrés exponiéndose a riesgos físicos y psicológicos **1** mientras son desplegados en áreas remotas, precarias, alejados de los recursos más básicos y en ocasiones peligrosas **2**, afectando directamente a su salud debido al desgaste constante **3**. Trabajar bajo estas circunstancias en estrecho contacto con colectivos vulnerables, en especial mujeres y niños, hace que puedan sentirse involucrados emocionalmente, lo que a menudo les posiciona entre los problemas y la realidad de las personas a las que asisten y el desapego de tanto las organizaciones para las que trabajan, como en el caso de los donantes que proveen los fondos para sus programas de ayuda y desarrollo **4**, no siendo en ocasiones conscientes de los

propios riesgos a los que se exponen y el alcance que tienen en su propia salud **5**, por el mero hecho de que perciben que son ellos quienes deben ayudar a otros aunque compartan las mismas deficiencias, como un pobre acceso al agua potable, inseguridad alimentaria o riesgo de colapso del servicio sanitario **6**.

Se estima que hay actualmente casi medio millón de estos profesionales trabajando en primera línea en conflictos, desastres naturales y otras crisis humanitarias, siendo el 40% mujeres **7**. Los recientes cambios sobre el empleo de la mujer, una más alta cualificación y la necesidad de tener a más mujeres especialistas sobre el terreno están cambiando tendencia al alza. Aun así, los cargos de liderazgo que ocupan en el sector son todavía proporcionalmente menores al de los hombres.

suited to address this dimension of women’s health in a professional field in which the presence of women needs to be increased and promoted at all institutional levels.

**Keywords**

*women’s health, gender health, aid workers, mental health, biological factors, nurse*

Por ello, la presión que soporta la mujer trabajadora en el campo humanitario es extraordinaria, especialmente si añadimos los prejuicios y puntos de vista sobre los roles de género y responsabilidades que las sociedades humanas imponen, quienes esperan que ésta aumente el nivel de sus responsabilidades manteniendo además un núcleo familiar o que esté dispuesta a crear uno **8**. Todo esto ocurre mientras trabaja en un ambiente institucional lejos de familiares y amigos, y que se viene observando como un modelo patriarcal dominante, e influenciado por una visión moral perjudiciada que se asocia con la heteronormalidad, la explotación y el abuso propios de los países en los que sirven; condicionando aún más su salud y las relaciones laborales, el cual se ve necesario descolonizar, requiriendo para ello el desafío de introducir una visión

de género, donde las mujeres puedan ver sus derechos respetados **9**.

Esta realidad se puede extender incluso en el acceso a la salud, siendo para ellas en ocasiones igual de difícil que para el resto de la población, encontrando las mismas carencias en un contexto que abarca desde falta de material y equipamiento, bajos salarios y a veces formación de los trabajadores sanitarios, pudiendo verse sometidas al mismo abuso, poderes políticos, culturales, de facto o religiosos que puedan influenciar en la percepción y el trato hacia la salud de la mujer **10**.

**Salud de género, una dimensión inexplorada**

Entendemos la salud de género como la dimensión que estudia el impacto de variables externas, como la presión laboral, sobre los factores biológicos

determinados por el sexo/género <sup>11</sup>, con el objetivo de vigilar sus causas y abordar más apropiadamente su prevalencia e incidencia <sup>12</sup>. Desafortunadamente hay pocos estudios que se enfoquen sobre este campo hacia los trabajadores humanitarios, lo que no nos permite apreciar adecuada-

mismos factores de riesgo, se ha observado que estos afectan de manera desproporcionada a las mujeres en muchos aspectos <sup>7, 14</sup>, como es el caso de la salud mental, donde se encontró una incidencia de casos de depresión, ansiedad y estrés en más de una tercera parte de los trabajadores humanitarios

la salud mental en las profesionales humanitarias <sup>15, 19</sup>.

Acorde con los estudios realizados en 2016 y 2017 por Report the Abuse y Women Humanitarian Network <sup>20</sup> respectivamente, con 2423 trabajadoras encuestadas sobre prevalencia de abuso sexual en

su salud mental. Del total de mujeres afectadas, un 23% cambió de misión y un 7% dejó el trabajo humanitario. Aquellas que denunciaron algún caso personal tan sólo el 10% recibieron algún tipo de ayuda psicosocial, mientras que el 23% sufrió consecuencias negativas en el trabajo a raíz de la denuncia <sup>20</sup>. Tras la finalización de la misión al menos una tercera parte percibió que su salud se había deteriorado.

A este factor hay que añadir el producido por las conductas de riesgo sexuales, tales como sexo con personas desconocidas sin preservativo o en el que se produce la ro-

tura de éste, cuya prevalencia puede llegar hasta el 71% <sup>22</sup>.

Uno de los desórdenes físicos más comunes durante el despliegue son los gastrointestinales <sup>23</sup>, siendo la causa de baja laboral en 1/3 de los casos. Se sabe desde hace tiempo de la relación directa entre el estrés y su impacto con los desórdenes gastrointestinales <sup>24, 25, 26</sup>, como así mismo en las víctimas de abuso sexual <sup>27, 28</sup>, apreciándose diferencias de impacto por sexo/genero y

Recientes estudios han apreciado significancia entre la actividad laboral y un impacto hormonal mayor en las mujeres, que afecta tanto en la menstruación, el síndrome premenstrual, la dismenorrea, la endometriosis, la menopausia y el embarazo; y a una mayor ocupación en puestos de trabajo inferiores y jornadas a tiempo parcial

mente la dimensión de esta área de la salud tan relevante. No obstante, análisis sugirieron que una mejor capacitación hacia los trabajadores comunitarios de la salud en este campo mejoraría el acceso a la información y asistencia sanitaria para esta población, pudiendo provocar un efecto cascada para el desarrollo de programas análogos <sup>13</sup>.

Aunque tanto hombres como mujeres que trabajan en este campo estén expuestos a los

encuestados <sup>15</sup>, existiendo una mayor prevalencia en mujeres ante el desorden mental común respecto a los varones de la misma edad, siendo ésta la causa más habitual de baja por enfermedad <sup>16</sup>. Diversos autores han hallado una relación directa en las condiciones laborales inequitativas tales como la carga de trabajo, la voluntariedad del despliegue o salario <sup>17, 18</sup>, además, de una significancia del vínculo entre el acoso sexual y la violencia de género, con el deterioro de

trabajadores humanitarios, se recogió que al menos un 35% de las mujeres había sufrido en algún momento algún tipo de abuso sexual, habiéndose repetido en al menos una cuarta parte de los casos tras la primera vez, siendo la mayoría de las víctimas mujeres <sup>21</sup>.

Del total de las encuestadas, sólo un 31% declararon haber denunciado estos incidentes, y hasta un 38% de ellas sintieron que dichos sucesos tuvieron un impacto medio-grave en

que en muchos casos, estarían relacionados en la respuesta biológica a factores externos [29](#). Estudios paralelos realizados en personal sanitario apreciaron una prevalencia de desórdenes gastrointestinales superior en mujeres, hallándose una relación de significancia con la carga de trabajo y la carga irregular de horas o de horarios impredecibles [30, 31](#).

Del mismo modo, recientes estudios han apreciado significancia entre la actividad laboral y un impacto hormonal mayor en las mujeres, que afecta tanto en la menstruación, el síndrome premenstrual, la dismenorrea, la endometriosis, la menopausia y el embarazo; y a una mayor ocupación en puestos de trabajo inferiores y jornadas a tiempo parcial, ocasionando un mayor absentismo laboral respecto de los hombres. Esto es debido más al constante desgaste de soportar la sintomatología a largo plazo que por la enfermedad en sí [32](#). En el caso de trabajadoras sanitarias embarazadas se ha llegado a apreciar una prevalencia muy superior de riesgo de desarrollar síntomas psicológicos respecto a mujeres ajenas al sector sanitario [33](#).

Desde una perspectiva de género se aprecia que hombres

y mujeres podrían abordar el mismo problema de salud de manera distinta. Mientras que los hombres serían más propensos a intentar entender la naturaleza de su trabajo o del problema en cuestión, las mujeres movilizarían sus propios recursos para enfrentarlo [34](#), quienes en su mayoría estarían hasta tres veces más dispuestas a recibir ayuda psicológica que los varones [35](#), aunque los datos sugieren que en el caso del personal sanitario humanitario la tendencia a buscar ayuda especializada sería mucho menor debido a que se implican más emocionalmente con sus responsabilidades laborales y sus pacientes [36](#).

Además de los factores socio-biológicos y sociológicos sobre la salud de género, a raíz de las últimas crisis globales ocurridas en los últimos años, se ha apreciado que su impacto sobre la mujer es mayor que en el hombre, como fue en el caso de la Covid-19, la cual también agravó el riesgo y estrés al que están sometidos los trabajadores humanitarios [36, 37](#). Esto ha aumentado la brecha de género al sufrir las mujeres mayor riesgo de exposición al contagio, niveles de estrés y deterioro de la salud mental [38](#), así como otros colectivos vulnerables, como

son los refugiados y desplazados [39](#) en países donde los recursos sanitarios no han sido procurados proporcionalmente respecto a otros países con mayor capacidad industrial y económica [40](#).

La posterior crisis económica llevó a un aumento de la violencia hacia mujeres y niños pertenecientes a grupos vulnerables [41, 42](#), además de un incremento de la mortalidad de los misioneros en acto de servicio, multiplicándose los ataques y agresiones contra este personal tanto por ataques a sus propias personas o infraestructuras sanitarias en los conflictos armados o terrorismo [43](#), como por parte de pacientes y familiares en el caso de los trabajadores sanitarios [44](#).

Así mismo, las consecuencias del cambio climático tales como sequías, inundaciones, migraciones masivas o los conflictos generan un impacto desproporcionado de género a nivel global, arreciando las ya pobres condiciones higiénicas, nutricionales y de sanificación de los colectivos que viven en las áreas más sensibles, y donde las mujeres son más vulnerables [45](#).

A los ya mencionados factores, hay que aludir a las ya dramá-

ticas situaciones a las que las mujeres se ven envueltas, como es el caso de los conflictos armados. Estos tienen un impacto de género aún mayor que en los hombres [46](#) debido a éstas pueden padecer más a largo plazo los efectos, lastrados por deficiencias como un menor acceso a los servicios sociosanitarios y la capacidad de acceder al dinero o a un trabajo. A todo esto, hay que añadir la elevada incidencia de casos de violencia sexual y las tasas de mortalidad perinatal, que suponen en estos casos más de un 50% de los casos de muerte prevenible infantil de menos de 5 años [47](#), un aumento en la incidencia de bajo peso al nacer y estrés perinatal [48](#). La realidad a la que se enfrenta la mujer en estas situaciones, especialmente en comunidades patriarcales, hace que la presencia de la mujer profesional sobre el terreno sea muy valiosa y, como algunos autores sugieren, el esfuerzo en la resolución de estos conflictos y ayuda a las víctimas sería más efectiva si el número de mujeres, especialmente en puestos de liderazgo, fuese mayor que el actual [49](#), en un mundo que está sufriendo en los últimos diez años el mayor número de desplazados forzados desde la segunda guerra mundial, con alrededor de 160

millones de necesitados de ayuda humanitaria <sup>50</sup>.

Desde la última década el número de ataques al personal humanitario ha aumentado alarmantemente <sup>51</sup>. Tan sólo en el año 2020 se registraron en el mundo 117 muertos, 242 heridos y 152 secuestros de personal humanitario <sup>52</sup>, cifra que se estima va a seguir al alza a raíz de los últimos conflictos bélicos como el de Gaza, que desde su comienzo en 2023 han fallecido hasta 269 trabajadores humanitarios <sup>53</sup>,

siendo muchas veces objetivo directo de ataques tanto militares como terroristas <sup>54</sup>.

Desafortunadamente muchos de los estudios sobre este campo aún no utilizan indicadores de género, siendo su espectro muchas veces enfocado tan solo en el colectivo masculino, mientras que otros no parecen tener un objetivo aparentemente claro sobre qué determinantes pueden ser más importantes para entender las diferencias en cuanto a sexo y género <sup>55</sup>. Esto lleva a que las organizaciones para

las que trabajan no puedan implementar protocolos de salud basados en el género como ya ocurrió en el caso de los riesgos añadidos que sufrieron las

Me gustaría agradecer a mis compañeros de la misión de Naciones Unidas en Afganistán y en Palestina, y en especial a Ms. Gaia Bellia, toda su guía y conocimiento que pusieron en mis manos para realizar este artículo

profesionales sanitarias durante la pandemia de 2020 <sup>38</sup>, pero sí se ha observado una relación clara entre el apoyo que pueden recibir los profesionales por parte de la organización y unos mejores índices de salud mental <sup>56, 17</sup>.

Por ello, la prevalencia de algunos de los factores de riesgo asociados a la salud mental de las mujeres profesionales de Cooperación y desarrollo continúa considerándose endémica, así como el consumo de drogas o alcohol, el estrés post-traumático, la depresión <sup>57</sup>,

o los ratios de suicidio entre otros, pese que se ha apreciado un aumento significativo a nivel mundial en los casos de suicidio a raíz de la Covid-19,

con hasta 700,005 casos registrados en 2019, siendo en hombres el doble de casos, mientras que las mujeres llegan a tener más ideas suicidas y provocarse más lesiones <sup>58</sup>. Esto añadido a que día de hoy todavía no se han realizado estudios de cohorte sobre el impacto de los casos de abusos sexual en la salud mental en las mujeres, podrían ocultar riesgos asociados y dificultar el diagnóstico precoz del deterioro de la salud de la mujer, especialmente en áreas de recursos sanitarios limitados, pese a que estudios paralelos afines

a otras profesiones ajenas a la ayuda humanitaria sí sugieren una significancia <sup>59</sup>,

**Paradigma enfermero y la salud de las profesionales humanitarias**

Respecto al acceso a la asistencia sanitaria, además de las ya mencionadas limitaciones en el ámbito humanitario, se ha observado que la cualificación de los diversos profesionales sanitarios trabajando sobre el terreno es heterogénea. Mientras que la mayoría del personal son enfermeras y matronas, siendo hasta el 75% mujeres <sup>60</sup>, éstas se sienten menos preparadas que los médicos <sup>61</sup> para abordar determinadas emergencias o liderar determinados enfoques para la salud <sup>62</sup>, aunque se aprecia una gran voluntad por parte estos profesionales de acercarse a la cultura que rodea su ambiente de trabajo para adaptarse <sup>63</sup>, aprender lecciones nuevas y proporcionar un cuidado más adecuado a la población <sup>64</sup>.

