Revista InfoTrauma · Nº 44 Julio 2025

# InfoTrauma

Nº 44

Fecha de edición
Julio 2025

XXIV Congreso A.E.E.T.O. Sevilla 2026

Bloq de Investigación: Recursos de la Inteligencia Artificial para la Redacción Científica en el Ámbito de la Salud

Resumen XXIII Congreso Gijón 2025

## ARTÍCULOS DE ESTE NÚMERO

Satisfacción Percibida por los Supervisores de Enfermería en Relación al Servicio de Farmacia como Método de Mejora de la Calidad.

Claves del éxito en el postoperatorio de escoliosis idiopática: Protocolo estandarizado de cuidados intensivos pediátricos para una recuperación óptima y segura.

Tratamiento involuntario en pacientes con esquizofrenia.

*Revista de la Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia*

www.aeeto.es
info@aeeto.es
infotrauma@aeeto.es

## Sevilla 2026: Ejerciendo el Liderazgo en C.O.T.

"La revista creada por y para los profesionales de Enfermería en Traumatología y Ortopedia"

# Intelligent Trauma Care

eStandarización

Implante eStéril

Gestión de Stock

Seguridad

81354-210628

Estos productos cumplen los requisitos de aplicación de la legislación de productos sanitarios
Por favor consulte las instrucciones de uso antes de la utilización de estos productos sanitarios.
Johnson&Johnson, S.A. Paseo de las Doce Estrellas,5-7. Campo de las Naciones, 28042 Madrid
Tel.: +34 91 722 8262

DePuy Synthes
THE ORTHOPAEDICS COMPANY OF Johnson&Johnson

# Oportunidad de mejorar para los Cuidados Enfermeros en C.O.T.

De todos es conocido que nuestra profesión se enfrenta a nuevos retos marcados fundamentalmente por el tan ansiado reconocimiento profesional ligado al nivel A1 y los retos que marca la llegada la Inteligencia Artificial IA.

Por este motivo a modo de reflexión quiero dejaros lo que podrían ser sin duda unas líneas estratégicas a seguir para adaptarnos a este nuevo escenario:

Desarrollo de las competencias avanzadas en áreas como la Gestión de Casos, Educación para la Salud y la Investigación Enfermera.

Especialización en nuestra área competencial de Cuidados en traumatología y Ortopedia con sus especificidades que vendría a responder a la demanda que desde nuestra asociación venimos realizando en el seno de Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería UESCE.

Liderazgo y Gestión de Equipos Profesionales donde los Enfermeros a través de nuestras habilidades y competencias estamos capacitados para promover políticas de salud con el fin de adaptar los Cuidados en Traumatología y Ortopedia a Paciente y familia.

Acciones colaborativas con la Comunidad perceptora de nuestros Cuidados con el fin de promover Programas de Salud y Bienestar Social.

Actualización continua en conocimientos y práctica asistencial con el fin de promover Cuidados Enfermeros Seguros y de Calidad.

Resumiendo, desde nuestra asociación con el fin de afrontar los retos que supone la IA y el nivel de reconocimiento profesional A1, pensamos que es necesario seguir apostando por actividades de formación continuada que persiguen la capacitación profesional continua, sin olvidar el desarrollo de las habilidades emocionales y sociales inherentes a la profesión Enfermera Proveedora y Garante de la Seguridad y Calidad en Los Cuidados de la Salud de la Población.

Siguiendo los principios estratégicos mencionados queremos presentaros en primicia el que será la XXIV edición de nuestro Congreso Nacional que con el Lema "Proyección Enfermeras: Ejerciendo el Liderazgo de C.O.T." tendrá lugar los días 18, 19, 20 de marzo de 2026 en Sevilla.

De nuevo es una oportunidad para que a través de vuestra participación podáis contribuir con vuestras aportaciones de trabajos en formato Comunicación oral o póster, al desarrollo de un programa a la altura de las necesidades de actualización antes mencionadas y que sin duda complementará el Programa Científico, que con tanto esmero está siendo confeccionado. **A través de nuestra Web www.aeeto.es en el apartado Congreso podéis consultar las normas de presentación de trabajos.**

Os recordamos que contamos con una valiosa herramienta, en nuestra web www.aeeto.es, el **Bloq de Investigación**, podéis consultarlo a través del espacio de las nomas de publicación del congreso, o en la biblioteca, este bloq recoge a modo de cuadernillo los diferentes aspectos a tener en cuenta a la hora de desarrollar un trabajo científico.

Si aún no eres socio te animamos a sumarte a nuestra Gran Familia AEETO, y aportarnos tus inquietudes profesionales.

Mantente informado de las diferentes acciones formativas promovidas o avaladas por nuestra asociación de todas ellas a través de nuestra web www.aeeto.es y a través de nuestras redes sociales y nuestro WhatsApp. Si quieres estar al día de las diferentes acciones de divulgación realizadas por nuestra asociación ponte en contacto con nosotros a través de info@aeeto.es.

**Herminio Sánchez Sánchez.**

**Presidente de AEETO**

# COMITE EDITOR

## Comité Editor

editado por AEETO

InfoTrauma

### JUNTA DIRECTIVA

| | |
|---|---|
| Presidente: | D. Herminio Sánchez Sánchez |
| Vicepresidenta: | Dña. Margarita Burgueño Declara |
| Secretario: | D. Alberto Hernández Carnicero |
| Tesorero: | D. Francisco Torija Rodríguez de Liebana |
| Vocal: | Dña. Yolanda López Moreno |
| Vocal: | Dña. Ana Isabel Rodríguez Herruzo |

### DELEGADOS AEETO

**Dña. Nerea Estarriaga Gainza**
Delegada AEETO Navarra

**Dña. Mónica García Fernández**
Delegada AEETO Cataluña

**Dña. Yolanda López Moreno**
Delegada AEETO Madrid

**Dña. Laura Moraleda Torres**
Delegada AEETO Castilla-La Mancha

**Dña. Victoria Apolonia Pascual Reus**
Delegada AEETO Islas Baleares

**D. David Sanabria Delgado**
Delegado AEETO Andalucía

**Dña. María Sáez Jalón**
Delegada AEETO Cantabria

**D. Luis Alberto Pablos Aguadero**
Delegado AEETO Castilla-León

### ÁREAS A.E.E.T.O.

**Dña. Elena Miguel Poza**
Responsable de Formación A.E.E.T.O.

**Dña. Mª Cruz Villalpando Guedón**
Corresponsable de Seguridad A.E.E.T.O

**Dña. Margarita Burgueño Declara**
Corresponsable de Seguridad A.E.E.T.O

**Dña. María Saénz Jalón**
Responsable Investigación A.E.E.T.O.

### COMITÉ EDITORIAL

| | |
|---|---|
| Dirección: | Dña. Yolanda López Moreno |
| | Dña. Laura Moraleda Torres |
| Vocales: | Dña. Margarita Burgueño Declara |
| | Dña. Ana Isabel Rodríguez Herruzo |
| | Don Miguel Ángel Díaz Sánchez |

Revista semestral indizada en CUIDEN. ISSN: 1698-5443. Depósito legal: M-23158-2004.
Diseño y Maquetación: Yolanda Hernández Ayuso.
Para publicar en Infotrauma, envíelas en formato Word con tipo de letra Times New Roman en tamaño 10 y a 1,5 espacios de interlineado. Las fotografías que acompañen a los artículos deben de estar en formato jpg.
Infotrauma no se hace responsable de los criterios y opiniones emitidos por los autores en sus artículos.

infotrauma@aeeto.es

# MI PRIMER CONTRATO: EL INICIO DE UNA VOCACIÓN

Ingresar al mundo laboral es uno de los momentos más esperados —y también más inciertos— para las nuevas generaciones de enfermeras. Tras años de formación teórica y práctica clínica, la firma del primer contrato representa mucho más que un trámite legal: es **el inicio oficial de una vida dedicada al cuidado de otros**. Sin embargo, este hito tan significativo se encuentra hoy atravesado por múltiples desafíos que merecen una reflexión crítica.

A pesar de la alta demanda de personal de enfermería a nivel mundial, muchas profesionales se enfrentan a un mercado laboral caracterizado por **la inestabilidad contractual, salarios poco competitivos,** y en ocasiones, una **falta de reconocimiento profesional.** Es común que su primer empleo esté marcado por contratos temporales, rotaciones en múltiples turnos, servicios desconocidos… lo cual puede generar frustración o incluso desmotivación temprana.

Más allá del contrato, lo que está en juego es la consolidación de la **identidad profesional.** Este primer contacto con el sistema de salud debería ser una oportunidad para que las enfermeras fortalezcan su autonomía, afiancen sus competencias clínicas y se integren en equipos de trabajo donde se valore su voz. La **responsabilidad institucional** es clave: acompañar a las nuevas enfermeras no solo con formación continua, sino también con condiciones laborales dignas y espacios donde puedan crecer y aprender sin temor.

El **sistema de salud necesita enfermeras motivadas, empoderadas y comprometidas.** Pero para que eso sea posible, las instituciones deben garantizar un entorno laboral justo desde el primer día. La transición de estudiante a profesional no puede estar marcada por la precariedad, sino por el acompañamiento, el respeto y la oportunidad de desplegar plenamente una vocación.

Hoy más que nunca, debemos trabajar para que el primer contrato no sea una simple entrada al mundo laboral, sino el **comienzo esperanzador** de una carrera que dignifica tanto a quien cuida como a quien es cuidado.