Las lecciones aprendidas en anteriores conflictos señalaron que priorizar la asistencia en temas de salud similares como la nutrición y salud reproductiva, llevó con éxito a una optimización en la organización del trabajo y a un cambio en las mujeres que buscaban

asistencia sanitaria de manera más segura <sup>65</sup>. Además, se sabe que el autoconocimiento, la autopercepción de la salud, así como el acceso a la información, influyen positivamente a entender mejor los procesos propios, obteniéndose mejoras en cuanto a una mayor actitud preventiva, adherencia al trata-

miento, acceso a la ayuda sanitaria e incluso, desarrollar la voluntad para ayudar a cuidar de otros <sup>66</sup>.

De esta manera, se ve esencial formar apropiadamente a las enfermeras sobre la salud de la mujer, especialmente ante la falta de profesionales sanitarios

que se espera a nivel global para 2030 <sup>67</sup>, a través de la asistencia sanitaria, de la formación que pueden proveer o siendo referente de salud antes y después del despliegue, informando sobre los riesgos, desafíos, factores estresantes, signos y síntomas para que puedan identificarlos; y cola-

borando en la investigación de nuevos estudios que ayuden a valorar el impacto de su trabajo y su ambiente, para así crear un clima de laboral más adecuado <sup>68</sup>, lo que además puede suponer un paso más en la emancipación enfermera a través de su determinación, criterio y toma de decisiones <sup>69</sup>.

## Bibliografía:

- Ein N, Plouffe RA, Liu JJW. et al. Physical and psychological challenges faced by military, medical and public safety personnel relief workers supporting natural disaster operations: a systematic review. *Curr Psychol*, 2024; 43:1743–1758. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04368-9>.
- Jachmann A, Evika Karamagioli. Strengthening refugee aid workers resilience during the pandemic and beyond, *European Journal of Public Health*, 2021; 31. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab164.469>
- Coleman PA. Meditation and Breath Control to Mitigate Burnout in Humanitarian Aid Workers. University of Lynchburg DMSc Doctoral Project Assignment Repository, 2023; 5(1). <https://digitalshowcase.lynchburg.edu/dmscjournal/vol5/iss1/157/>
- Al-Zawawy M. Mental Health and Psychosocial Well-being of Refugees in Egypt, 2017. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16320.74247>
- Singh NS, Redman B, Broussard G, et al. 'We will never give up': a qualitative study of ethical challenges Syrian health workers face in situations of extreme violence. *Disasters*, 2022; 46(2):301-328. <https://doi.org/10.1111/disa.12503>
- Harrell M, Selvaraj SA, Edgar M. DANGER! Crisis Health Workers at Risk. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(15):5270. doi: 10.3390/ijerph17155270
- Preeti P, Kristen M, Nassim EA, Abdulkarim E, Gemma B. Having more women humanitarian leaders will help transform the humanitarian system: challenges and opportunities for women leaders in conflict and humanitarian health. *Conflict and Health*. 2020; 14. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00330-9>
- Heejung C, Lippe T. Flexible Working, Work–Life Balance, and Gender Equality: Introduction. *Social Indicators Research*, 2020; 151:1-17. doi: 10.1007/s11205-018-2025-x
- Myrntinen H. Men, masculinities and humanitarian settings. A mapping of the state of research and practice-based evidence. UN Women, 2023. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2023-08/men-masculinities-and-humanitarian-settings-en.pdf>
- Tazinya, RMA, El-Mowafi IM, Hajjar JM, et al. Sexual and reproductive health and rights in humanitarian settings: a matter of life and death. *Reprod Health*, 2023; 20:42. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01594-z>
- Rohlfs I, Borrell C, Fonseca M.D. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 2000; 14:60-71. <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-X0213911100956185>.
- Rivas MP. Salud y género: perspectiva de género en la salud laboral. *Revista del Ministerio de Trabajos y Asuntos*

- Sociales: Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2008; 74:227-286.
13. Naal H, Mendelsohn R, Brome D, et al. Evaluating a capacity building program on women's health for displaced community health workers in fragile settings in Lebanon. *Hum Resour Health*, 2021; 19:37. doi: 10.1186/s12960-021-00585-0
  14. De Jong K, Martinmäki SE, Te Brake H, Haagen J.F.G, Kleber, R.J. Mental and physical health of international humanitarian aid workers on short-term assignments: Findings from a prospective cohort study, *Social Science & Medicine*, 2021; 285. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114268
  15. Cameron L, McCauley M, van den Broek N, McCauley H. The occurrence of and factors associated with mental ill-health amongst humanitarian aid workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2024; 19(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292107>.
  16. Olsson C, Tinnerholm Ljungberg H, Björk Brämberg E, Nybergh L, Jensen I. A gender perspective on perceived causes of sick leave due to common mental disorders among young Swedish employees: A qualitative interview study. *PLoS One*, 2023; 18(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291551>.
  17. Strohmeier H, Scholte WF. Trauma-related mental health problems among national humanitarian staff: a systematic review of the literature. *European Journal of Psychotraumatology*, 2015, 6(s5). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28541@zept20.2015.6.issue-s5>
  18. Young T, Pakenham KI. The mental health of aid workers: risk and protective factors in relation to job context, working conditions, and demographics. *Disasters*, 2021; 45(3):501-526. <https://doi.org/10.1111/disa.12440>
  19. Andersson F. Male or female, does it matter? : A qualitative study on Swedish aid workers and gender, 2020. urn:nbn:se:lnu:diva-100898
  20. Humanitarian Women's Network, "Survey Data," 2016. URL disponible en [https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2016-11/hwn\\_full\\_survey\\_results\\_may\\_2016.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2016-11/hwn_full_survey_results_may_2016.pdf)
  21. Mazurana D, Donnelly P. STOP the Sexual Assault against Humanitarian and Development Aid Workers a report, 2017. [https://fic.tufts.edu/wp-content/uploads/SAAW-report\\_5-23.pdf](https://fic.tufts.edu/wp-content/uploads/SAAW-report_5-23.pdf)
  22. Guisolan SC, Ambrogi M, Meeussen, A, Althaus F, Eperon Gilles. Health and security risks of humanitarian aid workers during field missions: Experience of the International Red Cross. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2022.102275>
  23. Benabdelmoumen G, Van der Pluijm RW, Taieb F, Jidar K, Kuhmel L, Lucet C, Buffet P, Hochedez P, Itani O, Consigny PH, Health problems and exposure to infectious risks in returning humanitarian aid workers, *Journal of Travel Medicine*, 2024. <https://doi.org/10.1093/jtm/taae050>
  24. Vona R, Pallotta L, Cappelletti M, Severi C, Matarrese P. The Impact of Oxidative Stress in Human Pathology: Focus on Gastrointestinal Disorders. *Antioxidants*, 2021; 10(2):201. <https://doi.org/10.3390/antiox10020201>
  25. Ilchmann-Diounou H, Me-nard S. Psychological Stress, Intestinal Barrier Dysfunctions, and Autoimmune Disorders: An Overview. *Front Immunol*, 2020; 11:1823. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.01823>
  26. Labanski A, Langhorst J, Engler H, Eisenbruch S. Stress and the brain-gut axis in functional and chronic-inflammatory gastrointestinal diseases: A transdisciplinary challenge, *Psychoneuroendocrinology*, 2020; 111. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104501>
  27. Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, Olden KW, Barreiro MA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. *Ann Intern Med*. 1995; 123(10):782-94. doi: 10.7326/0003-4819-123-10-

- 199511150-00007. stable/40967835
28. Perona M, Benasayag R, Perelló A, Santos J, Zárata N, Zárata P, Mearin F. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in women who report domestic violence to the police. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2005; 3(5):436-41. doi: 10.1016/s1542-3565(04)00776-1.
29. Chang L, Brenda B. Et al. Gender, Age, Society, Culture, and the Patient's Perspective in the Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*, 2006; 130(5) 1435-1446. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2005.09.071>
30. Nagarethinam M, Webster H, Lee SY, Con D, Shen E. Functional gastrointestinal disorders among healthcare professionals at a tertiary Australian hospital. *JGH Open*, 2023; 7(4):242-248. doi: 10.1002/jgh3.12894
31. Knutsson A & Bøggild, H. Gastrointestinal disorders among shift workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2010, 36(2), 85-95. <https://www.jstor.org/stable/40967835>
32. Gjellestad M, Haraldstad K, Enehaug H, Helmersen M. Women's Health and Working Life: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*, 2023; 20(2):1080. doi: 10.3390/ijerph20021080
33. Liu M, Li N, Cai X, Feng X, Wang R, Xiong P. The Prevalence of Psychological Symptoms in Pregnant Healthcare Workers (HCWs) and Pregnant Non-HCWs During the Early Stage of COVID-19 Pandemic in Chongqing, China. *Front Psychiatry*, 2021. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.708698>
34. De Jong K, Martinmäki S, Brake HT, Kleber R, Haagen J, Komproe I. How do international humanitarian aid workers stay healthy in the face of adversity? *PLoS One*, 2022; 17(11). doi: 10.1371/journal.pone.0276727
35. Smith CE, Burkle FM. Paramedic and Emergency Medical Technician Reflections on the Ongoing Impact of the 9/11 Terrorist Attacks, 2019, 34, 56-61. doi: 10.1017/S1049023X18001255.
36. Malik M, Peirce J, Wert MV, Wood C, Burhanullah H, Swartz K. Psychological First Aid Well-Being Support Rounds for Frontline Healthcare Workers During COVID-19. *Front Psychiatry*, 2021. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.669009>
37. Connor J, Madhavan S, Mokashi M, Amanuel H, Johnson NR, Pace LE, Bartz D. Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the Covid-19 pandemic: A review. *Social Science & Medicine*, 2020; 266. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113364.
38. Morgan R, Tan H, Oveisi N, Memmott C, Korzuchowski A, Hawkins K, Smith J, Women healthcare workers' experiences during COVID-19 and other crises: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 2022; 4. doi: 10.1016/j.ijnsa.2022.100066
39. Shadmi E, Chen Y, Dourado I, et al. Health equity and COVID-19: global perspectives. *Int J Equity Health*, 2020; 19, 104. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-020-01218-z>
40. Kavanagh MM, Erondou NA, Tomori O, Dzau VJ, Okiro EA, Maleche A, Aniebo IC, Rugege U, Holmes CB, Gostin LO. Access to lifesaving medical resources for African countries: COVID-19 testing and response, ethics, and politics. *Lancet*, 2020; 395. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31093-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31093-X)
41. Peterman A, Potts A, et al. Framing the Issue: Pandemics and Violence against Women and Children. *Pandemics and Violence Against Women and Children*, Center for Global Development, 2020; 3-6. <https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/wp-content/uploads/2020/05/press/pandemics-and-violence-against-women-and-children/pandemics-and-vawg-april2.pdf>
42. Mahamid F, Veronese G, Bdier D. Gender-based violence experiences among Palestinian women during the COVID-19 pandemic: mental health professionals' perceptions and concerns. *Confl Health*, 2022; 16, 13. <https://link.springer.com>

- com/article/10.1186/s13031-022-00444-2
43. Devi S. COVID-19 exacerbates violence against health workers. *Lancet*, 2020; 396(10252):658. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31858-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31858-4).
44. Gesesew H, Berhane K, Siraj ES, et al. The impact of war on the health system of the Tigray region in Ethiopia: an assessment *BMJ Global Health*, 2021. doi: 10.1136/bmjgh-2021-007328
45. Wright ML, Drake D, Link DG, Berg JA. Climate change and the adverse impact on the health and well-being of women and girls from the Women's Health Expert Panel of the American Academy of Nursing, *Nursing Outlook*, 2023; 71(2). <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.101919>.
46. Bendavid E, Boerma T, Akseer N, et al. The effects of armed conflict on the health of women and children. *Lancet*, 2021; 397(10273):522-532. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00131-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00131-8)
47. Johnson K, Scott J, Rughita B, Kisielewski M, Asher J, Ong R, et al. Association of sexual violence and human rights violations with physical and mental health in territories of the eastern Democratic Republic of Congo. *JAMA*, 2010; 304(5):553-62. doi: 10.1001/jama.2010.1086
48. Chrzan-Dętkoś M, Rodríguez-Muñoz MF, Krupelnytska L, et al. Good practices in perinatal mental health for women during wars and migrations: a narrative synthesis from the COST Action Riseup-PPD in the context of the war in Ukraine. *Clinica y Salud*, 2022; 33, 127-135. DOI:10.5093/cly-sa2022a14
49. Hyde S, Hawkins K. Promoting women's leadership in the post-conflict health sector in Cambodia. *Building Back Better/Research in gender and ethics: Building stronger health systems (RinGs)*, 2017. <https://www.buildingbackbetter.org/case-studies-2/2017/9/1/cambodia>
50. Chynoweth SK. Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012-2014 global review. *Conflict Health*, 2015; 9(1):11. doi: 10.1186/1752-1505-9-S1-11
51. Elnakib S, Elaraby S, Othman F, BaSaleem H, et al. Providing care under extreme adversity: The impact of the Yemen conflict on the personal and professional lives of health workers, *Social Science & Medicine*, 2021; 272. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276727>.
52. Humanitarian Outcomes. *Aid Worker Security Database (AWSDB): figures at a glance 2021*. Available from: [www.humanitarianoutcomes.org/sites/default/files/publications/figures\\_at\\_glance\\_2021.pdf](http://www.humanitarianoutcomes.org/sites/default/files/publications/figures_at_glance_2021.pdf).
53. Yang YT. Protecting humanitarian aid workers: an urgent call. *Lancet*, 2024. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00854-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00854-7)
54. WHO. «Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA),» 2023.
55. Habib RR, Halwani DA, Mikati D, Hneiny L. Sex and Gender in Research on Healthcare Workers in Conflict Settings: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020; 17(12):4331. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124331>.
56. Ager A, Pasha E, Yu G, Duke T, Eriksson C, Cardozo B. L. Stress, mental health, and burnout in national humanitarian aid workers in Gulu, Northern Uganda. *Journal of Traumatic Stress*, 2012; 25(6):713-720. doi: 10.1002/jts.21764
57. Macpherson RIS, Burkle FM. *Humanitarian Aid Workers: The Forgotten First Responders*, 2021; 36(1):111-114. doi:10.1017/S1049023X20001326
58. Awan S, Diwan MN, Aamir A, Allahuddin Z, Irfan M, Carano A, et al. Suicide in Healthcare Workers: Determinants, Challenges, and the Impact of COVID-19. *Front Psychiatry*, 2022. doi: 10.3389/fpsy.2021.792925
59. Martinmäki SE, de Jong K, Komproe IH, Boelen PA, & Kleber RJ. Incidence and Severity of Sexual Harassment, and its Impact on Mental Health in a Cohort of Interna-



- tional Humanitarian Field-Workers. *Journal of Interpersonal Violence*, 2023; 38 (11-12), 7426-7456. <https://doi.org/10.1177/08862605221145954>
- 60.WHO. *Delivered By Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce*. World Health Organization, 2019. <https://www.who.int/publications/item/9789241515467>
- 61.Dawson S, Elliott D, Jackson D. Nurses' contribution to short-term humanitarian care in low- to middle-income countries: An integrative review of the literature. *J Clin Nurs*. 2017 ;26(23-24):3950-3961. doi: 10.1111/jocn.13816
- 62.Haverkamp FJC, van Leest TAJ, Muhrbeck M. et al. Self-perceived preparedness and training needs of health-care personnel on humanitarian mission: a pre- and post-deployment survey. *World J Emerg Surg*, 2022. doi: 10.1186/s13017-022-00417-z
- 63.Dawson S, Jackson D, Elliott D, Understanding the motivation of nurses volunteering for non-disaster humanitarian service, *Collegian*, 2021; 28(6):645-651. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.06.003>
- 64.Novak M, Drummond K, Kumar A. Healthcare professionals' experiences with education in short term medical missions: an inductive thematic analysis. *BMC Public Health*. 2022. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13349-9>
- 65.Akik C, Semaan A, Shaker-Berbari L, et al. Responder a las necesidades de salud de mujeres, niños y adolescentes en Siria durante el conflicto: cobertura de la intervención, desafíos y adaptaciones. *Confl Salud*, 2020. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00263-3>
- 66.Shieh C, Judith A. Halstead. Understanding the Impact of Health Literacy on Women's Health, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2009; 38(5):601-612. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01059.x>
- 67.Ariane R. The role of nurses in humanitarian medicine: Three educational strategies for sustainable short term medical volunteer trips. *SADI Journal of Nursing and Pharmaceuticals*, 2023; 10(3):1-8. <https://sadi-journals.org/index.php/sjnp/article/view/537>
- 68.Brooks SK, Dunn R, Sage CA, Amlot R, Greenberg N, Rubin GJ. Risk and resilience factors affecting the psychological wellbeing of individuals deployed in humanitarian relief roles after a disaster. *J Ment Health*, 2015; 24(6):385-413. doi: 10.3109/09638237.2015.1057334.
- 69.Wittmann-Price R. Emancipation in decision-making in women's health care. *Journal of advanced nursing*, 2004; 47:437-45. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03121.x>

# ANÁLISIS DE LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN SOBRE LAS VISITAS DE FAMILIARES A PACIENTES INGRESADOS

ANALYSIS OF THE OPINION OF LEÓN UNIVERSITY HOSPITAL INTENSIVE CARE UNIT PROFESSIONALS ON FAMILY VISITS TO HOSPITALISED PATIENTS

CARLOTA RIOSECO RODRÍGUEZ <sup>1</sup>  
ANTONIO SÁNCHEZ VALLEJO <sup>2</sup>

<sup>1</sup> HUCA (Hospital Universitario Central de Asturias).  
Servicio de Salud del Principado de Asturias.

<sup>2</sup> Hospital Universitario de León. Unidad de  
Cuidados Intensivos. SACYL

 [criosr00@estudiantes.unileon.es](mailto:criosr00@estudiantes.unileon.es)  
[asanv@unileon.es](mailto:asanv@unileon.es)

## Resumen

**Introducción:** La percepción del hospital como un ambiente hostil se agrava en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), donde el ingreso incrementa el estrés en pacientes y familiares. Este contexto ha generado un debate sobre la implantación de políticas de visitas abiertas, con opiniones divididas entre profesionales. **Objetivo.** Analizar la opinión de los profesionales que trabajan en la UCI del Hospital Universitario de León sobre la presencia de familiares de pacientes ingresados.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal desarrollado en la UCI del Hospital Universitario de León con la muestra de profesionales en plantilla entre el 1 de abril y el 1 de mayo de 2024. Se administró telemáticamente un cuestionario anónimo y voluntario. El análisis estadístico se realizó con el programa de software libre R-Studio.

**Resultados.** Participaron 34 profesionales. El 91% percibió las visitas positivamente, el 94% consideraba que disminuían el estrés, el 85% concordaba en que brindaban estabilidad y el 82% coincidía en una recuperación más rápida. Un 50% pensaba que las familias vulneraban la privacidad, se asociaban con infecciones, y no interferían en el descanso ni la atención. El 85% reconoció la necesidad de formación

## Abstract

**Introduction:** The perception of the hospital as a hostile environment is aggravated in Intensive Care Units (ICU), where admission increases stress in patients and families. This context has generated a debate about the implementation of open visiting policies, with divided opinions among professionals.

**Objective.** To analyze the opinion of professionals working in the ICU of León University Hospital regarding the presence of family members of admitted patients. **Material and methods.** Cross-sectional descriptive study carried out in the León University Hospital ICU with a sample of professionals on staff between April 1 and May 1, 2024. An anonymous and voluntary questionnaire was administered online. Statistical analysis was carried out with the free software programme R-Studio.

**Results:** 34 professionals participated. 91% perceived the visits positively, 94% considered that they reduced stress, 85% agreed that they provided stability and 82% agreed on a faster recovery. 50% thought that families violated privacy, were associated with infections, and did not interfere with rest and care. 85% recognised the need for training in family management and restricting visits hours, 94% affirmed the creation of humanized environments, and 82% exposed more benefits than drawbacks.

en manejo de familias y restricción de horarios, el 94% afirmó la creación de entornos humanizados y el 82% exponía más beneficios que inconvenientes. Conclusiones. Los resultados señalan la importancia de las visitas familiares en el bienestar emocional y recuperación de los pacientes. Los beneficios de las visitas superan los inconvenientes, pero implementar políticas de visitas abiertas genera controversia. Varias iniciativas representan avances importantes en la humanización de los cuidados.

#### Palabras clave

*unidad de cuidados intensivos, familia, política de visitas, opinión, perspectiva, profesionales*

Conclusions: The results highlight the importance of family visits in the emotional well-being and recovery of patients. The benefits of visits outweigh the drawbacks, but implementing open visit policies is controversial. Several initiatives represent important advances in the humanization of care.

#### Keywords

*Intensive care unit, family, visit policy, opinion, perspective, professionals*

### INTRODUCCIÓN

La percepción de la palabra hospital a lo largo del tiempo siempre se ha asociado con un entorno adverso en el cual las personas lidian con situaciones difíciles, hacen frente a enfermedades personales o de sus familiares, combaten con pérdidas de seres queridos y, además, la estancia en este sitio suele convertirse en un tiempo de incertidumbre, pues no conocen cuál va a ser su futuro y es algo que genera cierta inquietud. Si a todo esto, añadimos el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el nivel de estrés y preocupación por parte del paciente como de la familia incrementa considerablemente debido al desconocimiento y a la situa-

ción crítica que atraviesan [1](#).

El origen de las unidades de cuidados intensivos (UCIs), a pesar de no estar verdaderamente definido, se remonta al siglo XX, cuando Florence Nightingale, durante la Guerra de Crimea (1863) comenzó a agrupar a los pacientes graves distintamente en función del área médica al que perteneciesen según su gravedad. No obstante, las consecuencias de diferentes guerras como la Segunda Guerra Mundial, la Guerra de Corea o Guerra la de Vietnam, impulsaron el desarrollo de estas unidades. Fue en gran medida, el contagio masivo de poliomielitis en los años 50, una gran pionera en el crecimiento de este movimiento, pues se generó la necesidad

de crear lugares dirigidos exclusivamente al cuidado de pacientes en estado crítico, siendo esto un aspecto fundamental para aquellos pacientes que padecían enfermedades asociadas a las vías respiratorias ya que incluso llegaban a necesitar soporte respiratorio. Es de esta manera como a principios de los 70 aparecieron las primeras UCIs con una configuración similar a las conocidas hoy en día [2, 3](#).

Una UCI se describe como un servicio especializado del centro hospitalario en el que se atiende exclusivamente a pacientes con un estado de salud crítico que precisa una atención durante las 24 horas del día. Con esto nos referimos a que el paciente ingresado padece una

enfermedad grave, con riesgo de mortalidad o que necesita vigilancia y cuidados tanto de medicina como de enfermería de manera ininterrumpida, ya que estas unidades disponen de los recursos necesarios para ofrecer al paciente una asistencia de soporte vital como una monitorización continua, ventilación mecánica o terapias de reemplazo en situaciones cruciales para preservar su vida, pues ellos mismos son incapaces de satisfacer sus necesidades debido al estado en el que se encuentran. Dada la inestabilidad del paciente, es de obligado cumplimiento llevar a cabo una atención muy cuidadosa en las actividades realizadas ya que su estado puede verse comprometido ante cualquier acción efectuada [4](#).

Comprender la situación psicológica y emocional que supone el ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos de un allegado es algo que hay que tener muy presente a la hora de desempeñar el trabajo. A parte de ser una vivencia única del paciente, la familia está vinculada de una manera

implica esa situación, se ven envueltos en un espacio lleno de alarmas, máquinas y tubos que se suman a sus niveles de ansiedad. Es por esto que diríamos que la enfermedad no afecta solamente a la persona que la padece, si no que se extendería también al entorno más íntimo y cercano [5, 6](#).

paciente dejando a un lado lo referente a aspectos emocionales tales como comunicación, empatía o trato hacia la familia. Es por esto por lo que debe considerarse a la unidad familiar como una parte anexa al paciente y no cómo algo ajeno, llevando a cabo un modelo de atención centrado en el paciente y la familia, es decir, un modelo holístico en el que las necesidades de la familia sean inherentes a las del paciente, haciéndoles partícipes del proceso. De esta manera, la OMS define la salud como: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” [8](#).

El problema lo encontramos entonces cuando las necesidades de las familias quedan relegadas a un segundo plano en consecuencia al dificultoso funcionamiento que supone una unidad de cuidados intensivos [9](#).

Pese a que, en la actualidad, numerosas UCIs continúan con políticas de visitas un tanto restrictivas, determinados hospitales han ido adoptando cierta flexibilidad en estos servicios, creándose así, cierta controversia con respecto a este tema [10](#).

Generalmente, los horarios de visitas de estas unidades solían

estar limitados a un periodo de tiempo relativamente corto fundamentados en la hipótesis de proteger y resguardar al paciente, además se deben de seguir normas estrictas de obligado cumplimiento en lo que respecta al número de acompañantes, pues en esos momentos sólo se tenía en cuenta la figura del paciente apartando las relaciones humanas [11](#).

Actualmente, se ha ido notando un avance en lo que respecta a la flexibilización de los horarios de visita en estas unidades, a pesar de continuar sujetos a políticas de visitas restrictivas, en la gran mayoría de unidades de cuidados intensivos se contempla la posibilidad de modificar los horarios para así adaptarse a las familias y sus necesidades.

Según un estudio realizado por Valls-Matarín, J et al. [12](#) en el que se recopilaban datos 228 UCIs españolas, se encontró que un 3,9% de las UCIs no tienen ningún tipo de restricción horaria, es decir, permiten visitas en cualquier momento del día, mientras que el 96,1% restante tienen ciertas limitaciones. Además, el estudio expone, que el 42,4% de estas UCIs con políticas restrictivas, tienen un horario flexible de acompañamiento. Es muy probable que las políticas de visitas de las

Generalmente, se adopta el término familia como si se tratase de una unidad. En el momento que le ocurre algo a un integrante de la misma, se produce una gran desestabilización familiar, en la que se verán afectados todos, y si no todos, la gran mayoría de los

miembros, repercutiéndoles tanto positiva como negativamente cada uno de los cambios que vayan sucediendo. Por ello, es igual de importante tener en cuenta el cuidado del enfermo como el de su familia [7](#).

En numerosas ocasiones, en estos servicios de cuidados intensivos, se separa lo que es la figura del paciente de la de la familia debido a diversos motivos. Los profesionales tienden a centrarse únicamente en el diagnóstico y tratamiento del

prácticamente directa, generando en ellos, en la mayoría de los casos, situaciones estresantes, episodios de ansiedad, sufrimiento e incluso estado de shock por las circunstancias que les toca vivir con respecto al estado de salud de su familiar. Sin embargo, en ciertas ocasiones, estos sentimientos se generan debido al desconocimiento de la nueva realidad, sintiéndose totalmente perdidos y sin saber cómo afrontar el proceso, ya que deben adaptarse a la nueva normativa que

**En ocasiones, en estos servicios de cuidados intensivos, se separa lo que es la figura del paciente de la de la familia; los profesionales tienden a centrarse en el diagnóstico y tratamiento del paciente omitiendo aspectos emocionales**

UCIs continúen desarrollándose gradualmente ya que existe evidencia del impacto positivo en los pacientes y este respaldo puede incentivar su implementación en más hospitales.

Con el paso del tiempo y tal y como lo corroboran diversos estudios, [11](#), [13](#), [14](#) se ha demostrado la necesidad de involucrar a la familia en la atención del paciente ya que se ha visto que resulta beneficioso para ambas partes de la relación. Sentirse implicados en los cuidados hace que disminuyan los niveles de estrés y ansiedad en los familiares, elimina el sentimiento de impotencia que les crea no saber sobrellevar la situación e incluso llegan a sentirse muy satisfechos por ser partícipes de la asistencia. Por otro lado, para el paciente, la cercanía de su familiar favorece la transmisión de información y disminuye la tensión ante situaciones complicadas. De esta manera, muchas políticas de visitas se han visto modificadas por un impacto positivo en la recuperación [15](#).

La implementación de políticas de visitas abiertas en las unidades de cuidados intensivos ha generado controversia entre los profesionales de la salud, quienes tienen opiniones dispares sobre la materia. Algu-

nos sanitarios expresan una opinión desfavorable en lo que respecta a este tema, pues creen que las visitas pueden debilitar a los pacientes, causar agotamiento y representar una carga constante para los miembros de la familia. Por otro lado, existen estudios que evidencian los beneficios de la presencia de familiares en momentos determinados [16](#).