**Laura Moraleda Torres.**

# "RECURSOS DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA REDACCIÓN CIENTÍFICA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD"

Autora: López Moreno, Yolanda. Enfermera Asepeyo Coslada. Madrid. Máster en Calidad y Gestión de Enfermería por la Universidad de Barcelona. Máster en Ciencias Sociosanitarias Universidad Alcalá de Henares.
Vocal AEETO. Delegada AEETO Madrid. Coodirectora Infotrauma
Email de contacto: ylopezmoreno@asepeyo.es

## INTRODUCCIÓN

La redacción científica en el ámbito de la salud enfrenta exigencias rigurosas en términos de precisión, claridad y evidencias empíricas. La creciente complejidad del conocimiento dentro del campo de la salud y la necesidad de producir publicaciones de alta calidad han impulsado la búsqueda de herramientas que optimicen el proceso de escritura.

La redacción científica, constituye una competencia esencial para los profesionales de la salud, especialmente en un contexto en el que la producción y divulgación del conocimiento es importante para aumentar el conocimiento dentro del marco de la seguridad y de una mayor evidencia. La presión por publicar en revistas indexadas, la necesidad de comunicar hallazgos de forma clara y rigurosa, y la creciente competencia global han motivado la búsqueda de recursos tecnológicos que agilicen este proceso sin comprometer su calidad.

En este contexto, la inteligencia artificial (IA) ha emergido como una aliada estratégica para investigadores y profesionales sanitarios, ofreciendo soluciones para la generación de textos, corrección lingüística, revisión bibliográfica y estructuración de artículos. La IA puede asistir en diversas etapas del proceso de escritura científica, desde la redacción inicial hasta la edición y revisión final.

La integración de la IA en la redacción científica no pretende reemplazar al autor humano, sino complementar sus habilidades mediante el uso de algoritmos capaces de procesar lenguaje natural, sugerir mejoras gramaticales, identificar inconsistencias y facilitar el acceso a literatura relevante. Este apoyo puede ser especialmente útil en el ámbito de la salud, donde la precisión terminológica y la claridad en la transmisión de resultados pueden tener implicaciones clínicas importantes (van Dis et al., 2023).

Es por eso que el objetivo de este artículo es ofrecer una visión general de los principales recursos de IA disponibles para la redacción científica, examinar sus beneficios y limitaciones, y plantear una reflexión crítica sobre su papel actual y futuro en la producción de conocimiento científico dentro del campo de la salud.

### PRINCIPALES HERRAMIENTAS DE IA PARA LA REDACCIÓN CIENTÍFICA

El ecosistema de herramientas de inteligencia artificial aplicadas a la redacción científica se ha expandido rápidamente, abarcando desde modelos generativos de lenguaje hasta asistentes específicos para la edición académica. A continuación, se describen las más relevantes en el ámbito de la salud.

**1. Modelos de lenguaje generativo (ChatGPT, Claude, Gemini, Llama)**

Los modelos de lenguaje de gran escala (LLMs, por sus siglas en inglés) como ChatGPT (OpenAI), Claude (Anthropic), Gemini (Google) y Llama (Meta) permiten generar texto de alta calidad, simular estilos académicos y asistir en tareas como la redacción de introducciones, resúmenes estructurados o cartas de presentación. Estas herramientas funcionan a partir de instrucciones o *prompts* que guían la producción del contenido. En el contexto de la salud, pueden ayudar a elaborar explicaciones de conceptos complejos, formular preguntas de investigación o generar borradores iniciales de artículos, aunque requieren siempre una revisión humana posterior (Gao et al., 2022; Biswas, 2023).

**2. Asistentes de escritura académica (Writefull, Trinka, Grammarly Premium)**

Estas plataformas se centran en la mejora del lenguaje académico en inglés, detectando errores gramaticales, proponiendo mejoras de estilo, ajustando la terminología técnica y evaluando la claridad del texto.

- *Writefull* emplea corpus de artículos científicos para ofrecer sugerencias contextualizadas y validadas en publicaciones previas. Permite incluso evaluar la adecuación de oraciones específicas dentro del discurso científico.
- *Trinka* está especializada en textos médicos y técnicos, con funciones como la corrección de unidades, estilo formal y detección de ambigüedades.
- *Grammarly Premium,* aunque más generalista, ha demostrado ser útil en la mejora de gramática y legibilidad, siendo adoptado ampliamente en entornos académicos (Else, 2023).

**3. Herramientas para la gestión de referencias y búsqueda bibliográfica (Zotero, EndNote, Mendeley con funciones de IA)**

Las soluciones tradicionales para la gestión de referencias están siendo complementadas con funciones de IA.

- *Zotero*, por ejemplo, ofrece extensiones que permiten importar citas desde PubMed, Scopus o Google Scholar de forma automatizada, y sugiere literatura relacionada.
- *EndNote* ha empezado a integrar funciones de autocompletado de citas y recomendación de literatura relevante con base en los documentos previos del autor.

  Estas herramientas ayudan a mantener actualizadas las bibliografías y reducir errores en el citado de fuentes (Shamsi et al., 2022).

**4. Resumen automático y análisis de artículos científicos (Scholarcy, Elicit, Semantic Scholar)**

En la etapa de revisión de literatura, existen herramientas que utilizan IA para acelerar el análisis de grandes volúmenes de información:

- *Scholarcy* es capaz de identificar objetivos, métodos, resultados clave y limitaciones de los artículos, generando resúmenes estructurados útiles para revisiones sistemáticas.
- *Elicit* permite realizar búsquedas semánticas y comparar artículos relevantes a una pregunta de investigación específica, extrayendo variables, tamaños muestrales y conclusiones automáticamente.
- *Semantic Scholar*, impulsado por el Allen Institute for AI, integra métricas de influencia científica y redes de citación, facilitando la exploración de literatura relevante en medicina y biociencias.

**5. Traductores automáticos con especialización científica (DeepL, Google Translate con IA)**

Aunque no son herramientas exclusivas para científicos, los traductores automáticos basados en redes neuronales como *DeepL* Pro han mejorado notablemente en precisión terminológica. Son útiles para la redacción multilingüe o para investigadores no nativos que deseen traducir textos del español al inglés técnico. Se recomienda, no obstante, una revisión final por parte de expertos en redacción científica para garantizar la calidad del resultado.

**6. Detectores y validadores de integridad textual (iThenticate, Turnitin, ZeroGPT)**

Con el incremento del uso de IA, también ha crecido el interés por detectar su presencia en los textos. Herramientas como ZeroGPT o GPTZero estiman si un contenido ha sido generado por inteligencia artificial, mientras que plataformas como iThenticate o Turnitin evalúan la originalidad y el posible solapamiento con textos existentes, ayudando a mantener la ética editorial en publicaciones biomédicas (Liebrenz et al., 2023).

## VENTAJAS E INCOVENIENTES DEL USO DE IA EN LA REDACCIÓN CIENTÍFICA EN SALUD

Las principales ventajas e inconvenientes del uso de la IA en la redacción científica se podrían resumir en estos puntos:

**Ventajas:**

- Eficiencia y productividad: La IA reduce significativamente el tiempo dedicado a tareas repetitivas, como la corrección gramatical, la búsqueda de sinónimos o la generación de citas (Else, 2023).
- Accesibilidad para investigadores no nativos del inglés: Estas herramientas mejoran la calidad lingüística de textos redactados por autores cuya lengua materna no es el inglés, facilitando su aceptación en revistas internacionales (van Dis et al., 2023).
- Asistencia en revisiones sistemáticas: Plataformas como Elicit AI ayudan en la extracción de datos y la identificación de estudios relevantes en revisiones científicas complejas.

**Inconvenientes:**

1-Riesgo de generación de información errónea: Los modelos generativos pueden producir contenidos inexactos o ficticios, especialmente si no se valida su salida con literatura científica real (Liebrenz et al., 2023).

2- Falta de comprensión contextual: Aunque la IA puede emular estructuras académicas, carece de comprensión semántica profunda, lo que limita su uso para redactar secciones interpretativas o de discusión crítica.

3- Aunque estas tecnologías prometen mayor eficiencia y accesibilidad en la redacción, también presentan importantes retos éticos relacionados con la autoría, la transparencia y la posible banalización del conocimiento (Salinas, 2023; Rodríguez & López, 2023).

## CONCLUSIONES

La inteligencia artificial ha introducido una transformación significativa en la forma en que se concibe, redacta y

publica la ciencia, particularmente en el ámbito de la salud. Su uso puede ser altamente beneficioso cuando se emplea de manera crítica, ética y complementaria al trabajo humano. No obstante, su integración debe ir acompañada de formación específica y normativas claras para evitar el uso indebido o la dependencia excesiva.

La inteligencia artificial se está consolidando como una herramienta transformadora en la práctica científica, no solo en la generación de conocimiento, sino también en su comunicación. En el contexto de la salud, donde la precisión, la ética y la claridad son esenciales, la IA ofrece soluciones valiosas para mejorar la eficiencia y calidad del proceso de redacción. No obstante, su uso debe ir acompañado de un juicio crítico y una supervisión consciente por parte del investigador, que sigue siendo el principal responsable de la integridad y validez del contenido (Liebrenz et al., 2023)."