Algunos profesionales defienden las unidades de cuidados intensivos de puertas abiertas, considerando que estas políticas son parte de los derechos del paciente y de los familiares. Además, sugieren mejorar el diseño y la organización de las unidades para fomentar un vínculo estrecho con los familiares y satisfacer sus necesidades de manera adecuada.

Sin embargo, muchos otros profesionales ponen trabas a la hora de aceptar estas políticas, argumentando que afectan su desempeño laboral. Mencionan diferentes obstáculos, como la organización de los boxes, que puede generar un espacio desorganizado que interfiera con el descanso de los pacientes. Algunos también plantean preocupaciones sobre la privacidad y la confidencialidad, ya que la presencia de las familias en ciertas ocasiones

podría infringir la privacidad de otros pacientes. Además, la presencia de los familiares durante ciertos procedimientos invasivos puede generar estrés en ellos. En cuanto a la participación de los familiares en los cuidados de enfermería, puede ser enriquecedora, pero también puede complicar la realización de técnicas y generar distracciones, lo que supondría disminuir la calidad de los cuidados ofrecidos [16](#), [17](#).

Por lo tanto, al implementar políticas de visitas abiertas en las unidades de cuidados intensivos, es importante tener en cuenta todos estos aspectos. El objetivo debe ser satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familiares, al mismo tiempo que se brindan los mejores cuidados posibles [18](#).

A nivel nacional, se ha desarrollado una iniciativa conocida como "Proyecto HU-CI" cuyo fin es la humanización de las unidades de cuidados intensivos con el objetivo de mejorar la calidad brindada a los pacientes y familiares, así como crear un ambiente óptimo de trabajo entre los profesionales. Este proyecto se está extendiendo a través de muchos países del mundo, impulsando de esta manera, la humanización en diferentes hospitales del mundo [19](#), [20](#).

Además, en el ámbito de Castilla y León también se ha presentado un proyecto llamado "Plan Persona. Centrando la asistencia sanitaria en ti" que al igual que la iniciativa comentada anteriormente, tiene el propósito de humanizar los cuidados mejorando de alguna manera la atención sanitaria prestada a pacientes, acompañantes y profesionales realizando diferentes intervenciones como: escucha activa, atención personalizada, formación de los profesionales en contexto de humanización, promoción de participación activa del paciente en su enfermedad y transformación de los centros asistenciales en lugares adaptados y confortables [21](#).

El objetivo de este estudio ha sido analizar la opinión de los profesionales que trabajan en la UCI del Hospital Universitario de León con respecto a la presencia de los familiares de pacientes ingresados en dicha unidad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño y variables

Estudio descriptivo transversal que se realiza en la UCI del Hospital Universitario de León entre el 1 de abril y el 1 de mayo utilizando una serie de variables

dependientes diseñadas para conocer la perspectiva de los profesionales con respecto a la visita de los familiares de pacientes ingresados en una UCI. Estos elementos abarcan temas relacionados con el apoyo emocional, la relación enfermera-familia, los beneficios de las visitas, las políticas de visitas o la carga de trabajo. Por otro lado, las variables independientes a estudio serían las conformadas por variables sociodemográficas entre las que incluimos sexo, edad, número de hijos, estado civil, experiencia profesional, experiencia profesional en UCI, categoría profesional y tipo de contrato.

El diseño de este estudio se ha llevado a cabo en dos partes para facilitar su progreso. La primera parte ha consistido en una búsqueda exhaustiva de bibliografía para la realización de la introducción y la producción de un cuestionario ad hoc para la recopilación de información. La segunda parte del estudio se ha basado en el desarrollo y ejecución del mismo.

El trabajo se ha realizado utilizando las siguientes bases de datos: ScienceDirect, PubMed, Scielo, Dialnet y Google Scholar. Durante la búsqueda bibliográfica se utilizaron las

siguientes palabras clave: unidad de cuidados intensivos, UCI, familia, política de visitas, opinión, perspectiva, profesionales. Para la selección de los artículos se escogieron únicamente estudios realizados en los últimos 5 años.

### Contexto del estudio

La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de León se encuentra ubicada en la primera planta del edificio central del hospital y dispone de 16 boxes individuales separados en dos unidades diferentes, de esta manera cada unidad cuenta con 8 habitáculos y cada enfermero se ocupa de 2 de ellos, lo que implica la presencia de 4 enfermeros en cada turno; cada TCAE se hace cargo de 4 boxes y en cada guardia hay dos médicos al frente de la unidad. Cada box conforma un espacio cerrado por una cristallera permitiendo de esta forma ver al paciente de manera ininterrumpida y poder actuar rápida-

mente ante cualquier situación. En lo que respecta a la política de visitas, actualmente cuenta con un horario totalmente abierto de 8:00h a 20:00h, y si desean permanecer durante la noche, tienen la opción de llegar a un acuerdo con el personal. La información proporcionada por parte del equipo médico tiene lugar en el momento de ingreso del paciente en la unidad y a mayores, todos los días sobre las 13:00 horas, que es cuando se lleva a cabo el pase de visita, dónde el médico cor-

de la situación del paciente en cualquier momento del día. Con relación a los cuidados de enfermería, los familiares serán informados de los mismos generalmente durante el horario de visita, siempre y cuando deseen recibir esa información, del mismo modo que se aclararán dudas que les surjan en cualquier momento de su estancia en la unidad, ofreciendo esta información para mantenerles actualizados e intentar que se sientan tranquilos. Además, en el momento en que un paciente

A nivel nacional, se ha desarrollado una iniciativa conocida como “Proyecto HU-CI” cuyo fin es la humanización de las unidades de cuidados intensivos con el objetivo de mejorar la calidad brindada a los pacientes y familiares

respondiente comunica a los familiares la evolución del enfermo y si no pueden acudir presencialmente, tienen la opción de ser informados de manera telefónica. Además, si surge cualquier urgencia o imprevisto, los médicos informarán

ingresa nuevo en la unidad, un técnico en cuidados auxiliares de enfermería le proporcionará a la familia un tríptico de la unidad en el cual se explican todas las normas de la misma incluyendo horarios de visita y toda la información que deben de saber.

**Tabla 1.**  
**Características sociodemográficas de los participantes**

Variables	Sub-categorías	n/N	%
Sexo	Hombre	6/34	17,6
	Mujer	28/34	82,4
Edad	25-34	11/34	32,4%
	35-44	5/34	14,7%
	45-54	15/34	44,1%
	55 o más	3/34	8,8%
Número de hijos	0	16/34	47,1%
	1	5/34	14,7%
	2	9/34	26,5%
	3 o más	4/34	11,8%
Estado Civil	Casada/o	18/34	52,9%
	Soltera/o	12/34	35,3%
	Divorciada/o	3/34	8,8%
	Otros	1/34	2,9%

**Tabla 2.**  
**Características profesionales de los participantes**

Variables	Sub-categorías	n/N	%
Experiencia profesional	0-5 años	6/34	17,6%
	5-10 años	4/34	11,8%
	10-15 años	5/34	14,7%
	Más 15 años	19/34	55,9%
Experiencia profesional en UCI	0-5 años	11/34	32,4%
	5-10 años	8/34	23,5%
	10-15 años	3/34	8,8%
	Más 15 años	12/34	35,3%
Tipo de profesional	Enfermera/o	20/34	58,8%
	Médico	7/34	20,6%
	TCAE	7/34	20,6%
Contrato	Fijo	19/34	55,9%
	Vacante/Interinidad	8/34	23,5%
	Temporal	7/34	20,6%

**Instrumento**

El cuestionario seleccionado para llevar a cabo este estudio se ha diseñado en base a la literatura revisada sobre visitas de familiares en UCI y la visión de los profesionales proporcionando los suficientes datos para desarrollar el mismo. El

serán 15 preguntas cerradas a opción de respuesta múltiple en una escala tipo Likert (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo).

Anexo a cada cuestionario se explican las instrucciones a seguir para rellenar el mismo

formulario consta de dos secciones; en la primera, se abordarán datos sociodemográficos y en la segunda, se recogerá la opinión de los profesionales.

En cuanto a datos sociales y demográficos se recopila el género, edad, número de hijos, estado civil, experiencia profesional, experiencia en UCI, categoría profesional y tipo de contrato. Por otro lado, la opinión de los profesionales se determina según una serie de ítems que valoran lo comentado anteriormente,

y una sección a modo de introducción para poner en contexto, además se entrega un consentimiento informado de participación en el estudio, en el cual se remarca el carácter anónimo, confidencial y voluntario del formulario, con posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de León con 21 de marzo de 2024.

**Muestra**

El colectivo a analizar de este estudio es el constituido por los profesionales sanitarios que trabajan en la unidad de cuidados intensivos del hospital referenciado durante el tiempo que se lleva a cabo el estudio, conformado por un total de 44 enfermeros, 15 médicos y 22 TCAEs.

El periodo de investigación se lleva a cabo en el marco de un 1 mes, desde el 1 de abril de 2024 hasta el 1 de mayo de 2024. Durante este tiempo se trasladó el cuestionario a los trabajadores de la unidad. La entrega fue efectuada por vía telemática, difundiendo a través de un grupo de WhatsApp, se hizo llegar la encuesta a todo el equipo de enfermeros y TCAEs, mientras que a los médicos se les envió ese cues-

tionario vía e-mail, asegurándonos que todos y cada uno de los miembros de la plantilla de la unidad recibían el formulario.

**Análisis estadístico**

Se utilizó el software de distribución libre R Studio Versión 2024.04.1+748 para el análisis estadístico. Se realizaron pruebas de Chi cuadrado. Se consideró significativa toda diferencia cuya probabilidad de error tipo I fuera igual o inferior al 5% bilateral, dato evaluado mediante el estadístico p de Fisher, con valor  $p \leq 0,05$  para esa probabilidad.

**RESULTADOS**

La tasa de participación en el estudio ha sido de un 40,96%, habiendo tomado parte 34 de los 83 profesionales que configuran la plantilla de la UCI del Hospital Universitario de León.

En la **tabla 1** se reflejan las características sociodemográficas de los profesionales de la UCI que participaron en el estudio. Se puede observar como el 82% (28/34) de los profesionales encuestados eran mujeres, el 44% (15/34) tenía entre 45 y 54 años, más de la mitad de los participantes tenían hijos y el 53% (18/34) estaban casados.

**Tabla 3.**  
**Distribución de las respuestas de los participantes**

Preguntas	De acuerdo	En desacuerdo
¿Las visitas de familiares en la UCI son importantes para el bienestar emocional de los pacientes?	91,2%	8,8%
¿Las visitas de familiares pueden afectar negativamente la privacidad de los pacientes?	50%	50%
¿Las visitas de familiares pueden aumentar el riesgo de infecciones? <sup>1</sup>	50%	50%
¿Las visitas de familiares pueden dificultar el descanso de los pacientes? <sup>2</sup>	47,1%	52,9%
¿Las visitas de familiares pueden interferir en la atención médica y el cuidado de los pacientes? <sup>1</sup>	47,1%	52,9%
¿Las visitas de familiares pueden proporcionar información valiosa sobre el estado del paciente a los profesionales de la salud?	88,2%	11,8%
¿Las visitas de familiares pueden ayudar a reducir el estrés y la ansiedad de los pacientes?	94,1%	5,9%
¿Las visitas de familiares pueden influir positivamente en la estabilidad del paciente? <sup>2</sup>	85,3%	14,7%
¿Las visitas de familiares pueden contribuir a una recuperación más rápida del paciente?	82,3%	17,6%
¿Las visitas de familiares pueden aumentar el riesgo de conflictos o tensiones entre los familiares y el personal?	48,5%	51,5%
¿Las visitas de familiares deberían ser permitidas independientemente de la gravedad del paciente?	73,5%	26,5%
¿Las visitas de familiares deberían tener restricciones de horario?	85,3%	14,7%
¿Los profesionales de la UCI deberían recibir capacitación específica sobre cómo manejar la presencia de familiares durante las visitas?	85,3%	14,7%
¿Las visitas de familiares pueden ayudar a crear un entorno más humano y acogedor?	94,1%	5,9%
¿Los beneficios de las visitas de familiares superan los posibles inconvenientes?	82,3%	17,6%

En cuanto a las características profesionales de los participantes se presentan en la [tabla 2](#). Un 59% (20/34) eran enfermeros y el 56% (19/34) tenía más de 15 años de experiencia profesional. Además, el 35% (12/34) llevaba trabajando en la UCI más de 15 años, y un 56% (19/34) disfrutaba de un contrato fijo.

Con el fin de mostrar de manera reducida los datos recopilados, se ha decidido clasificar los resultados en dos grupos diferentes según se muestra en la [tabla 3](#). El primer grupo engloba las respuestas recogidas en los términos “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo” con denominación “de acuerdo” mientras que el segundo grupo abarca las respuestas recogidas en “totalmente en desacuerdo” y “en desacuerdo” bajo el término “en desacuerdo”.

La visita de familiares, según el 91% (31/34) de los profesionales, se percibió como un factor que ayuda a generar cierto bienestar en el paciente, y, además, un 94% (32/34) consideraba que estas visitas tenían la capacidad de disminuir los niveles de estrés y ansiedad que pueda llegar a presentar el paciente.

En lo que respecta a la opinión de que la presencia familiar

pueden afectar negativamente en la privacidad de los pacientes, la mitad de los profesionales estaban de acuerdo y la otra mitad en desacuerdo con dicha cuestión. Esto mismo ocurrió cuando relacionamos las visitas con un aumento en el riesgo de infecciones, pues nos enfrentamos de nuevo a una división equitativa entre las opiniones del personal. A su vez, el 53% (18/34) no compartían la idea de que la presencia de familiares interfiriera con el descanso de los pacientes.

El 52% (17/34) de los encuestados no consideraron que la presencia de familiares durante la visita al paciente generara situaciones tensas y conflictivas con los profesionales, al igual que el 53% (18/34) tampoco manifestó que la presencia de familiares interfiriera en la atención y cuidados brindados al paciente. En este sentido, el 88% (30/34) opinaba que las visitas de familiares podían proporcionar información valiosa a los facultativos sobre el estado del paciente. Por otro lado, el 85% (29/34) identificó la necesidad que presentan los profesionales de recibir formación específica acerca del manejo de la presencia familiar durante el periodo de visitas.

Según los datos, el 85% (29/34) de los profesionales

coincidían en el efecto positivo que generaban las visitas familiares en la estabilidad del paciente contribuyendo en su confort y mejora, asimismo, el 82% (28/34) estaban de acuerdo en que las visitas podían hacer que el paciente se recuperara más rápido.

Las visitas de familiares deberían de ser autorizadas sin importar la gravedad del estado del paciente según el 73,5% (25/34) de los participantes fomentando el mantenimiento de los vínculos emocionales durante el proceso médico. Por otra parte, el 85,3% (29/34) de los encuestados reconocieron la necesidad de establecer restricciones de horarios en el periodo de visita para así encontrar un equilibrio entre las necesidades de ambas partes.

El 94,1% (32/34) de los profesionales encuestados respaldaba las consecuencias favorables de las visitas de familiares en la creación de un espacio más humano y acogedor para los pacientes. En esta línea, el 82,3% (28/34) de ellos coincidieron al afirmar que los beneficios de estas visitas superaban los posibles inconvenientes, resaltando de esta manera la importancia de preservar y favorecer los lazos entre pacientes y seres queridos durante su estancia.



**Tabla 4.**  
**Distribución de respuestas según categoría profesional**

Las visitas de familiares...	Enfermera	Médico	TCAE
	Acuerdo	Acuerdo	Acuerdo
...en la UCI son importantes para el bienestar emocional de los pacientes?	90%	100%	85,70%
...pueden afectar negativamente la privacidad de los pacientes?	55%	14,3%	71,4%
pueden aumentar el riesgo de infecciones?	50%	0%	100%
...pueden dificultar el descanso de los pacientes?	50%	14,3%	71,4%
...pueden interferir en la atención médica y el cuidado de los pacientes?	35%	28,6%	100%
...pueden proporcionar información valiosa sobre el estado del paciente a los profesionales de la salud?	90%	85,7%	85,7%
...pueden ayudar a reducir el estrés y la ansiedad de los pacientes?	100%	100%	71,4%
...pueden influir positivamente en la estabilidad del paciente?	85%	100%	71,4%
...pueden contribuir a una recuperación más rápida del paciente?	85%	100%	57,1%
...pueden aumentar el riesgo de conflictos o tensiones entre los familiares y el personal?	52,6%	28,6%	57,1%
...deberían ser permitidas independientemente de la gravedad del paciente?	65%	85,7%	85,7%
...deberían tener restricciones de horario?	80%	85,7%	100%
... pueden ayudar a crear un entorno más humano y acogedor?	100%	100%	71,40%
¿Los profesionales de la UCI deberían recibir capacitación específica sobre cómo manejar la presencia de familiares durante las visitas?	80%	85,70%	100%
¿Los beneficios de las visitas de familiares superan los posibles inconvenientes?	85%	100%	57,10%

### Análisis por categoría profesional

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,001$ ) según la categoría profesional respecto a los profesionales que creen que las visitas incrementan la probabilidad de contraer una infección ya que las enfermeras lo manifiestan en un 50% (10/20) frente a un 100% (14/14) de médicos y TCAEs. También se detectaron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,007$ ) según la categoría profesional acerca de los profesionales que opinan que las visitas pueden interferir en el cuidado y atención médica, encontrándonos con un desacuerdo por parte del 65% (13/20) de los enfermeros y del 71% (5/7) de los médicos mientras que el 100% (7/7) de TCAEs opinaron lo contrario.

### Análisis según experiencia profesional en UCI

Por otra parte, se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,03$ ) según la experiencia profesional en UCI en lo que respecta a las visitas y la interrupción en el descanso de los pacientes, coincidiendo de acuerdo un 46% (5/11) de profesionales con experiencia 0-5 años, un 87% (7/8) con 5-10 años y un

33% (4/12) con más de 15 años frente a un 100% (3/3) en desacuerdo con experiencia de entre 10-15 años.

Por último, se han percibido diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,013$ ) según la experiencia profesional en UCI en cuanto al impacto positivo de las visitas en la estabilidad del paciente, compartiendo el criterio un 91% (10/11) de profesionales con experiencia 0-5 años y un 100% (15/15) de profesionales con experiencia de 10-15 años y más de 15 años frente a un 50% (4/8) de profesionales con experiencia de 5-10 años.

### DISCUSIÓN

Este análisis proporciona datos valiosos sobre las percepciones de los profesionales de la UCI respecto a las visitas familiares a pacientes ingresados en dicha unidad. Los hallazgos obtenidos en esta investigación confirman lo reportado en estudios que han sido citados en la literatura revisada, aunque en ocasiones nos encontramos con resultados diferentes que aportan nuevas perspectivas.

Respecto a los factores sociodemográficos, se obtuvo una muestra con características similares al estudio de Alonso-Rodríguez A et al (2021) [16](#), en el

cual predominaba la participación del sexo femenino y categoría profesional de enfermeras con una media de 43 años.

El 91% de los profesionales encuestados considera que las visitas de familiares son muy importantes para el bienestar emocional de los pacientes coincidiendo con los resultados demostrados en el estudio de Jiménez (2023) [22](#), donde un 99% estaban de acuerdo en que la presencia familiar genera un impacto positivo en el paciente. Además, Jaramillo Chávez I et al (2021) [17](#), revelan una concordancia por parte de los profesionales en un 91,2% sobre esta misma opinión. Estos resultados muestran un claro consenso entre los profesionales sobre el valor crucial de las visitas familiares para el bienestar de los pacientes, destacando un papel fundamental en la recuperación.

A diferencia del estudio de Alonso-Rodríguez A et al (2021) [16](#), donde el 69,3% de los participantes no están de acuerdo con que las visitas de familiares puedan proporcionar información valiosa sobre el estado de salud y de la investigación realizada por Jaramillo Chávez I et al (2021) [17](#), donde los resultados muestran que la opinión esta equitativamente dividida en un 51,6% de acuerdo; nues-

**Tabla 5.**  
**Distribución de respuestas según experiencia profesional en UCI**

Las visitas de familiares...	0-5a	5-10a	10-15a	>15a
...en la UCI son importantes para el bienestar emocional de los pacientes?	91%	88%	100%	92%
...pueden afectar negativamente la privacidad de los pacientes?	36,4%	75%	0%	58,3%
...pueden aumentar el riesgo de infecciones?	54,5%	62,5%	0%	50%
...pueden dificultar el descanso de los pacientes?	45,5%	87,5%	0%	33,3%
...pueden interferir en la atención médica y el cuidado de los pacientes?	54,5%	62,5%	0%	41,7%
...pueden proporcionar información valiosa sobre el estado del paciente a los profesionales de la salud?	72,7%	100%	100%	91,7%
...pueden ayudar a reducir el estrés y la ansiedad de los pacientes?	100%	75%	100%	100%
...pueden influir positivamente en la estabilidad del paciente?	90,9%	50%	100%	100%
...pueden contribuir a una recuperación más rápida del paciente?	81,8%	62,5%	100%	91,7%
...pueden aumentar el riesgo de conflictos o tensiones entre los familiares y el personal?	54,5%	50%	66,7%	36,4%
...deberían ser permitidas independientemente de la gravedad del paciente?	81,8%	75%	66,7%	66,7%
...deberían tener restricciones de horario?	100%	87,5%	66,7%	75%
...pueden ayudar a crear un entorno más humano y acogedor?	100%	87,5%	100%	91,7%
¿Los profesionales de la UCI deberían recibir capacitación específica sobre cómo manejar la presencia de familiares durante las visitas?	72,7%	87,5%	100%	91,7%
¿Los beneficios de las visitas de familiares superan los posibles inconvenientes?	90,9%	62,5%	100%	83%

tros resultados, por el contrario, reflejan que el 88,2% de profesionales se encuentran conformes con la idea de que si reciben información relevante por parte de las visitas. Esto subraya la importancia de contemplar las perspectivas de los familiares como una valiosa fuente de información para mejorar la atención.

Conforme los resultados obtenidos en nuestra investigación, el 94,1% de los profesionales creen que las visitas de familiares disminuyen la ansiedad y el estrés en pacientes ingresados, un hallazgo que concuerda con el estudio de Dragoi L et al (2022) [23](#), que también expone que las visitas reducen la ansiedad de pacientes y familiares, mejorando su bienestar. De manera similar, el estudio de Gorordo-Delsol et al (2020) [24](#), coincide en que la presencia de seres queridos durante la estancia hospitalaria tranquiliza al paciente. Este apoyo emocional no solo beneficia al bienestar del paciente, también crea un ambiente más acogedor en el hospital, facilitando así la recuperación y el cuidado.

Una gran proporción de nuestros profesionales, con un 85,3%, indicaron que las visitas de los familiares tienen un

impacto positivo en la estabilidad del paciente. En contraste, el estudio de Reihane Akbari et al (2020) [25](#), refleja una opinión similar, considerando que las visitas de familiares tienen un efecto positivo en la estabilidad del paciente. Por otro lado, el estudio de Jaramillo Chávez I et al (2021) [17](#), sugiere que un 79,8% de los participantes cree que las visitas de familiares pueden desestabilizar al paciente. Estas diferencias resaltan la importancia de revisar las políticas y prácticas de visitas familiares para mejorar el cuidado y el bienestar del paciente.

En base a nuestros resultados, se evidenció que un 85,3% de los profesionales, incluyendo un 80% de las enfermeras, están de acuerdo en que las visitas de familiares deberían tener restricciones horarias, encontrando de este modo hallazgos similares en los estudios de Alonso-Rodríguez A et al (2021) [16](#) y Jiménez (2023) [22](#) que revelan que el personal de enfermería considera las visitas abiertas como un problema. De este modo, deben establecerse políticas de visitas que busquen un equilibrio entre brindar apoyo emocional a los pacientes y administrar eficazmente la atención sanitaria, asegurando el mejor cuidado posible.

Por último, una parte significativa, que corresponde al 94,1% de los profesionales, está de acuerdo en que la presencia de allegados durante la estancia hospitalaria ayuda a crear un entorno más humano y acogedor, tal como lo respalda el proyecto de Ramírez y Gómez (2022) [26](#), permitiendo que los familiares participen en los cuidados y brinden apoyo. Es por esto que se cree que ayudaría en la mejora de la salud emocional, y también se reforzaría el vínculo creado entre la familia y los profesionales generando un entorno mucho más empático y confortable.

Hay varias limitaciones en este estudio que deben de tenerse en cuenta. En primer lugar, la tasa de participación que fue de un 40,96%, lo que podría significar que los resultados no representen a todo el personal y, en segundo lugar, la investigación basó su muestra en un solo hospital, concretamente en la UCI del hospital de León, lo cual limita la generalización de los hallazgos que se han obtenido.

Futuros estudios deberían evaluar la opción de aumentar el tamaño de la muestra e incluir diferentes hospitales y áreas geográficas, para así extender la relevancia de los resultados.

## CONCLUSIONES

El análisis que se ha llevado a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de León pone en evidencia la importancia de las visitas familiares para el bienestar emocional y la recuperación de los pacientes en estado crítico.

Muchos de los profesionales encuestados reconocen que la presencia de familiares disminuye la ansiedad y el estrés de

los pacientes, creando un entorno más humano y acogedor. Además, permite a los profesionales obtener información crucial sobre el estado del paciente mejorando así la calidad de la atención.

La implementación de las políticas de visitas abiertas es un tema que genera cierta controversia, a pesar de los beneficios que pueden aportar, los profe-

sionales identifican inconvenientes como la interrupción del descanso de los pacientes, el riesgo de infección o la vulneración de la privacidad.

Aunque las visitas familiares tienen un impacto positivo en la estabilidad y recuperación de los pacientes, es muy importante establecer políticas que equilibren las necesidades tanto emocionales como físicas

de los pacientes, con el funcionamiento y organización de la unidad. El desarrollo de iniciativas como el «Proyecto HU-CI» y «Plan Persona» en Castilla y León representan avances significativos hacia la humanización de los cuidados intensivos, creando entornos donde el bienestar de pacientes y familiares se integran en la práctica diaria de los profesionales de salud. ■

## Bibliografía

1. Padilla-Fortunatti, C., Rojas-Silva, N., Amthauer-Rojas, M., & Molina-Muñoz, Y. (2018). Necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital académico de Chile. *Enferm intensiva*, 29(1), 32–40. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2017.09.001>
2. Vera Carrasco, O. (2015). Origen y desarrollo histórico de la medicina crítica y unidades de cuidados intensivos en Bolivia. *Rev Méd La Paz*. [Internet], [consultado el 22 de noviembre] 21(2), 77–90. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582015000200011](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200011)
3. García, C. R., & Martínez Torres, C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med crít (Col. Mex. Med. Crít.)* [Internet], [consultado el 22 nov 2023]; 31(3):171–173. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-89092017000300171](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171)
4. Delgado Macías JC, Lara Fajardo VG, Flores Tacle LC, Sabando Farías BA, Aguilar Sánchez EG, Fernández Zambrano GA (2019). Patologías Específicas de Importancia en la UCI. *RECIAMUC* [Internet], 3(2):665–87. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(2\).abril.2019.665-687](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(2).abril.2019.665-687)
5. Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]; 30(2), 120–125. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>
6. Duque Delgado, L., Rincón Elvira, E. E., & León Gómez, V. E. (2020). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Ene* [Internet], [consultado el 29 nov 2023]; 14(3). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2020000300008&Ing=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008&Ing=es)
7. Guerra-Martín, M. D., & González-Fernández, P. (2021). Satisfacción de pacientes y cuidadores familiares en unidades de cuidados intensivos de adultos: revisión de la literatura. *Enferm Intensiva* [Internet]; 32(4), 207–219. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.07.002>
8. World health organization (WHO). (s/f). *Who.int*. Recuperado el 3 de diciembre de 2023, de <https://www.who.int/es>
9. Investigación, R. S. (2022). Necesidades de la familia del paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos. *RSI* [Internet], [consultado el 3 dic 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/necesidades-de-la-familia-del-paciente-critico-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>
10. Urgelles, P. Á., & Garín, M. S. (2022). Los beneficios de integrar a la familia en la unidad de cuidados intensivos. *RSI* [Internet], [consultado el 3 dic 2023]; 3(1), 4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8298395>
11. de las Mercedes Díez Angulo, M.,