A futuro, es previsible que las herramientas de IA se integren de forma aún más estrecha en los flujos editoriales y científicos, automatizando tareas, pero también planteando nuevas preguntas sobre la autoría, la originalidad y la confianza en los procesos de escritura. Será esencial desarrollar marcos normativos y éticos que orienten su uso responsable y transparente (Nature, 2023).",

En conclusión, la IA representa un recurso poderoso para la redacción científica en salud, siempre que se utilice como un complemento y no como un sustituto del rigor metodológico, la reflexión crítica y la responsabilidad ética que caracterizan a la investigación científica de calidad.

## BIBLIOGRÁFÍA:

*Biswas, S. (2023). ChatGPT and the Future of Scientific Writing. BMJ, 380, p68. https://doi.org/10.1136/bmj.p68*

*Else, H. (2023). Abstracts written by ChatGPT fool scientists. Nature, 613, 423. https://doi.org/10.1038/d41586-023-00056-7*

*Gao, C.A., et al. (2022). Comparing scientific abstracts generated by ChatGPT to original abstracts using an artificial intelligence output detector, plagiarism detector, and blinded human reviewers. medRxiv. https://doi.org/10.1101/2022.12.23.22283968*

*Liebrenz, M., Schleifer, R., Buadze, A., Bhugra, D. (2023). Generative AI in medical writing: Responsible authorship and practical use. The Lancet Digital Health, 5(3), e136–e138. https://doi.org/10.1016/S2589-7500(23)00015-2*

*Nature Editorial. (2023). Tools such as ChatGPT threaten transparent science; here are our ground rules for their use. Nature, 613, 612. https://doi.org/10.1038/d41586-023-00191-1*

*Shamsi, H., et al. (2022). Artificial intelligence in academic writing: The ethical implications. Science and Engineering Ethics, 28(4), 31. https://doi.org/10.1007/s11948-022-00390-2*

*van Dis, E.A.M., et al. (2023). ChatGPT: five priorities for research. Nature, 614, 224–226. https://doi.org/10.1038/d41586-023-00288-9*

*García-Peñalvo, F. J. (2023). La inteligencia artificial en la educación superior: retos y oportunidades. Revista Española de Pedagogía, 81(294), 17–36. https://doi.org/10.22550/REP81-1-2023-01*

*Villanueva, G. (2023). ChatGPT y la inteligencia artificial en la comunicación científica. Revista Comunicar, 31(76), 9–13. https://doi.org/10.3916/C76-2023-01*

*Salinas, J. (2023). La inteligencia artificial y sus implicaciones éticas en la producción académica. Revista Iberoamericana de Educación Superior, 14(41), 3–11. https://doi.org/10.22201/iisue.20072872e.2023.41.832*

*Rodríguez, M. & López, J. (2023). Inteligencia artificial y redacción científica en salud: beneficios y desafíos. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud (ACIMED), 34(2), 1–10.*

# AQUACEL Ag. Surgical

## Más vale prevenir que curar:

El primer paso del tratamiento de las complicaciones del sitio quirúrgico es su PREVENCIÓN

La **PLATA IÓNICA** proporciona:

- **Reducción del número de bacterias**[1]
- Eficacia de amplio espectro[2-4]
- Actividad antimicrobiana sostenida contra los patógenos que causan la ISQ

**Clínicamente probado y fiable:**

- Reducción de ISQ[5,6]
- Reducción de infección periprotésica articular (IPA)[7,8]
- Reducción de flictenas[9,10]
- Reducción de costes[1,3-4,6-9]
- Mejora de la satisfacción de los pacientes[1,3-4,6-12]
- Reducción del tiempo de enfermería[10]

**Mejora la calidad de vida**

**Barrera impermeable, antibacteriana y antiviral**

convatec
— forever caring —

SurgicalSolutions
From ConvaTec

Hydrofiber

AP-60660-ESP-SPAEU-v1 (v1.0)

1. Bowler PG, Parsons D. Combatting wound biofilm and recalcitrance with a novel anti-biofilm Hydrofiber® wound dressing. Wound Medicine. 2016;14:6–11. 2. Jenks PJ, Laurent M, McQuarry S, Watkins R. Clinical and economic burden of surgical site infection (SSI) and predicted financial consequences of elimination of SSI from an English hospital. J Hosp Infect. 2014 Jan;86(1):24-33. 3. Antimicrobial activity and prevention of biofilm reformation by AQUACEL® Ag+ Extra™ dressing. Scientific Background Report. WHRI3857 MA236, 2013, Data on file, ConvaTec Inc. 4. Antimicrobial activity against CA-MRSA and prevention of biofilm reformation by AQUACEL® Ag+ Extra™ dressing. Scientific Background Report. WHRI3875 MA239, 2013, Data on file, ConvaTec Inc. 5. Kuo FC, Chen B, Lee MS, Yen SH, Wang JW. AQUACEL® Ag Surgical Dressing Reduces Surgical Site Infection and Improves Patient Satisfaction in Minimally Invasive Total Knee Arthroplasty: A Prospective, Randomized, Controlled Study. Biomed Res Int. 2017;2017:1262108. 6. Struik GM, Vrijland WW, Birnie E, Klem TMAL. A randomized controlled trial on the effect of a silver carboxymethylcellulose dressing on surgical site infections after breast cancer surgery. PLoS One. 2018 May 23;13(5):e0195715. 7. Cai J, Karam JA, Parvizi J, Smith EB, Sharkey PF. Aquacel surgical dressing reduces the rate of acute PJI following total joint arthroplasty: a case-control study. J Arthroplasty. 2014 Jun;29(6):1098-100. 8. Grosso MJ, Berg A, LaRussa S, Murtaugh T, Trofa DP, Geller JA. Silver-Impregnated Occlusive Dressing Reduces Rates of Acute Periprosthetic Joint Infection After Total Joint Arthroplasty. J Arthroplasty. 2017 Mar; 32(3):929-932. 9. Springer BD, Beaver WB, Griffin WL, Mason JB, Odum SM. Role of Surgical Dressings in Total Joint Arthroplasty: A Randomized Controlled Trial. Am J Orthop (Belle Mead NJ). 2015 Sep;44(9):415-20. 10. Hopper GP, Deakin AH, Crane EO, Clarke JV. Enhancing patient recovery following lower limb arthroplasty with a modern wound dressing: a prospective, comparative audit. J Wound Care. 2012 Apr; 21(4):200-3. 11. Kuo FC, Chen B, Lee MS, Yen SH, Wang JW. AQUACEL® Ag Surgical Dressing Reduces Surgical Site Infection and Improves Patient Satisfaction in Minimally Invasive Total Knee Arthroplasty: A Prospective, Randomized, Controlled Study. Biomed Res Int. 2017;2017:1262108. 12. Bocchiotti MA, Baglioni EA, Spaziante L, Frenello A, Riuka E. Aquacel Surgical Dressing after Thigh Lift: A Case-Control Study. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2016 Sep;4(9):e863

# SATISFACCIÓN PERCIBIDA POR LOS SUPERVISORES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN AL SERVICIO DE FARMACIA COMO MÉTODO DE MEJORA DE LA CALIDAD.

## SATISFACTION PERCEIVED BY NURSING SUPERVISORS WITH THE PHARMACY SERVICE AS A METHOD OF QUALITY IMPROVEMENT.

Autores: MORALEDA TORRES, L.; PEDROCHE MUÑOZ, J.M.; DEL TESO CAÑIBANO, M.V.
Gerencia de Atención Especializada de Toledo.
E-mail: lauramoraledatorres@gmail.com

RESUMEN

Los administradores sanitarios se encuentran a la vanguardia de un campo exigente y transformador. Dentro de este marco de mejora de la calidad se encuentra la farmacia hospitalaria como servicio central de la organización que abastece no solo a clientes externos, sino a profesionales sanitarios que reciben sus servicios como los supervisores de enfermería. El estudio tuvo como objetivo evaluar el grado de satisfacción de los supervisores de enfermería tras una reestructuración del espacio físico y del procedimiento de dispensación del servicio de farmacia hospitalaria como método de mejora de calidad. Para ello se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental con mediciones pre y post-test con un único grupo control. El instrumento de medida fueron dos encuestas auto-administradas (anónimas y voluntarias): una enfocada en el año 2024 y otra dirigida al primer trimestre del 2025 (tres meses después de la reestructuración del área). Los resultados mostraron baja satisfacción en 2024, con un 30.4% calificando el servicio regular y un 17.4% malo, además de frecuentes problemas en la dispensación de botiquines lo cual motivó reformas físicas y logísticas del servicio. Tras estas acciones en 2025, la satisfacción aumentó significativamente y se redujeron los problemas de dispensación y la periodicidad de los mismos. La percepción positiva del personal refleja que las mejoras en infraestructura y procesos son clave para elevar la calidad del servicio.

ABSTRACT

Healthcare administrators are at the forefront of a demanding and transformative field. Within this quality improvement framework, hospital pharmacy is a core service of the organization, supplying not only external clients but also healthcare professionals, such as nursing supervisors, who receive its services. The study aimed to evaluate the level of satisfaction of nursing supervisors following a restructuring of the hospital pharmacy service's physical space and dispensing procedures as a quality improvement method. To this end, a quasi-experimental study was conducted with pre- and post-test measurements and a single control group. The measurement instrument consisted of two self-administered surveys (anonymous and voluntary): one focused on 2024 and the other aimed at the first quarter of 2025 (three months after the restructuring of the area). The results showed that in 2024, satisfaction was low, with 30.4% rating the service as average and 17.4% as poor. Frequent problems dispensing first aid kits prompted physical and logistical reforms to the service. Following these actions, in 2025, satisfaction increased significantly, and dispensing problems and their frequency were reduced. The positive staff perception reflects that infrastructure and process improvements are key to improving service quality.