- Peñarroya, R. F., Gracia, M. F., Giménez, L. M. C., García, M. D. R., & Pueyo, V. G. (2021). Por una UCI más abierta, más confortable y humana, comunicación breve. RSI [Internet], [consultado el 10 dic 2023]; 2(11), 279. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210439>
12. Valls-Matarín, J., & del Cotillo-Fuente, M. (2022). Contenido de la guía de acogida para familiares de las unidades de cuidados intensivos españolas: Estudio multicéntrico. *Med intensiva* [Internet]; 46(11), 654–657. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2022.01.007>
13. de la Fuente-Martos, C., Rojas-Amezcu, M., Gómez-Espejo, M. R., Lara-Aguayo, P., Morán-Fernandez, E., & Aguilar-Alonso, E. (2018). Humanization in healthcare arises from the need for a holistic approach to illness. *Med Intensiva (Engl Ed)* [Internet]; 42(2), 99–109. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medine.2017.08.011>
14. Duque-Ortiz, C., & Arias-Valencia, M. M. (2020). Relación enfermera-familia. Más allá de la apertura de puertas y horarios. *Enferm intensiva* [Internet]; 31(4), 192–202. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.09.003>
15. Aliberch Raurell, A. M., & Miquel Aymar, I. M. (2015). Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm intensiva* [Internet]; 26(3), 101–111. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.02.001>
16. Alonso-Rodríguez, A., Martínez-Villamea, S., Sánchez-Vallejo, A., Gallego-Lorenzo, J., & Fernández-Menéndez, M. (2021). Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI. *Enferm intensiva* [Internet]; 32(2), 62–72. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.02.005>
17. Jaramillo Chávez I, Zambrano Intriago G, Balda Zambrano H. (2021) Perspectiva de los profesionales de salud ante una unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas en la UCI del Hospital de especialidades Portoviejo. RECIAMUC [Internet], [consultado 5 mar 2024];5(2):404–10. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/679>
18. Arnaiz Arnaiz, V., Esteban Galbete, M. T., Olaechea Astigarraga, P. M., & Legarreta Olabarrieta, M. J. (2020). Escuchando a profesionales, pacientes y familiares: estudio sobre el régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med intensiva* [Internet]; 44(4), 254–256. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.11.004>
19. Alonso-Ovies, Á., & Heras la Calle, G. (2020). Humanizar los cuidados reduce la mortalidad en el enfermo crítico. *Med intensiva* [Internet]; 44(2), 122–124. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.03.002>
20. Baeza Gómez I, Quispe Hoxsas L.C. (2020) Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Rev Bioet Derecho* [Internet], [consultado el 5 mar 2024];(48):111–26. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872020000100008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100008)
21. Plan Persona. [Internet]. Junta de Castilla y León; [Actualizado en 2021; Consultado el 5 mar 2024]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-persona.ficheros/2007708-Plan%20Persona.pdf>
22. Jiménez Estévez, Eva Beatriz. (2023) Opinión de los profesionales sobre el régimen de visitas abiertas tras cuatro años y una pandemia. *Parainfo Digital* [Internet]; (37): e37036p. Disponible en: <https://ciberindex.com/c/pd/e37036p>
23. Dragoi, L., Munshi, L., & Herridge, M. (2022). Visitation policies in the ICU and the importance of family presence at the bedside. *Intensive Care Medicine* [Internet]; 48(12), 1790–1792. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06848-1>
24. Gorordo-Delsol, L.A, Garduño-López, J, & Castañón-González, J.A (2020). Unidad de Cuidados Intensivos de puertas abiertas: la familia dentro de cuidados intensivos. *Rev Hosp Jua Mex* [Internet]; 87(2), 106–108. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/RHJM.20000017>
25. Akbari R, Karimi Moonaghi H, Mazloum SR, Bagheri Moghaddam A (2020). Implementación de una política de visitas flexible en la unidad de cuidados intensivos: un ensayo clínico aleatorizado. *Nurs Crit Care* [Internet]; 25(4):221–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12499>
26. Ramírez Niño J.A, Gómez Ramírez O.J (2022). Necesidades de enfermería para establecer relaciones interpersonales armónicas con la familia del paciente en UCI. *Bol.Sem.Inv.fam* [Internet], [consultado 10 mayo 2024]; 4(1): e-839. Disponible en: <https://revistas.unillanos.edu.co/index.php/bsif/article/view/839>

# VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LEÓN SOBRE LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS

ASSESSMENT OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF NURSING STUDENTS AT THE UNIVERSITY OF LEÓN REGARDING ORGAN DONATION AND TRANSPLANTATION

OLAYA LÓPEZ FERNÁNDEZ <sup>1</sup>  
DANIEL FERNÁNDEZ GARCÍA <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermera. Hospital Universitario de León.

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León.

✉ olopef01@estudiantes.unileon.es  
dferg@unileon.es

## Resumen

**Introducción:** La donación de órganos es un procedimiento que puede mejorar la calidad de vida o incluso salvar la vida de quienes lo necesitan. Las actitudes y conocimientos de los profesionales de la salud influyen en la población.

El objetivo ha sido determinar los conocimientos y actitudes ante la donación de órganos en los estudiantes del grado de Enfermería de la Universidad de León.

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo transversal con estudiantes de Enfermería de la Universidad de León. Se evaluaron sus conocimientos y actitudes mediante un cuestionario. Se consideraron variables como sexo, edad, campus y curso y se utilizaron análisis estadísticos con el programa R Studio.

**Resultados.** La muestra consistió en 107 estudiantes, mayoritariamente mujeres del campus de León. Un 79,4% declaró tener poca información, principalmente obtenida de profesores y amigos. El 66,4% no consideraba la muerte cerebral definitiva y el 70,1% ignoraba la obligatoriedad legal de consultar a las familias para la donación. El 70,1% aceptaría retirar soporte vital a un familiar sin posibilidades de recuperación y donar sus órganos, siendo el principal motivo para no donar el desconocimiento.

## Abstract

Organ donation is a procedure that can improve the quality of life or even save the lives of those in need. The attitudes and knowledge of healthcare professionals influence the population. The objective was to determine the knowledge and attitudes towards organ donation among nursing degree students at the University of León.

A prospective cross-sectional descriptive study was conducted with nursing students at the University of León. Their knowledge and attitudes were evaluated through a questionnaire. Variables such as sex, age, campus, and academic year were considered, and statistical analyses were performed using R Studio. The sample consisted of 107 students, mostly women from the León campus. 79.4% reported having little information, mainly obtained from professors and friends. 66.4% did not consider brain death to be definitive, and 70.1% were unaware of the legal requirement to consult families for donation. 70.1% would accept withdrawing life support from a family member with no chance of recovery and donating their organs. The main reason for not donating is a lack of knowledge.

The students showed limited knowledge, although they had a positive attitude. Most receive little information,

Conclusiones. Los estudiantes muestran un conocimiento limitado, aunque una actitud positiva. La mayoría recibe poca información, lo que resalta la necesidad de mejorar la formación universitaria. Existe una falta de comprensión sobre aspectos legales, variando según el nivel académico. Aunque la actitud hacia la donación es favorable, no se observa un aumento de personas registradas con tarjeta de donante, indicando una desconexión entre la intención y la acción de registrarse.

#### Palabras clave

*donación, conocimientos, estudiantes de enfermería, actitudes, formación, órganos.*

highlighting the need to improve university training. There is a lack of understanding about legal aspects, varying according to academic level. Although the attitude towards donation is favourable, there is no increase in the number of people registered with a donor card, indicating a disconnect between the intention and the action of registering.

#### Keywords

*donation, knowledge, nursing students, attitude, training, organs*

### INTRODUCCIÓN

La donación de órganos es un procedimiento médico que puede mejorar significativamente la calidad de vida o incluso salvar la vida de quienes lo necesitan. Consiste en la extracción de órganos o tejidos viables y trasplantables de un cuerpo a otro. Los órganos pueden ser obtenidos de un paciente fallecido o voluntariamente de un paciente vivo [1](#).

Donar un órgano implica ofrecer gratuita y voluntariamente cualquier tejido o célula de origen humano con el propósito de ser utilizado terapéuticamente en el cuerpo humano. Una persona es potencialmente donante de diversos órganos como el corazón, los riñones,

el hígado y tejidos como la córnea, piel, cartílago y tendones entre otros [2](#).

La escasez de órganos es un problema global que se aborda internacionalmente mediante el uso de diferentes estrategias, como el aumento de la inversión en infraestructura de atención médica, la transición a un modelo de consentimiento de retirada de órganos predeterminado, el impulso de información pública a través de campañas de donación y diferentes esquemas para la asignación de órganos [3](#).

En 2019, España registró la tasa más alta de donantes de órganos a nivel mundial, con 48.9 donantes por millón de personas, superando signifi-

cativamente el promedio internacional. España continúa siendo un modelo de consentimiento presumido en el que se consulta de manera sistemática a la familia sobre las preferencias del fallecido, y se respeta siempre la decisión contraria de la familia [3](#).

Un sistema centralizado de distribución de órganos asegura el acceso a nivel nacional a órganos necesarios con urgencia y al mismo tiempo se da prioridad a la asignación local [4](#).

El éxito de cualquier sistema de trasplante se sustenta en la disposición que tengan las personas a participar y en actitudes públicas favorables a la donación. La disminución de la confianza pública en las

instituciones de salud puede reducir la oferta de órganos y afectar el rendimiento de los trasplantes. A pesar de algunos estudios sobre los factores que influyen en la disposición de las personas a donar en España, incluyendo sus opiniones sobre el modelo de consentimiento, aún no se comprende completamente en qué medida las actitudes de los españoles hacia la donación pueden estar relacionadas con el éxito del país [5-6](#).

Lamentablemente, existen muchos conceptos erróneos en torno al tema de la donación que pueden hacer que muchas personas se sientan incómodas al registrarse como donantes de órganos y/o que los familiares se sientan incómodos al dar su consentimiento para la

donación en el momento del fallecimiento de un ser querido. Las creencias religiosas y la desinformación e incertidumbre afectan considerablemente a la hora de decidir sobre la donación de órganos [7-8](#).

La educación sanitaria en la comunidad ayuda a vencer estos factores externos como son el miedo cultural, religioso, social e ideológico. Cambiar el comportamiento y actitudes es vital para la salud pública. La ca-

En general la opinión de la población española sobre la donación de órganos es positiva. Sin embargo, esta actitud inicial sólo supone, en momentos clave de la petición de donación de órganos, el 77% de los donantes posibles. La atención primaria es el primer contacto entre la población y el sistema sanitario. Se ha observado que la información proporcionada por el personal de atención primaria tiene un gran valor para la población [10-11](#).

influencia determinante en los profesionales, pacientes, familias y la población general. Esta influencia se encuentra respaldada por su condición de personal de la salud [10-11](#).

Las actitudes de los profesionales sanitarios ya sean positivas o negativas, influyen en la población en el momento de la donación. Estas actitudes pueden modificarse por experiencias previas relacionadas con la donación o mediante la asistencia a cursos sobre donación de órganos. Cuando la opinión y la actitud de los profesionales es positiva, se favorece la donación [12](#). Siempre hay que tener en cuenta que la donación de órganos ha de tener un carácter altruista, voluntario y desinteresado

#### OBJETIVO

El objetivo general de este trabajo fin de grado ha sido determinar los conocimientos y actitudes ante la donación de órganos en los estudiantes del grado de Enfermería de la Universidad de León.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha desarrollado un diseño descriptivo prospectivo trasversal sobre una cohorte de alumnos del grado de Enfermería

de la Universidad de León a los que se les ha realizado una evaluación de conocimientos y actitudes sobre la donación de órganos. Dicha evaluación se ha realizado mediante un cuestionario administrado y un muestreo por conveniencia.

La población a estudio estuvo formada por los estudiantes del grado en Enfermería de la Universidad de León pertenecientes a la facultad de Ciencias de la Salud en los campus de León y Ponferrada.

El cálculo de la muestra se realizó a partir de los estudiantes matriculados en los cuatro cursos de los grados de Enfermería en los campus de León y Ponferrada de la Universidad de León. Sobre un potencial de población de estudio de 550 estudiantes matriculados y considerando una prevalencia de conocimientos de donación del 26% (León, José. 2024), con un nivel de confianza de 95%, y una precisión del 8% se necesitará una muestra mínima de 96 estudiantes de ciencias de la Salud de la Universidad de León.

La muestra se seleccionó en base a criterios de inclusión recogidos de la bibliografía consultada. Dichos criterios

## Las actitudes de los profesionales sanitarios ya sean positivas o negativas, influyen en la población en el momento de la donación

rencia del contenido curricular sobre este tema en el área de ciencias de la salud afecta tanto al paciente como al profesional [8](#). Entre los profesionales de la salud no existe una educación consolidada sobre este proceso y entre aquellos que no se especializan en trasplantes podemos ver una falta de comprensión sobre los principios y resultados relacionados con la donación y el trasplante [9](#).

Esta información no es proporcionada únicamente por médicos, sino que le corresponde a todo el equipo sanitario de atención primaria. El personal de Enfermería por lo general es el que tiene un contacto más directo y prolongado con la población, por eso el conocimiento que posean sobre donación y trasplantes de órganos durante la educación universitaria tendrá una

**Anexo 1.**  
**Cuestionario de valoración de conocimientos y actitudes**

**Cuestionario para la evaluación de conocimientos y actitudes a los estudiantes de ciencias de la Salud de la Universidad de León**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Campus: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuánta información cree que tiene o se le ha proporcionado acerca del proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos? Mucha \_\_\_\_\_ Suficiente \_\_\_\_\_ Poca \_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál fue la fuente de dicha información? Marque una o varias opciones  
Experiencia personal o laboral \_\_\_\_\_  
Profesores y/o amigos \_\_\_\_\_  
Asociaciones de donantes (sangre, médula ósea, órganos) \_\_\_\_\_  
Medios de comunicación (TV, Internet etc.) \_\_\_\_\_  
Otra (especifique cuál): \_\_\_\_\_

3. ¿Un paciente en muerte cerebral está definitivamente muerto? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_

4. ¿La Ley Española de trasplantes obliga a las familias a proporcionar la donación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_

5. ¿El consentimiento de donación de órganos tiene validez legal? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_

6. ¿En su ciudad donan de órganos o tejidos o ha pensado en hacerlo?  
Sí, soy donante de órganos y tejidos \_\_\_\_\_  
Sí, soy donante pero sólo de órganos \_\_\_\_\_  
Sí, soy donante pero sólo de tejidos (Médula ósea y/o sangre) \_\_\_\_\_  
No soy donante pero he pensado en serlo \_\_\_\_\_  
No soy donante y no he pensado en serlo \_\_\_\_\_

7. ¿Alguno de su familia o de sus enteros cercanos, ha recibido en alguna ocasión un trasplante? (Puede tratarse de un trasplante de órganos, de médula ósea o una transfusión sanguínea)  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No lo sé \_\_\_\_\_

8. Una persona fallecida por parada cardíaca, ¿podría llegar a ser donante?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_

9. ¿Estas de acuerdo con la retirada de los miembros de soporte en UCI si un familiar teje no tiene posibilidades de recuperación?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_

10. ¿Donaría los órganos de un familiar teje después de la retirada de los miembros de soporte en UCI? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sólo si lo ha manifestado \_\_\_\_\_

11. ¿Cuáles son, según su criterio, las razones por las cuales no donaría?  
Motivos religiosos \_\_\_\_\_  
Desconfianza hacia el sistema sanitario y/o la utilización de mis órganos \_\_\_\_\_  
Desconfianza personal por la extracción de los órganos \_\_\_\_\_  
Desconocimiento del proceso de donación \_\_\_\_\_  
Otra (Indique cuál): \_\_\_\_\_

fueron estar matriculado en el grado en Enfermería de la Universidad de León en los campus de Vegazana y Ponferrada. Para esta valoración de conocimientos se creó un cuestionario Anexo 1 que incorpora una serie de variables diseñadas para conocer los conocimientos de los estudiantes que cursaban el grado en Enfermería en la Universidad de León.

El cuestionario escogido para llevar a cabo este estudio se diseñó en base a la literatura revisada sobre el proceso de donación de órganos y la educación de los estudiantes universitarios de ciencias de la salud. Es un cuestionario no validado basado en el validado de Rios et al (2008) y empleado previamente por Montero-Salinas (2018) Anexo 1.

Estos elementos abarcan los conocimientos básicos, sus actitudes y creencias, su educación y capacitación, la percepción de la sociedad y su experiencia personal. Se tomaron en cuenta como variables intervinientes el sexo, edad, campus y curso en el que el estudiante se encontraba matriculado.

El cuestionario consta de dos apartados; en la primera parte, se abordan los datos sociodemográficos y en la segunda,

se recoge el conocimiento académico y la opinión de los estudiantes sobre el proceso de donación. Está formado por doce preguntas diseñadas para medir el conocimiento subjetivo de cada participante según su propio criterio, la fuente principal de información, los conocimientos específicos que poseen, las actitudes y experiencias personales, así como para plantear decisiones éticas.

Anexo al cuestionario se incluyeron las instrucciones a seguir para rellenar el mismo además del consentimiento informado de participación en el estudio, en el cual se remarcaron los aspectos importantes, la protección de los datos personales según la legislación vigente mediante su codificación, la participación voluntaria en el programa, pudiendo retirarse del estudio en cualquier momento sin ningún tipo de represión y la oportunidad de conocer los resultados obtenidos

**Análisis estadístico**

El procesamiento de datos se realizó utilizando el programa estadístico R Studio (Versión 2024.04.1+748). El análisis de la estadística descriptiva se realizó a través de tablas de frecuencia y porcentajes. Se

realizaron pruebas de Chi cuadrado. Se declaró significativa toda diferencia cuya probabilidad de error tipo I fuera igual o inferior al 5% bilateral, dato evaluado mediante el estadístico p de Fisher, con valor  $p \leq 0,05$  para esa probabilidad.

**Consideraciones éticas**

Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de León.

**RESULTADOS**

Se recogieron un total de 107 cuestionarios procedente de estudiantes matriculados en el

grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de León. El 92,5% (99/107) de los participantes procedían del campus de León y el 80,4% (86/107) accedieron a los estudios a través del Bachillerato.

El promedio de edad de los encuestados fue de 21,7 (DT=5,1) años (mínimo de 18 y máximo de 54). El 80,4% de los participantes fueron mujeres, y con relación al curso su participación fue mayor por curso. En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas y académicas de los estudiantes analizados.



**Figura 1.**  
**Distribución de las respuestas sobre la información del proceso de donación y trasplantes**



**Tabla 1.**  
**Características sociodemográficas de los participantes**

		n	%
Campus	León	99	92,5
	Ponferrada	8	7,5
Sexo	Hombre	21	19,6
	Mujer	86	80,4
Procedencia	Bachiller	86	80,4
	No bachiller	21	19,6
Curso	Primero	27	25,2
	Segundo	18	16,8
	Tercero	19	17,8
	Cuarto	43	40,2

**Resultados generales del cuestionario**

En la **tabla 2** se presentan los resultados globales de los cuestionarios cumplimentados por los estudiantes de grado de Enfermería de la Universidad de León que participaron en el estudio.

**Conocimiento subjetivo**

La **figura 1** muestra como la mayoría de los encuestados (79.4%) consideraba haber recibido poca información sobre el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos. Un pequeño 13.1% (14/107) de los encuestados manifestó haber recibido suficiente información, mientras que un 7.5% (8/107) declaró no haber recibido ninguna información. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo de modo que los hombres manifestaron en mayor medida tener conocimientos suficientes en relación a las mujeres (26,6%[6/21]vs 9,3%[8/86]).

La **figura 2** presenta las principales fuentes de información sobre donación y trasplante de órganos y tejidos para los estudiantes. Mayoritariamente los estudiantes señalaron como fuente de información a los profesores y amigos (47/107;

43.9%), seguidos por los medios de comunicación (33/107; 30.8%). Las asociaciones y la experiencia personal son menos comunes, con un 8.4% (9/107) y 15.9% (17/107), respectivamente. Solo un 0.9% (1/107) de los encuestados manifestó no haber recibido información de ninguna fuente.

**CONOCIMIENTOS**

El 66,4% (71/107) de los estudiantes encuestados desconocían que la muerte cerebral representaba la muerte del individuo. Al desglosar estos resultados por género, no se observó significación estadística.

La mayoría de los estudiantes (75/107; 70,1%) desconocían que la Ley Española de trasplantes recogía la obligatoriedad de preguntar a las familias para obtener la donación. Los estudiantes de cuarto curso tuvieron un menor porcentaje de respuestas incorrectas, con un 55,8% frente al 70,1% general.

Cuando fueron preguntados sobre el valor legal del carnet de donante, el 16,8% (18/107) declararon que no y respondieron de forma adecuada en mayor medida las mujeres (75,6% vs 60,7%) y los de primer curso en mayor medida

siendo la diferencia significativa (p=0,006) **tabla 3**.

Una mayoría de los estudiantes (70/107; 65,4%) entendía que una persona fallecida por parada cardíaca podría ser donante, siendo la proporción que no está segura o tiene creencias incorrectas del del 18,7% (20/107) y 15,9% (17/107) respectivamente. Además, se observa una disparidad en el nivel de conocimiento según la vía de acceso a los estudios de modo que los estudiantes que ingresaron a través de bachillerato presentaron una comprensión significativamente mejor del tema (62/86; 72%) en comparación con aquellos que ingresaron por otras vías (8/21; 38,1%).

**Actitudes**

La mayoría de los encuestados (63/107; 58.9%) manifestó no haber tenido una experiencia personal o cercana con trasplantes, aún así, la mayoría de los estudiantes encuestados (75/107; 70,1%,) declararon una tendencia a aceptar la retirada de medidas de soporte en UCI si un familiar no tuviera posibilidades de recuperación. El mismo porcentaje también manifestó que estaría dispuesto a donar los órganos de un familiar después de la retirada de dichas medidas (75/107; 70.1%). Se encontraron diferencias significativas según la procedencia de estudios de modo que los estudiantes procedentes



**Figura 2.**  
**Distribución de las respuestas sobre las fuentes de información sobre el proceso de donación**

**Tabla 2.**  
**Resultados globales de las contestaciones de los participantes**

		n	%
¿Cuánta información cree que tiene o se le ha proporcionado acerca del proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos?	Ninguna	8	7,5
	Poca	85	79,4
	Suficiente	14	13,1
¿Cuál fue la fuente de dicha información? Marque una o varias opciones	Asociaciones	9	8,4
	Experiencia	17	15,9
	Medios	33	30,8
	Ninguna	1	0,9
	Profes/amigos	47	43,9
¿Un paciente en muerte cerebral está definitivamente muerto?	Sí	29	27,1
	No	71	66,4
	A veces	7	6,5
¿La Ley Española de trasplantes recoge la obligatoriedad de preguntar a las familias para obtener la donación?	Sí	75	70,1
	No	16	14,9
	A veces	16	14,9
¿El carnet de donante de órganos tiene valor legal?	Si	79	73,8
	No	18	16,8
	Tal vez	10	9,3
Una persona fallecida por parada cardíaca, ¿podría llegar a ser donante?	Si	70	65,4
	No	17	15,9
	Tal vez	20	18,7

		n	%
¿Es usted donante de órganos o tejidos o ha pensado en serlo?	No soy pero he pensado	64	59,8
	No soy y no he pensado	18	16,8
	Soy de órganos y tejidos	5	4,7
	Soy sólo de órganos	2	1,9
¿Alguien de su familia o de su entorno cercano, ha recibido en alguna ocasión un trasplante?	Sí	33	30,8
	No	63	58,9
	No lo sé	11	10,3
¿Estarías de acuerdo con la retirada de las medidas de soporte en UCI si un familiar tuyo no tuviera posibilidades de recuperación?	Sí	75	70,1
	No	7	6,5
	Tal vez	25	23,4
¿Donarías los órganos de un familiar tuyo después de la retirada de las medidas de soporte en UCI?	Sí	75	70,1
	No	9	8,4
	Tal vez	23	21,5
¿Cuáles son, según su criterio, las razones por las cuales no donaría?	Desconfianza	7	9,5
	Desconfiguración corporal	15	20,3
	Desconocimiento	41	55,4
	Otros	11	14,9

de bachiller manifestaron en mayor medida no haber tenido experiencias personales o cercanas con los trasplantes (65,1%[56/86] vs 33,3%[7/21].

Respecto a las negativas a donar encontramos que la razón más común para no donar órganos fue el desconocimiento (41/107; 55,4%). Un

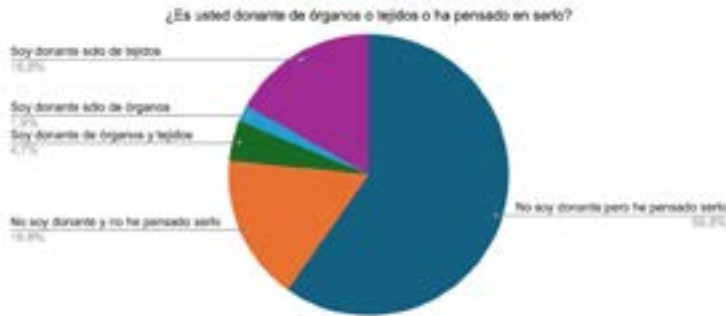
9.5% (7/107) de los encuestados señaló la desconfianza en el sistema médico como la razón principal para no donar órganos, un 20,3% (15/107) identificó la desconfiguración corporal del donante y un 14,9% (11/107) de los encuestados declaró otras razones diversas para no donar órganos.

**Tabla 3.**  
**Resultados globales de las contestaciones de los participantes**

	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Total
No	2 (7,4%)	3 (16,7%)	0 (0%)	13 (30,2%)	18(16,8%)
Sí	23 (85,2%)	12 (66,7%)	15 (78,9%)	29 (67,4%)	79 (73,8%)
Tal vez	2 (7,4%)	3 (16,7%)	4 (21,1%)	1 (2,3%)	10 (9,3%)

**Tabla 4.**  
**Distribución de las respuestas sobre experiencias cercanas a trasplantes organizados por procedencia de estudios**

	Bachillerato	No bachillerato
No	56 (65,1%)	7 (33,3%)
No lo sé	7 (8,1%)	4 (19%)
Si	23 (26,7%)	10 (47,6%)



**Figura 3.** Gráfico de pastel sobre la pregunta de si es donante o ha pensado en serlo

Como se puede observar en la **figura 3** la mayoría de los encuestados, (59.8%) no son actualmente donantes, pero han considerado la posibilidad de serlo. Un 16,8% de los encuestados no son donantes y tampoco han considerado la posibilidad de serlo y solo un pequeño porcentaje (4.7%) se ha registrado como donante de ambos, órganos y tejidos. Un 16.8% de los encuestados son donantes únicamente de tejidos. Este grupo es considerablemente más grande que aquellos que son donantes solo de órganos (1,9%)

donantes y tampoco han considerado la posibilidad de serlo y solo un pequeño porcentaje (4.7%) se ha registrado como donante de ambos, órganos y tejidos. Un 16.8% de los encuestados son donantes únicamente de tejidos. Este grupo es considerablemente más grande que aquellos que son donantes solo de órganos (1,9%)

**DISCUSIÓN**

Este estudio presenta ciertas limitaciones debido principalmente al tamaño escaso de la muestra. La validez y generalización de los resultados de esta valoración de conocimientos está comprometida por el bajo número de cuestionarios entregados. Una muestra insuficiente podría no estar represen-

tando correctamente a la población estudiada, añadir sesgos y afectar a la relevancia de las conclusiones. Es crucial interpretar los resultados con cautela y considerar la necesidad de recopilar datos adicionales para obtener una visión más completa y precisa del tema.

Por otra parte, el sesgo positivo en la selección de la muestra es un factor a considerar, ya que aquellos que están a favor de la donación pueden estar más dispuestos a completar el cuestionario que aquellos que están en contra o que están indecisos. Este hecho podría explicar los resultados en los que los encuestados muestran una fuerte inclinación a favor de la donación.

Este estudio revela que los estudiantes carecen de conocimientos suficientes sobre el proceso de donación de órganos, estos hallazgos son consistentes con otros estudios de Marqués-Lespier et al (2013) **13** y Fernández Mayo y Andina Diaz (2023) **21** que abordan la misma cuestión, indicando que, en general, los estudiantes no están adecuadamente informados sobre la donación de órganos. Esto sugiere la necesidad de mejorar la difusión y accesibilidad de información relevante durante el grado universitario.