**Palabras Clave:** Calidad asistencial. Servicio de farmacia hospitalaria.
**Keywords:** Quality of health care. Pharmacy Service Hospital.

### INTRODUCCIÓN

Los administradores sanitarios se encuentran a la vanguardia de un campo exigente y transformador en el cual la búsqueda de la excelencia no es algo negociable (1). Dentro de este marco de mejora de la calidad se encuentra la farmacia hospitalaria como servicio central de la organización que abastece no solo a clientes, sino a profesionales sanitarios que reciben sus servicios como los supervisores de enfermería. En este sentido el estudio se enmarca en la tendencia actual de buscar la excelencia en la gestión sanitaria, donde la participación activa del personal y la evaluación continua son esenciales. La literatura señala que la satisfacción del personal sanitario con los servicios de apoyo, como la farmacia, impacta directamente en la calidad de la atención y en la cultura organizacional (2). La reestructuración de espacios y procedimientos, acompañada de la participación del personal en la evaluación, puede generar cambios positivos en la percepción y en los resultados de calidad.

## OBJETIVO

Evaluar el grado de satisfacción de los supervisores de enfermería tras una reestructuración del espacio físico y del procedimiento de dispensación del servicio de farmacia hospitalaria como método de mejora de calidad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental con mediciones pre y post-test con un único grupo control. El instrumento de medida fueron dos encuestas auto-administradas (anónimas y voluntarias): una enfocada en el año 2024 y otra dirigida al primer trimestre del 2025 (tres meses después de la reestructuración del área). Ambas constaban de cuatro preguntas cerradas con formato tipo Likert más una pregunta abierta para recoger sugerencias. Como indicador de calidad se utilizó el grado de satisfacción global (variable principal de estudio). El análisis estadístico se llevó a cabo a través del software SPSS versión 29.0. Se realizó un análisis descriptivo a través de medidas de tendencia central y dispersión de la distribución de los datos. Al tratarse de variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y proporciones. Se analizó Anova de un factor para la variable de interés con homogeneidad de varianzas por prueba de Levene considerando un intervalo de confianza del 95%.

## RESULTADOS

Recibieron la encuesta un total de 30 supervisores (tasa de respuesta 76.7%). Los resultados obtenidos referentes al año 2024 mostraron una insatisfacción global con el servicio de farmacia: el 30.4% de los supervisores lo calificaron regular y el 17.4% mal. Se evidenció que un 69.6% de los encuestados había presentado algún problema con la dispensación de sus botiquines los cuales, además, se acontecían con una periodicidad ciertamente frecuente (el 50% afirmó ocurrirle una vez a la semana).

Estos datos llevaron a plantearnos reformas físicas y logísticas en la organización del almacén de farmacia, así como el diseño de un formulario para optimizar la dispensación y gestión de los botiquines. Dichas acciones de mejora fueron evaluadas con una nueva encuesta en la cual la satisfacción global con el servicio de farmacia en el primer trimestre del año 2025 fue valorada bien o muy bien por el 82.6% de los encuestados (p=0.001) (Figura 1).

**Figura 1**. Satisfacción global con el Servicio de Farmacia. Año: 2024 – 2025.

Además, descendió el porcentaje relacionado con los problemas de dispensación de botiquines un 13% (p=0.05) (Figura 2);

**Figura 2**. Problemas de dispensación de botiquines. Año: 2024 – 2025.

disminuyó la periodicidad de los mismos un 25% (p=0.023) (Figura 3) y un 91.3% de los encuestados afirmaron haber recibido los pedidos en la fecha pactada (p=0.015).

**Figura 3**. Periodicidad de problemas de dispensación. Año: 2024 – 2025.

## CONCLUSIÓN

El artículo aborda un aspecto fundamental en la gestión sanitaria: la percepción de satisfacción de los profesionales que utilizan los servicios de farmacia hospitalaria, en este caso, los supervisores de enfermería. La satisfacción de estos profesionales no solo refleja la calidad del servicio, sino que también influye en la eficiencia, seguridad y bienestar del entorno hospitalario. La mejora continua en estos servicios es clave para garantizar una atención segura y efectiva, así como la percepción del personal: indicador elemental de la calidad percibida.

Del mismo modo, el estudio demuestra que las acciones de reestructuración física y logística, junto con la implementación de herramientas como formularios de gestión, pueden tener un impacto positivo en la percepción del personal sanitario. Además, la participación activa mediante encuestas permite identificar áreas de mejora y evaluar el efecto de las intervenciones.

Los resultados de nuestro estudio han proporcionado una información útil para evaluar los cambios puestos en marcha. De acuerdo con otros autores, coincidimos en el cambio cultural de las organizaciones sanitarias donde la satisfacción de los propios trabajadores debe considerarse piedra angular para mejorar la calidad[2,3].

## BIBLIOGRÁFÍA:


1. *ISO. Gestión sanitaria: aportar calidad al sector sanitario. [Internet] [Consultado 25/03/2025]. Disponible en: ISO https://www.iso.org/es/sanidad/gestion-sanitaria*
2. *Giménez M., A. y cols. Encuesta de satisfacción al personal facultativo y de enfermería como método de mejora de la calidad de los procesos del servicio de farmacia. Rev Calidad Asistencial. 2008;23(1):3-6*
3. *Izquierdo-García, E., y cols. Satisfacción percibida por los pacientes y por el personal auxiliar de farmacia del área de atención a pacientes externos como método de mejora de la calidad. Rev Calidad Asistencial. 2011;26(3):161-167.*

# CLAVES DEL ÉXITO EN EL POSTOPERATORIO DE ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA: PROTOCOLO ESTANDARIZADO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS PARA UNA RECUPERACIÓN ÓPTIMA Y SEGURA.

## KEY SUCCESS FACTORS IN THE POSTOPERATIVE CARE OF IDIOPATHIC SCOLIOSIS: STANDARDIZED PEDIATRIC INTENSIVE CARE PROTOCOL FOR AN OPTIMAL AND SAFE RECOVERY

Autores: Rodríguez Durán, A; Gómez Soto, S; Hermosilla Lloris, E.
Contacto E- mail:anard1999@gmail.com.

### RESUMEN

La escoliosis idiopática constituye la deformidad vertebral más frecuente en la edad pediátrica siendo por ellonecesario una monitorización en una Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos (UCIP).

El objetivo fue diseñar un plan de cuidados estandarizado que proporcione a los profesionales sanitarios una mayor calidad en la asistencia a estos pacientes.

Para lograr esto, se revisaron las historias clínicas registradas de los pacientes pediátricos intervenidos de una cirugía de columna por escoliosisidiopática que ingresaron en la UCIP del hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba durante el año 2022. Se elaboró un plan de cuidados atendiendo al modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, basándonos en la taxonomía NANDA, NIC, NOC, siendo las principales necesidades alteradas las siguientes: necesidad 2: comer y beber adecuadamente; necesidad 4: moverse y mantener posturas adecuadas; necesidad 5: dormir y descansar y, por último, la necesidad 9: evitar peligros ambientales.

La implantación de dicho plan no solo contribuye a la excelencia clínica, sino que también refuerza el compromiso con una atención humanizada y basada en la evidencia.

### ABSTRACT

Idiopathic scoliosis is the most common vertebral deformity in pediatric age, which is why monitoring in a Pediatric Intensive Care Unit (PICU) is necessary.

The objective was to design a standardized care plan that provides health professionals with higher quality in the care of these patients.

To achieve this, the recorded medical records of pediatric patients undergoing spinal surgery for idiopathic scoliosis who were admitted to the PICU of the Reina Sofía University Hospital in Córdoba during the year 2022 were reviewed. A care plan was developed based on the model of Virginia Henderson's 14 needs, based on the NANDA, NIC, NOC taxonomy, with the main altered needs being the following: need 2: eat and drink properly; need 4: move and maintain proper postures; need 5: sleep and rest and finally, need 9: avoid environmental hazards.

The implementation of this plan not only contributes to clinical excellence but also reinforces the commitment to humanized and evidence-based care.

**Palabras Clave**: Cuidados Postquirúrgicos; Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico; Enfermeras Pediátricas; escoliosis; Terminología Normalizada de Enfermería.

**Keywords**: Postoperative Care; Intensive Care Units, Pediatric; Nurses, pediatric; Scoliosis; Standardized Nursing Terminology.

## INTRODUCCIÓN

La columna vertebral es una estructura fundamental para el cuerpo humano, y su integridad es esencial para el bienestar biopsicosocial de los niños en crecimiento. Las deformidades de la columna, particularmente la escoliosis, representan la mayoría de las solicitudes de tratamiento en el contexto de las patologías músculo esqueléticas pediátricas.

La escoliosis idiopática, que afecta a un porcentaje aproximado de 2 a 3 niños por cada 100, se presenta como una curvatura lateral de más de 10° en las radiografías postero-anteriores y es típicamente asociada a rotación del tronco[1-5].Si atendemos a la evolución temporal de este tipo de patología se desencadena, sin causa visible, durante la infancia o la adolescencia[2]; es decir ésta tiene lugar a una edad temprana: entre los 10-18 años y la madurez esquelética[2,3,4]. Aunque el mecanismo fisiopatológico de la escoliosis continúa siendo desconocido, el factor genético se ha visto implicado en el desarrollo y la progresión de la misma, sin que por el momento se haya determinado cuáles son los genes implicados[6].

La adolescencia constituye una fase crucial en el desarrollo humano, caracterizada por intensos cambios en el ámbito biopsicosocial.Durante este período de crecimiento acelerado y de consolidación de la

identidad, los individuos experimentan una reconfiguración de su autopercepción, la cual se ve influenciada por diversos factores, tanto internos como externos. En este contexto, la aparición de trastornos posturales como la escoliosis no solo afecta las funciones fisiológicas, particularmente a nivel cardiopulmonar y muscular, sino que también incide de manera significativa en la imagen corporal y la percepción del propio cuerpo. La presencia de esta deformidad, especialmente en una etapa tan crítica de desarrollo, puede constituir una experiencia que repercute de forma considerable en la autoestima y la salud mental de los adolescentes, dado que puede alterar profundamente su proceso de construcción identitaria. Por tanto, la escoliosis no solo implica una alteración física, sino que puede tener implicaciones psicosociales de gran relevancia, influyendo en la percepción que el individuo tiene de sí mismo y afectando su bienestar emocional[6,7].

Los tratamientos que han mostrado efectividad real y objetiva para evitar la progresión de una curva escoliótica han sido dos hasta la fecha: ortésico y quirúrgico[8,9]. Los objetivos principales serán: detener la progresión de la curva y mantenerla por debajo de los 30º a la madurez esquelética y alcanzar la máxima corrección tridimensional[8].

En el contexto de la técnica quirúrgica, las intervenciones más habitualmente utilizadas son las técnicas de fusión espinal, las cuales buscan estabilizar la columna vertebral y corregir la curvatura. Éstas obtienen unos mejores resultados en cuanto a la corrección de la escoliosis, pero no están exentas de complicaciones médicas. Se trata de una intervención agresiva con un alto nivel de complejidad, que puede conllevar infecciones, atelectasias, secreción inadecuada de la vasopresina (ADH) (SIADH), embolismo graso, colelitiasis, pancreatitis, síndrome de arteria mesentérica superior, íleo, coagulopatía, neumotórax, quilotórax y hemotórax[10].

Por todo lo anterior, una vez finalizado el proceso de reanimación tras la cirugía, los pacientes en el periodo postoperatorio inmediato deben ser monitorizados en una unidad de cuidados intensivos pediátricos[11]. Al llegar a la unidad, el paciente se encuentra en un lugar nuevo y desconcertante para él, rodeado de personal sanitario, encontrándose en una habitación desconocida, expuesto a ruidos extraños y poco agradables, teniéndose que familiarizar con drenajes, sondas vesicales, catéteres, etc. incluso viendo sus constantes vitales a través de un monitor. A todo esto, se suma un profundo sentimiento de miedo, provocado por el dolor que siente o por la posibilidad de que éste aumente al intentar moverse, factores que pueden influir en el proceso de recuperación del intervenido.

En la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Reina Sofía de Córdoba, se identificó una falta de consenso en las intervenciones empleadas para abordar los problemas derivados del posoperatorio de pacientes sometidos a cirugía para corregir escoliosis, como ocurría a la hora de la movilización del paciente o del abordaje del dolor que sufre por el tipo de cirugía. Para la gestión de este malestar, se pueden implementar tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas[12]. Entre las actividades no farmacológicas, se incluyen técnicas de relajación y distracción, las cuales son estrategias propias del ámbito de la enfermería y están dentro de las competencias profesionales de este colectivo.

En base a todo lo expuesto, se hace necesario establecer un plan de cuidados eficaz y estandarizado adecuado a su situación para evitar y resolver múltiples situaciones que hacen al paciente susceptible de presentar en el postoperatorio inmediato a la cirugía correctora de la escoliosis idiopática.

## OBJETIVOS

**Objetivo General:**

Estandarizar los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos tras cirugía por escoliosis idiopática, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Reina Sofía de Córdoba.

**Objetivos Específicos:**

- Disminuir las principales complicaciones posquirúrgicas en el paciente pediátrico tras la cirugía.

- Mejorar la calidad del cuidado a través de la implementación de la estandarización con el plan de cuidados.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para el desarrollo del plan de cuidados, se conformó un equipo de tres enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Inicialmente, se realizó una revisión bibliográfica sobre planes de cuidados estandarizados implementados en unidades de cuidados intensivos pediátricos, sin encontrar evidencia relevante en la literatura disponible, lo que motivó al equipo a diseñar un plan de cuidados propio, basado en las valoraciones iniciales de los pacientes que habían sido ingresados en dicha unidad.

Se recopiló información de los pacientes intervenidos por cirugía de columna entre enero de 2022 y enero de 2023, cuyas valoraciones se registraron en el sistema informático "Estación Clínica". La muestra obtenida consistió en 22 pacientes, todos ellos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba durante el período mencionado. Las valoraciones iniciales de estos pacientes, basadas en el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, fueron analizadas para identificar los problemas de salud más prevalentes en el postoperatorio inmediato de la cirugía de escoliosis idiopática.

El plan de cuidados se estructuró en torno a las complicaciones más frecuentes observadas en este tipo de intervenciones quirúrgicas, utilizando los diagnósticos de enfermería según los problemas reales o potenciales identificados en los pacientes pediátricos. Los diagnósticos se formularon conforme a la taxonomía NANDA-NIC-NOC[13], y se priorizaron aquellos que estaban más alterados en la mayoría de los pacientes, con el fin de garantizar un enfoque integral y personalizado del cuidado.

## RESULTADOS

Tras la revisión y interpretación de las historias clínicas correspondientes, en las cuales se encuentra registradas la valoración inicial de cada uno de nuestros pacientes pediátricos operados de escolides alteradas. La necesidad de enfermería que afecto a todos los pacientes (100%) y por tanto la que más se vio alterada inmediatamente después del procedimiento quirúrgico fue la necesidad de movimiento y mantenimiento de una postura adecuada. Esto es debido a varios factores como la intervención quirúrgica que afecta directamente a la movilidad y la alineación corporal, el dolor postoperatorio, la limitación funcional y el reposo prologado en cama durante las fases iniciales aumentando así el riesgo de complicaciones. También se alteraron otras necesidades importantes como fueron la necesidad de evitar peligro (70%), la necesidad de dormir y descansar (60%) y la necesidad de comer y beber adecuadamente (50%)

A continuación, en la siguiente tabla se detallan las 14 necesidades valoradas, según modelo de Virginia Hederson, y se resumen cuales se encuentran alteradas y cuales no.

| NECESIDADES BASICAS DE VIRGINA HENDERSON | | |
|---|---|---|
| Necesidad 1 | Respirar normalmente | NO ALTERADA |
| Necesidad 2 | Comer y beber adecuadamente | ALTERADA |
| Necesidad 3 | Eliminar por todas vías corporales | NO ALTERADA |
| Necesidad 4 | Moverse y mantener posturas adecuadas. | ALTERADA |
| Necesidad 5 | Dormir y descansar | ALTERADA |
| Necesidad 6 | Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse | NO ALTERADA |
| Necesidad 7 | Mantener la temperatura corporal dentro de los limites normales | NO ALTERADA |
| Necesidad 8 | Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. | NO ALTERADA |
| Necesidad 9 | Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. | ALTERADA |
| Necesidad 10 | Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. | NO ALTERADA |
| Necesidad 11 | Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias. | NO ALTERADA |
| Necesidad 12 | Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. | NO ALTERADA |
| Necesidad 13 | Participar en actividades recreativas. | NO ALTERADA |
| Necesidad 14 | Aprender, descubrir o satisfacerla curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles. | NO ALTERADA |

Tras la valoración de las necesidades básicas alteradas según modelo de Virginia Henderson, se destacan los siguientes **diagnósticos de enfermería**:

| NECESIDAD 2: Comer y beber de forma adecuada | |
|---|---|
| **NANDA (00028) Riesgo de déficit de volumen de líquidos** R/C pérdida excesiva de líquidos a través de vías no habituales. | |
| **NOC(0413): Severidad de la pérdida de sangre.**<br><br>**Indiciadores:**<br><br>**(41301)** Perdida sanguínea visible<br><br>**(41308)** Hemorragia postoperatoria<br><br>**(41316)** Disminución de la hemoglobina | **NIC (4030:)Administración de hemoderivados.**<br><br>**Actividades:**<br>-Verificar que el hemoderivado se ha preparado y clasificado, que se ha determinado el grupo y que se han realizado las pruebas cruzadas (si corresponde) para el receptor.<br><br>-Verificar que sea correcto el paciente, el grupo sanguíneo, el grupo Rh, el número de unidad y la fecha de caducidad, y registrar según el protocolo del centro.<br><br>-Monitorizar los signos vitales (p. ej., estado basal, durante y después de la transfusión).<br><br>-Monitorizar la aparición de reacciones transfusionales.<br><br>- Registrar el volumen transfundido.<br><br>**NIC (2020): Monitorización de electrolitos.**<br><br>**Actividades:**<br><br>-Reconocer y notificar la presencia de desequilibrios de electrólitos.<br><br>-Observar si hay pérdidas de líquidos y pérdida asociada de electrólitos, según corresponda.<br><br>**NIC (6680) Monitorización de los signos vitales.**<br><br>**Actividades:**<br>-Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.<br><br>-Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.<br><br>-Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.<br><br>**NIC (4140) Reposición de líquidos.**<br><br>**Actividades:**<br>-Administrar líquidos i.v., según prescripción.<br><br>-Monitorizar la respuesta hemodinámica |