El análisis revela que la mayoría de los estudiantes de Enfermería considera que ha recibido poca información sobre el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos. La percepción de insuficiencia de información puede limitar su capacidad para educar y orientar a los pacientes y sus familias adecuadamente. No obstante, destaca que la fuente principal de la cual los jóvenes obtienen la información relativa al proceso de donación y trasplante son profesores y compañeros, teniendo un papel significativo los medios de comunicación y las redes sociales. Esto confirma los hallazgos de Padilla-Cuadra et al (2015) **20** y Fernández Mayo y Andina Diaz (2023) **21**, donde los estudiantes expresaron tener poca información sobre el tema y sentir que durante su formación universitaria hubo una falta de educación al respecto.

Los resultados de este estudio revelan un desconocimiento entre los encuestados sobre la consideración de la muerte cerebral como indicativa del fallecimiento del paciente. Este hallazgo es consistente con estudios previos, como el de Marván et al (2020) **18**.

No obstante, es notable que la mayoría de los encuestados reconoce que una persona

fallecida por parada cardíaca puede ser donante de órganos. Este conocimiento contrasta con los resultados obtenidos en otros estudios, como el de Montero Salinas et al (2018) **12**, donde los encuestados demostraron una mayor comprensión de los conceptos relacionados con la muerte cerebral en comparación con aquellos relacionados con el fallecimiento por parada cardíaca.

Por otro lado, en relación con la viabilidad de los órganos después de un fallecimiento por parada cardíaca, se evidencia una disparidad en el nivel de conocimiento según la vía de ingreso a los estudios: los estudiantes que accedieron a través del bachillerato muestran una comprensión notablemente superior del tema, respecto a aquellos que ingresaron por otras vías. Esto sugiere que los estudiantes que ingresaron a través del bachillerato pueden haber sido expuestos previamente a conceptos relacionados con la salud o la biología, lo que podría haberles otorgado una base de conocimientos más sólida sobre este tema específico.

Es destacable que la mayoría de los estudiantes presentan una sorprendente falta de

conocimientos respecto al ámbito legal y jurídico que rodea el proceso de donación. Existe una creencia errónea y generalizada sobre la obligatoriedad legal de consultar a los familiares para la donación de órganos, estos resultados corroboran estudios realizados previamente (Montero Salinas et al, 2018) [12](#). Hay una notable discrepancia en el entendimiento de la legislación entre los estudiantes de los diferentes niveles académicos, existe un incremento en la precisión de las respuestas entre estudiantes de tercer y cuarto curso el cual, podríamos atribuir a la impartición de la materia de bioética y legislación impartida durante

el tercer año. Esto podría explicar el mayor porcentaje de respuestas correctas los grupos de tercero y cuarto frente a años anteriores y concuerda con el estudio Fernández Mayo y Andina Diaz (2023) [21](#).

En lo que respecta a la validez legal del carnet de donante de órganos, se demuestra una notable carencia de conocimientos, conclusión que concuerda con la falta de información sobre aspectos legales que presentan los estudiantes en enfermería, demostrada ya en la anterior cuestión. Aunque sorprendentemente los alumnos de primer grado tienen un mayor conocimiento sobre la validez legal del carnet, lo cual contrasta

completamente con el nivel de conocimiento legal de dichos alumnos en el punto anterior.

En cuanto a la actitud hacia la donación de órganos, ésta fue positiva, siguiendo la línea de los datos reflejados en otros estudios (Montero Salinas et al, Marqués-Lespier et al y Deulofeu et al) [12, 13, 25](#). Los individuos con experiencia directa o cercana con trasplantes son más propensos a aceptar la retirada de medidas de soporte y a estar dispuestos a donar los órganos de un familiar. Una experiencia previa con la donación y/o el trasplante de órganos, a nivel poblacional y de centros sanitarios, es un factor asociado a la actitud hacia la donación [24](#).

Hay una notable coherencia entre la disposición a retirar las medidas de soporte y la voluntad de donar órganos. La proporción de encuestados que se muestra indeciso sugiere que hay una necesidad de educación y apoyo para ayudar a las personas a tomar decisiones informadas. Solo una minoría claramente identificable manifiesta incertidumbre o se opone a la donación de órganos, típicamente motivada por desconfianza en el manejo de los órganos o el respeto de los deseos del donante, temor a cambios en la apariencia corporal

(López Al, 2015) [22](#) o falta de conocimiento. Los resultados coinciden con la evidencia encontrada (Matesanz et al y Padilla-Cuadra et al) [15, 20](#) que reconoce que los españoles tienen una de las menores proporciones en negación por parte de familiares, habiéndose negado en 2009 únicamente un 16% de los entrevistados [16](#).

Aunque la actitud frente a la donación es claramente positiva no se ve reflejada en la cantidad de personas registradas con tarjeta de donante, es un problema generalizado como podemos comprobar en numerosos estudios realizados sobre la donación [19-20, 23](#).

Un alto nivel de conocimientos se relaciona con la disposición a donar, mientras que los niveles medio y bajo de conocimientos se relacionan con la indecisión al momento de decidir sobre la donación en familiares. Según la bibliografía encontrada no existe una relación entre los conocimientos sobre donación y la disposición a registrarse como donante de órganos propios [23](#).

Debido a las limitaciones de este estudio es crucial interpretar los resultados con cautela y considerar la necesidad de recopilar datos adicionales

**Esta actitud favorable hacia la donación no se ve reflejada en un aumento de personas registradas con tarjeta de donante, lo que indica una desconexión entre la disposición a donar y la acción concreta de registrarse como donante**

para obtener una visión más completa y precisa del tema. Para futuras investigaciones se debería conseguir un tamaño muestral, más amplio y variado y valorar las actitudes hacia la donación tanto desde un ámbito cuantitativo como cualitativo.

**CONCLUSIONES**

La evidencia demuestra que existe un escaso conocimiento

por parte de los estudiantes de enfermería, aunque la actitud general frente a la donación de órganos es positiva.

La mayoría de los estudiantes considera que ha recibido poca información sobre el proceso de donación y trasplante, con una dependencia principal de profesores y compañeros, y un papel significativo de los medios de comunicación y las redes sociales. Esta falta de información

sugiere la necesidad de mejorar la difusión y accesibilidad de información relevante durante la formación universitaria.

En cuanto al conocimiento legal y jurídico sobre la donación, se observa una alarmante falta de comprensión. La discrepancia en el entendimiento de la legislación entre estudiantes de diferentes niveles académicos sugiere que la formación continua mejora significativamente

el conocimiento sobre estos aspectos.

La actitud por parte de los estudiantes de enfermería es positiva, lo que concuerda con la visión general de la población española. Sin embargo, esta actitud favorable no se ve reflejada en un aumento de personas registradas con tarjeta de donante, lo que indica una desconexión entre la disposición a donar y la acción concreta de registrarse como donante.

**Bibliografía**

1. HRSA. Organ Donation Statistics | Organ Donor [Internet]. Organdonor.gov. 2020. Available from: <https://www.organdonor.gov/statistics-stories/statistics.html>
2. Albújar Castillo M, Salvador Arroyo-Sánchez A. Nivel de conocimiento sobre donación de órganos y factores sociodemográficos en los estudiantes de Medicina: estudio transversal: Level of knowledge of organ donation and sociodemographic factors in medical students: a cross-sectional study. *Revista Horizonte Médico* [Internet]. 2022 Oct 1;22(4):1-7. Available from: <https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=49111cc5-f796-4967-85bf-b3e01852b13b%40redis>
3. Díaz-Cobacho G, Cruz-Piqueras M, Delgado J, Hortal-Carmona J, Martínez-López MV, Molina-Pérez A, et al. Public perception of organ donation and transplantation policies in Southern Spain. 2021 Sep 21. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0041134522001269?via=ihub>
4. EL MODELO ESPAÑOL de Coordinación y Trasplantes 2. a Edición [Internet]. Available from: <https://www.aebt.org/wp-content/uploads/2019/09/modeloespanol.pdf>
5. Scandroglio B, Domínguez-Gil B, López JS, Valentín MO, Martín MJ, Coll E, et al. Analysis of the attitudes and motivations of the Spanish population towards organ donation after death. *Transplant International*. 2010 Oct 22;24(2):158-66.
6. Streit S, Johnston-Webber C, Mah J, Prionas A, Wharton G, Casanova D, et al. Ten Lessons From the Spanish Model of Organ Donation and Transplantation. [Internet]. 2023 May 25;36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10249502/>
7. Zavala-Rodríguez MG, González-Velázquez ND, Guzmán-Delgado NE, Carranza-Rosales P, Quezada-Elvira VJ. [Educational intervention on organ and tissue donation at UMAE No. 34]. *Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research)* [Internet]. 2023 Jul 31 [cited 2023 Dec 12];61(4):482-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10484546>
8. Mera R, Suero De La A, Madrid H. Trabajo de fin de grado La importancia de ser donante de órganos [Internet]. [cited 2024 Feb 8]. Available from: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/57789/PFG001235.pdf?sequence=1>
9. Potenza R, Fonsato A, Bertolino D, Peluso M, Maina L, Finiguerra I, et al. Hospital Health Professionals' Education About Organ and Tissue Donation: A Turin Hospital Experience. *Transplantation Proceedings*. 2013 Sep;45(7):2587-90. Available from: <https://www.sciencedirect.com>

- com/science/article/pii/S0041134513006088?via%3Dihub
10. Ríos A, Ramírez P, Galindo PJ, Sánchez J, Sánchez E, Martínez-Alarcón L, et al. Primary health care personnel faced with cadaveric organ donation: a multicenter study in south-eastern Spain. *Clinical Transplantation*. 2008 Jul 18;22(5):657-63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18647329/>
11. Martínez-Alarcón L, Ríos A, Santainés-Borredá E, Agras-Suarez MC, Cañadas-De la Fuente GA, Hurtado-Pardos B, et al. Nursing Students' Knowledge About Organ Donation and Transplantation: A Spanish Multicenter Study. *Transplantation Proceedings* [Internet]. 2019 Nov [cited 2019 Nov 12];51(9):3008-11. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0041134519311832>
12. Montero Salinas A, Martínez-Isasi S, Fieira Costa E, Fernández García A, Castro Dios DJ, Fernández García D. Conocimientos y actitudes ante la donación de órganos de los profesionales sanitarios de un hospital de tercer nivel [Knowledge and attitudes toward organ donation among health professionals in a third level hospital]. *Rev Esp Salud Publica*. 2018 Apr 18;92 . Spanish. PMID: 29662051.
13. Marqués-Lespier JM, Ortiz-Vega NM, Sánchez MC, Sánchez MC, Soto-Avilés OE, Torres EA. Knowledge of and attitudes toward organ donation: a survey of medical students in Puerto Rico. *P R Health Sci J*. 2013;32(4):187-93. Available from: [file:///Users/lf/Downloads/Knowledge\\_of\\_and\\_attitudes\\_toward\\_organ.pdf](file:///Users/lf/Downloads/Knowledge_of_and_attitudes_toward_organ.pdf)
14. Leon J. Conocimientos y actitudes hacia la donación de órganos y tejidos en estudiantes de enfermería de una universidad pública de Chile. *Index de Enfermería*. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/380124309\\_Conocimientos\\_y\\_actitudes\\_hacia\\_la\\_donacion\\_de\\_organos\\_y\\_tejidos\\_en\\_estudiantes\\_de\\_enfermeria\\_de\\_una\\_universidad\\_publica\\_de\\_Chile](https://www.researchgate.net/publication/380124309_Conocimientos_y_actitudes_hacia_la_donacion_de_organos_y_tejidos_en_estudiantes_de_enfermeria_de_una_universidad_publica_de_Chile)
15. Matesanz R, Domínguez-Gil B, Coll E, Mahillo B, Marazuela R. Success factors and ethical challenges of the Spanish Model of Organ Donation. *Lancet*. 2010 Sep 25;376(9746):1109-12. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61342-6.
16. ONT. Organización nacional de trasplantes. Available from: <https://www.ont.es/>
17. Collantes Delgado D, Guevara Guerrero L. Conocimientos y actitudes hacia la donación de órganos en los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota. *facsalud* [Internet]. 2021 Jun 7 [cited 2024 May 26];5(8):5-15. Available from: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/1327>
18. Marván M, Orihuela-Cortés F, Álvarez del Río A. Conocimientos generales y actitudes hacia la donación de órganos en una muestra de estudiantes mexicanos de medicina y de enfermería. *Rev Cienc Salud*. 2020;18(2):1-19. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9240.
19. Marván ML, Mora-Gallegos J, García-Prieto C, Rosas-Santiago FJ, Santillán-Doherty P. Conocimientos y actitudes hacia la donación de órganos en una muestra de médicos de dos hospitales en México. *Gac Med Mex*. 2022;158(5). Epub 2022 Nov 18. doi: 10.24875/gmm.22000049.
20. Padilla-Cuadra JI, Mora-Chacón P, Monge-Fallas A, Rodríguez-Barquero R. Actitudes y conocimientos sobre la donación de órganos, trasplante y muerte cerebral en estudiantes de ciencias de la salud. *Acta Med Costarric*. 2015;57(4).
21. Fernández Mayo E, Andina-Díaz E. Conocimientos, creencias y actitudes de los estudiantes universitarios hacia la donación de órganos: Un estudio cualitativo. *Cultura de los Cuidados*. 2023 Apr;27(65). doi: 10.14198/cuid.2023.65.12.
22. López AI. Análisis de la actitud de los estudiantes de Medicina hacia la donación de órganos para trasplante [Tesis de licenciatura]. Universidad de Murcia, Departamento de Cirugía, Pediatría, Obstetricia y Ginecología; 2015.
23. Ríos A, López-Navas A, Ayala-García MA, Sebastián MJ, Abdo-Cuza A, Alán-Castro J, et al. Actitud hacia la donación de órganos del personal no sanitario de hospitales de España, México, Cuba y Costa Rica. *Nefrología*. 2013;33(6):699-707.
24. Conesa C, Ríos A, Ramírez P, Canteras M, Rodríguez MM, Parrilla P. Estudio multivariante de los factores psicosociales que influyen en la actitud poblacional hacia la donación de órganos. *Nefrología*. 2005;25:684-97.
25. Deulofeu R, Blanca MJ, Twose J, Matesanz R. Actitud y conocimiento de los médicos de atención primaria, emergencias y urgencias en España sobre la donación y el trasplante de órganos y tejidos. *Med Clin (Barc)*. 2011;136(12):541-8.