| NECESIDAD 4: Moverse | |
|---|---|
| **NANDA (00040) Riesgo de síndrome de desuso R/C** inmovilización | |
| **NOC (0204) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.**<br><br>**Indicadores:**<br><br>**(20401):** Úlceras por presión. | **NIC (3540) Prevención de úlceras por presión.**<br><br>**Actividades:**<br>- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden Q).<br>- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.<br><br>**NIC (0740) Cuidados del paciente encamado.**<br><br>**Actividades:**<br>-Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.<br>-Vigilar el estado de la piel.<br>-Cambiar de posición al paciente, según lo indique el estado de la piel.<br>-Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas. |
| **NANDA (00040) Riesgo de síndrome de desuso R/C** inmovilización | |
| **NOC (0220) Movimiento articular: columna vertebral**<br><br>**Indicadores:**<br><br>**(2200):** Flexión de 90º | **NIC (140) Fomentar la mecánica corporal.**<br><br>**Actividades:**<br>-Colaborar mediante fisioterapia en el desarrollo de un plan para fomentar la mecánica corporal, si está indicado.<br><br>**NIC (1806) Ayuda con el autocuidado: Transferencia.**<br><br>**Actividades:**<br>-Ayudar al paciente a recibir todos los cuidados necesarios.<br>-Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente.<br>-Proporcionar intimidad, evitar corrientes de aire y preservar el pudor del paciente. |

| NECESIDAD 5: Sueño y descanso. | |
|---|---|
| **NANDA (00198) Trastorno del patrón del sueño R/C** el entorno **M/P** ciclo-vigilia sueño no reparador. | |
| **NOC (0003) Descanso.**<br><br>**Indicadores:**<br><br>(303) Calidad del descanso.<br><br>(301) Tiempo del descanso. | **NIC (6482) Manejo ambiental: confort.**<br><br>**Actividades:**<br>• Colocar al paciente en la postura en la que se encuentre más cómodo.<br>• Disminuir la luz artificial en la medida de lo posible.<br>• Ajustar la temperatura de la habitación.<br>• Disminuir el ruido de alarmas y ruido ambiental.. |

## NECESIDAD 9: Evitar peligros.

**NANDA (00146) Ansiedad R/C** dolor **M/P** llano y nerviosismo.

| | |
|---|---|
| **NOC(1212): Nivel de estrés.**<br><br>**Indicadores:**<br><br>**(12122)** Ansiedad.<br><br>**NOC (3003) Satisfacción del paciente/usuario: continuidad de los cuidados.**<br><br>**Indicadores:**<br><br>**(300301)** Coordinación de los cuidados.<br><br>**(300303)** Paciente/familia están incluidos en la planificación de los cuidados.<br><br>**(300311)** El personal proporciona sugerencias de soluciones para preocupaciones y preguntas. | **NIC (7310)Cuidados de enfermería al ingreso.**<br><br>**Actividades:**<br>-Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados.<br>-Realizar la valoración de riesgo al ingresar (p. ej., escala humptydumpty).<br>-Realizar protocolo de acogida (se informa sobre los horarios y régimen de visitas, se le facilita el número de teléfono de la unidad para que llame en cualquier momento si no se encuentran con el paciente…)<br><br>**NIC (6480) Manejo ambiental.**<br><br>**Actividades:**<br>-Crear un ambiente seguro para el paciente.<br>-Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.<br>-Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.<br>-Permitir que la familia/allegado se queden con el paciente.<br><br>**NIC (5270) Apoyo emocional.**<br>**Actividades:**<br>-Comentar la experiencia emocional con el paciente.<br>-Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.<br>-Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. |

**NANDA(00004) Riesgo de infección R/C** procedimiento invasivo.

| | |
|---|---|
| **NOC(1902): Control del riesgo**<br><br>**Indicadores:**<br><br>**(190220)** Identifica los factores de riesgo.<br><br>**(190216)** Reconoce cambios en el estado general de salud. | **NIC (3662)Cuidados de las heridas: Drenajes cerrados.**<br><br>**Actividades:**<br>-Comprobar la permeabilidad, hermeticidad y estabilidad de la bomba y del catéter, teniendo cuidado de no retirar suturas de forma involuntaria, si están presentes.<br>-Monitorizar la presencia de signos de infección, inflamación y molestias alrededor del drenaje.<br>-Colocar el sistema de forma adecuada.<br>-Registrar el volumen y las características del drenaje (p. ej., color, consistencia y olor).<br><br>**NIC (3440) Cuidados del sitio de incisión.**<br><br>**Actividades:**<br>-Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.<br>-Vigilar el proceso de curación en el sitio de l a incisión.<br>-Limpiar desde la zona limpia hacia la zona menos limpia. |
| | **NIC (1876) Cuidados del catéter urinario**<br><br>**Actividades:**<br>-Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones.<br>-Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga.<br>-Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.<br>-Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario.<br>-Observar las características del líquido drenado.<br>- Obtener una muestra de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado.<br>-Asegurarse de retirar el catéter en cuanto esté indicado por el estado del paciente. |

**NANDA(00132) Dolor agudo R/C** cirugía correctora **M/P** expresión facial del dolor y alteraciones de los parámetros fisiológicos.

| | |
|---|---|
| **NOC(2102): Nivel del dolor**<br><br>**Indicadores:**<br><br>**(210206)** Expresión facial del dolor.<br><br>**(210212)** Presión arterial<br><br>**(210211)** Frecuencia cardiaca apical<br><br>**(1608) Control de síntomas**<br><br>**Indicadores:**<br><br>**(160803)** Reconoce la intensidad del síntoma<br><br>**(160809)** Utiliza los recursos disponibles | **NIC (2210) Administración de analgésicos**<br><br>**Actividades:**<br>-Registrar el nivel de dolor utilizando una escala de dolor apropiada antes y después de la administración de analgésicos.<br>- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso, según corresponda.<br><br>**NIC (5820) Disminución de la ansiedad.**<br><br>**Actividades:**<br>-Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.<br>-Escuchar con atención.<br>-Crear un ambiente que facilite la confianza. Dar tiempo al paciente para que realice preguntas y discuta sus inquietudes.<br><br>**NIC (4920) Escucha activa.**<br><br>**Actividades:**<br>-Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura). |

| | |
|---|---|
| | -Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.<br>-Dar tiempo al paciente para que realice preguntas y discuta sus inquietudes.<br><br>**NIC (5900) Distracción.**<br>**Actividades:**<br>-Utilizar las técnicas de distracción.<br>-Individualizar el contenido de la técnica de distracción en función de las técnicas utilizadas con éxito anteriormente y de la edad o el nivel de desarrollo.<br>-Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento, recordar un suceso positivo, centrarse en una fotografía o un objeto neutro, imaginación dirigida o el humor, o bien ejercicios de respiración profunda<br>-Enseñar al paciente los beneficios de estimular varios sentidos (p. ej., a través de la música, contando, viendo la televisión, leyendo, videojuegos o juegos manuales, o con realidad virtual). |

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos evidencian que el dolor agudo es la necesidad más alterada en prácticamente todos los pacientes pediátricos sometidos a cirugía de escoliosis, lo que concuerda con estudios como el de Montero (2019)[15] y el de Pérez y Collegas (2020)[10] donde el 100% de los pacientes evaluados requirieron analgesia de segundo nivel. Esto evidencia que es necesario establecer protocolos individualizados de analgesia combinados con intervenciones no farmacológicas ya que el control analgésico no solo mejora el confort sino también facilita la participación del paciente en las rehabilitaciones[10,12,16].

La movilidad física deteriorada también es un hallazgo constante en la literatura. En un estudio del 2019, se observo que el 100% de los pacientes operados de escoliosis idiopática presentaron incapacidad funcional grave y un dolor intenso[10,15]. Se contrastan con otros artículos como Fernández et al (2019) y Rodríguez et al (2021) respaldan la necesidad del manejo integral del dolor y la movilización temprana, ya que puede aumentar el riesgo de complicaciones secundarias como ulceras por presión (UPP) o complicaciones respiratorias.

En cuanto a la oxigenación, aunque menos frecuente, se observa afectada en un numero significativo de pacientes, sobre todo con deformidades torácicas severas. Sin embargo, si existió diferencias significativas en comparación con nuestro PAE en la necesidad de oxigenación. Estudios reportan complicaciones como atelectasias pueden aparecer hasta en aproximadamente el 10-20% de los pacientes pediátricos[10]. Esto reafirma la importancia de la vigilancia respiratoria y la movilización temprana para prevenir complicaciones.

Las necesidades mas alteradas en los pacientes pediátricos postoperados de escoliosis idiopática son el dolor, la movilidad física y la seguridad. Estos hallazgos refuerzan la importancia de un abordaje de enfermería integral y anticipatorio donde cada necesidad sea evaluada y abordad de forma personalizada para favorecer la recuperación y la calidad de vida del paciente pediátrico y su familia.

El diseño e implementación de un plan de cuidados estandarizado en el posoperatorio inmediato de la escoliosis idiopática representa un avance significativo en la calidad de la atención a los niños hospitalizados. Consideramos fundamental la implantación de este plan en nuestra unidad, ya que ofrece claras ventajas en cuanto a la organización, seguimiento y satisfacción de las necesidades de los pacientes, lo que influye positivamente en su proceso de curación.

Para asegurar una implementación adecuada, se iniciará con sesiones grupales dirigidas al personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, donde se transmitirá la relevancia de aplicar este plan de cuidados y se enfatizará la importancia de satisfacer todas las necesidades del paciente durante este período crítico. Además, se establecerán objetivos y criterios de calidad específicos para evaluar la correcta ejecución del plan y garantizar que se cumplan los objetivos deseados.

Para asegurar la eficiencia y accesibilidad del plan, se procederá a su informatización dentro del programa "Estación de cuidados", lo que permitirá una implementación más ágil y precisa, facilitando su integración en las prácticas diarias de la unidad y favoreciendo la toma de decisiones basada en datos.

A partir del análisis de las necesidades alteradas durante el proceso postoperatorio, se identificaron diversas áreas susceptibles de mejora. A continuación, se proponen futuras líneas de investigación que pueden contribuir a optimizar la calidad del cuidado como son: Intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor utilizando combinación de analgesia farmacológica y no farmacológica (musicoterapia, realidadvirtual, mindfulness) y para reducir la ansiedad y mejorar la adherencia al tratamiento se propone crear materiales educativos visuales e interactivos adaptados a la edad (videos, guías ilustradas).

## BIBLIOGRÁFÍA:


1. *Mahaudens P, Bruyneel A-V. Escoliosis idiopática: evidencias científicas e implicaciones clínicas. EMC - Kinesiterapia - MedFís [Internet]. 2020;41(1):1–14. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s1293-2965(19)43286-6*
2. *Cunin V, Raux S. Escoliosis idiopática en período de crecimiento. EMC - Pediatr [Internet]. 2021;56(3):1–38. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1245178921454818*
3. *Peng Y, Wang SR, Qiu GX, Zhang JG, Zhuang QY. Research progress on the etiology and pathogenesis of adolescent idiopathic scoliosis. Chin Med J (Engl). 2020 Feb 20;133(4):483-493. doi: 10.1097/CM9.0000000000000652. PMID: 31972723; PMCID: PMC7046244.*
4. *Addai D, Zarkos J, Bowey AJ. Current concepts in the diagnosis and management of adolescent idiopathic scoliosis. Childs Nerv Syst. 2020 Jun;36(6):1111-1119. doi: 10.1007/s00381-020-04608-4. Epub 2020 Apr 21. PMID: 32314025; PMCID: PMC7250959.*
5. *Guía de escoliosis: escoliosis idiopática del adolescente [Internet]. Adolescere.es. [citado el 19 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.adolescere.es/guia-de-escoliosis-escoliosis-idiopatica-del-adolescente/*
6. *Carrasco M.ª Isabel Bonilla, Ruiz M.ª Carmen Solano. Vivencias de las jóvenes diagnosticadas de escoliosis idiopática. Enferm. glob. [Internet]. 2016 Oct [citado 2025Ene 27];15(44):37-50. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400002*
7. *Belli, G., Toselli, S., Latessa, PM y Mauro, M. (2022). Evaluación de la autopercepción de la imagen corporal en adolescentes con escoliosis idiopática leve. Revista Europea de Investigación en Salud, Psicología y Educación , 12 (3), 319-333. https://doi.org/10.3390/ejihpe12030023*
8. *Ventura N. Tratamiento de la escoliosis en el niño. An PediatrContin [Internet]. 2010;8(5):250–4. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s1696-2818(10)70044-5*
9. *Marya S, Tambe AD, Millner PA, Tsirikos AI. Adolescent idiopathic scoliosis : a review of aetiological theories of a multifactorial disease. Bone Joint J. 2022 Aug;104-B(8):915-921. doi: 10.1302/0301-620X.104B8.BJJ-2021-1638.R1. PMID: 35909373.*
10. *Pérez-Caballero Macarrón C, Burgos Flores J, Martos Sánchez I, Pérez Palomino A, Vázquez Martínez JL, Álvarez Rojas E, et al. Complicaciones médicas precoces en el postoperatorio de cirugía de escoliosis. AnPediatr (Barc) [Internet]. 2006 [citado el 19 de marzo de 2023];64(3):248–51. Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/es-complicaciones-medicas-precoces-el-postoperatorio-articulo-13085512.*
11. *Haber LL, Womack ED, Sathyamoorthy M, Moss JA, Shrader MW. Who Needs a Pediatric Intensive Care Unit After Posterior Spinal Fusion for Adolescent Idiopathic Scoliosis? Spine Deform. 2018 Mar-Apr;6(2):137-140. doi: 10.1016/j.jspd.2017.08.006. Epub 2017 Oct 5. PMID: 29413735.*
12. *Navarrete-Zampaña MLD, Sellán-Soto MC, Díaz-Martínez ML. Painful experience in adolescents undergoing surgical correction of scoliosis. Enferm Clin (Engl Ed). 2019 Sep-Oct;29(5):297-301. English, Spanish. doi: 10.1016/j.enfcli.2018.10.008.Epub 2019 Jan 24. PMID: 30685342.*
13. *Quintana Teruel B ,Romero Broto N, Sánchez Molina A, Guijo Sánchez E, Ceballos Linares A. Caso clínico: Plan de cuidados de paciente intervenido de escoliosis. Revista Médica y de EnfermeríaOcronos. 2019. Disponible en: https://revistamedica.com/plan-cuidados-paciente-escoliosis/amp/*
14. *NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.nnnconsult.com*
15. *Montero CS, Meneses DA, Alvarado F, Godoy W, Rosero DI, Ruiz JM, et al. Complicaciones postoperatorias del manejo quirúrgico de escoliosis. RevColombOrtopTraumatol [Internet]. 2019;33(3–4):67–72. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.rccot.2020.02.006*
16. *Lee CS, Merchant S, Chidambaran V. Postoperative Pain Management in Pediatric Spinal Fusion Surgery for Idiopathic Scoliosis. PaediatrDrugs. 2020 Dec;22(6):575-601. doi: 10.1007/s40272-020-00423-1. Epub 2020 Oct 23. PMID: 33094437.*

Sevilla 18,19, 20 marzo 2026

XXIV Congreso aeeto

Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia
A.E.E.T.O.

# PROYECCIÓN ENFERMERA: EJERCIENDO EL LIDERAZGO EN C.O.T.

## WWW.AEETO.ES

- Asociaté

**SEDE DEL CONGRESO:**
**HOTEL MELIÁ SEVILLA**

Canal de WhatsApp A.E.E.T.O.
624 116 305

# TRATAMIENTO INVOLUNTARIO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.

## INVOLUNTARY TREATMENT IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Autores: Pacheco Fernández, Nahiara. Enfermera Asepeyo Coslada, Madrid. Máster en Bioética por la Universidad Internacional de Valencia. Máster de Formación Permanente de Enfermería en Salud Mental por la Universidad Pontificia de Salamanca.
Email de contacto: nahiara_pa@hotmail.com

### RESUMEN

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica que actualmente afecta a cerca de 24 millones de personas en todo el mundo. Existen diferentes tipos de tratamiento, pero debido a la severidad de sus síntomas en ocasiones se precisa optar por un tratamiento no consensuado con el paciente, lo que implica un riesgo en el cumplimiento de los derechos humanos y de los principios bioéticos.

Con esta revisión bibliográfica narrativa se pretende analizar el impacto y las implicaciones del tratamiento involuntario en pacientes con esquizofrenia.

A su vez, se van a tratar datos referentes a la prevalencia de adherencia al tratamiento, y prevalencia de la hospitalización involuntaria, además de, los diferentes tipos existentes de tratamiento para la esquizofrenia, una comparación de las políticas actuales de diferentes países que regulan el tratamiento involuntario, y las propias percepciones de los pacientes sometidos a este tratamiento coercitivo, todo ello bajo una perspectiva bioética.

### ABSTRACT

Schizophrenia is a psychiatric disorder that currently affects approximately 24 million people worldwide. Although various treatment modalities are available, the severity of symptoms sometimes necessitates the implementation of non-consensual interventions, which poses significant risks to the protection of human rights and adherence to bioethical principles.

This narrative literature review aims to analyze the impact and implications of involuntary treatment in patients with schizophrenia.

Additionally, it will address data concerning treatment adherence rates and the prevalence of involuntary hospitalization, as well as examine the different existing treatment approaches for schizophrenia. The review will also compare current policies regulating involuntary treatment across various countries and explore the personal perceptions of patients subjected to such coercive measures, all through a bioethical lens.

**Palabras Clave:** Esquizofrenia, tratamiento involuntario, Bioética, derechos del paciente.
**Keywords:** Schizophrenia, involuntary treatment, Bioethics, patient rights.

### INTRODUCCIÓN

Según la última edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, "los trastornos del espectro de la esquizofrenia se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos" (1).

A nivel mundial, la esquizofrenia afecta a aproximadamente 1 de cada 300 personas (0,32%), lo que equivale a cerca de 24 millones de personas que sufren esta patología, la cual no sólo tiene repercusiones para los individuos diagnosticados, sino que también tiene un enorme impacto en sus familias, su entorno social y los sistemas de salud pública a nivel global (2).

Desde el primer diagnóstico conocido de esquizofrenia en 1809, los tratamientos de esta patología han ido evolucionando de la mano de avances tanto en la comprensión de la enfermedad como en las prácticas relacionadas con su manejo clínico. Estos avances en los tratamientos farmacológicos y las terapias psicológicas han permitido mejorar la calidad de vida de muchos pacientes, ofreciendo una mayor estabilidad y control sobre los síntomas (3), sin embargo, a pesar de estos avances, uno de los principales desafíos que persiste en el tratamiento de la esquizofrenia es la adherencia al tratamiento. La no adherencia a las indicaciones terapéuticas sigue siendo una de las barreras más significativas para el manejo adecuado de esta enfermedad; a menudo, los pacientes con esquizofrenia experimentan dificultades para adherirse a la medicación debido a factores como los efectos secundarios que esta produce, la falta de percepción de la enfermedad, la desconfianza hacia la medicación y el personal

sanitario, y las distintas barreras psicosociales que sufren estos sujetos. Este fenómeno no solo está relacionado con el empeoramiento de los síntomas, sino también con altas tasas de recaída, reingresos hospitalarios, y una disminución en los resultados a largo plazo de la salud mental y calidad de vida del paciente. Todos estos efectos adversos pueden llevar a la necesidad de recurrir al tratamiento involuntario (4,5).

El tratamiento psiquiátrico no consensuado, también conocido como involuntario o forzoso, es una práctica que se implementa en situaciones donde los pacientes con enfermedades mentales, debido a su condición, no pueden tomar decisiones informadas acerca de su tratamiento o lo rechazan (6). A su vez, para instaurar este tipo de tratamiento se deben tener en cuenta varios factores claves como son la gravedad clínica (presencia de síntomas psicóticos intensos, conductas autodestructivas o agresivas), posibilidad de ser un riesgo para sí mismo o para otros y presencia de anosognosia, que consiste en la negación de la propia patología neurológica (7). Además, se debe optar por un tratamiento individualizado, debido a que la esquizofrenia no afecta de manera uniforme a todos los pacientes, ya que la severidad de la enfermedad y sus síntomas pueden variar significativamente entre individuos, incluso en un mismo individuo a lo largo del tiempo, implicando que, en algunos momentos, un paciente pueda estar en condiciones de otorgar un consentimiento válido, mientras que en otros momentos no, lo que requiere de un seguimiento constante de su capacidad decisional (8).

Asimismo, la relación entre los servicios de salud mental y la experiencia de los usuarios es otro aspecto clave en el correcto tratamiento de la enfermedad. El acceso a servicios profesionales adecuados y el apoyo social son factores cruciales no solo para reducir las tasas de hospitalización, sino también para mejorar la adherencia a los tratamientos y promover una recuperación más efectiva (9). Por su parte, los profesionales de la salud deben ser conscientes de la vulnerabilidad de estos pacientes, que pueden sentirse incomprendidos, despersonalizados y sin capacidad de decisión sobre su propio tratamiento, y por tanto, deben intentar instaurar una relación terapéutica basada en el respeto mutuo, la empatía y la comunicación abierta (9).

## OBJETIVO PRINCIPAL

Analizar el impacto y las implicaciones del tratamiento involuntario en pacientes con esquizofrenia, considerando los principios bioéticos involucrados.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la prevalencia de la no adherencia al tratamiento y de la hospitalización involuntaria en pacientes con esquizofrenia, así como los factores de riesgo asociados.
2. Evaluar los diferentes tipos de tratamiento en la esquizofrenia.
3. Describir la dimensión bioética en el tratamiento involuntario.
4. Comparar las políticas actuales que regulan el tratamiento involuntario.
5. Examinar las percepciones de los pacientes sobre la involuntariedad y su relación con la experiencia del tratamiento.

## MATERIAL Y MÉTODO

La modalidad de trabajo que ha sido seleccionada para lograr los objetivos planteados fue la revisión bibliográfica narrativa, la cual se llevó a cabo mediante una búsqueda bibliográfica sistemática en algunas de las distintas bases de datos del área de ciencias de la salud cómo PubMed, Dialnet, IBECs, Scielo y el tesauros DeCS. Asimismo, se consultaron diferentes webs oficiales como la Organización Mundial de la Salud y la American Psychiatric Association.

Se incluyeron estudios empíricos y artículos teóricos que abordan tanto la adherencia al tratamiento

como las implicaciones bioéticas del tratamiento involuntario.

En las bases de datos mencionadas anteriormente se utilizaron los siguientes descriptores o palabras clave: esquizofrenia (schizophrenia), tratamiento involuntario (involuntary treatment), tratamiento psiquiátrico involuntario (involuntary psychiatric treatment), Bioética (Bioethics) y derechos del paciente (patient rights). Estos términos fueron combinados mediante operadores booleanos, principalmente el operador booleano AND para poder acceder a la información más específica posible.

Esta búsqueda se llevó a cabo entre los meses de Septiembre de 2024 a Enero de 2025, y para su realización se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

- *Criterios de inclusión:* artículos y publicaciones que traten sobre tratamiento involuntario en pacientes con esquizofrenia, publicados en español o inglés, sin rango de edad de los sujetos, de cualquier zona geográfica.
- *Criterios de exclusión*: artículos y publicaciones con más de 15 años de antigüedad, que no estén basados en bibliografía basada en la evidencia científica.

Aplicando la estrategia de búsqueda basada en los criterios de selección se localizaron 281 documentos, de los cuales, tras ser revisados, fueron escogidos un total de 35 para ser analizados y utilizados en este trabajo.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 1. Prevalencia y factores de riesgo

La no adherencia al tratamiento farmacológico es un fenómeno prevalente entre los pacientes con esquizofrenia, con tasas que varían entre el 30% y el 41% (10,11). Este comportamiento sigue siendo una de las barreras más significativas para un manejo adecuado de la enfermedad, ya que diversos factores como los efectos secundarios de los medicamentos, la falta de conciencia sobre la enfermedad, la desconfianza hacia los tratamientos y los profesionales de salud, así como las barreras psicosociales, dificultan que los pacientes sigan las indicaciones terapéuticas (4,5). Asimismo, es un fenómeno multifactorial influido por variables demográficas, clínicas, psicológicas y sociales. La juventud, el sexo masculino, el bajo nivel educativo, antecedentes psiquiátricos y un nivel socioeconómico bajo aumentan el riesgo de incumplimiento. Clínicamente, los síntomas graves, la comorbilidad con abuso de sustancias y los efectos adversos de los psicofármacos, como la sedación o el aumento de peso, son factores relevantes, así como la complejidad del régimen terapéutico. Además, las creencias negativas sobre la medicación y la falta de apoyo social contribuyen significativamente a este problema (10,11). Los pacientes, por su parte, reportan obstáculos como olvidos, falta de motivación y la ausencia de una mejora inmediata en su condición como razones clave para no seguir consistentemente el régimen farmacológico (12).

Esta destacada no adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia habitualmente desencadena en la necesidad de una hospitalización involuntaria, para un adecuado control de síntomas y la búsqueda de una correcta adherencia al tratamiento (13-18). Se estima que aproximadamente un 35% de los pacientes ingresados con esquizofrenia son hospitalizados de manera involuntaria (13), siendo el promedio de estancia hospitalaria de 30 días (16). Dentro de los factores de riesgo de la hospitalización no consensuada encontramos factores sociodemográficos, clínicos y relacionados con el sistema de salud. Los pacientes jóvenes, hombres, solteros, con bajo nivel educativo o provenientes de entornos rurales y de bajos ingresos presentan mayor riesgo, debido a una mayor vulnerabilidad, menor acceso a servicios adecuados y escaso apoyo social. El estigma familiar y social también contribuye, especialmente cuando se percibe al paciente como un peligro. La falta de redes de apoyo incrementa la probabilidad de readmisión, al dificultar el manejo ambulatorio de la enfermedad. Clínicamente, los trastornos graves

como la esquizofrenia, los síntomas severos, el riesgo de suicidio o agresividad, el rechazo al tratamiento y los antecedentes de hospitalización involuntaria son factores determinantes en la decisión de internar sin consentimiento (13-18).

## 2. Tipos de tratamiento en la esquizofrenia.

La combinación de tratamientos farmacológicos y psicosociales, junto con un seguimiento adecuado, es esencial para optimizar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes (5, 19, 20).

### 2.1. Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico es fundamental en el manejo de la esquizofrenia, con el objetivo principal de controlar los síntomas psicóticos mediante el uso de antipsicóticos, que se dividen en típicos y atípicos. Los antipsicóticos típicos, como el haloperidol, son eficaces contra los síntomas positivos, pero presentan efectos secundarios motores (trastornos extrapiramidales) que pueden afectar la adherencia al tratamiento. Por otro lado, los antipsicóticos atípicos, como la clozapina, risperidona y olanzapina, son mejor tolerados y también efectivos para síntomas negativos como la anhedonia y el aislamiento, aunque pueden causar aumento de peso y trastornos metabólicos. Estos efectos secundarios, si no son adecuadamente gestionados, pueden tener un impacto negativo en la adherencia al tratamiento, lo que pone de relieve la necesidad de una evaluación rigurosa y personalizada del perfil de efectos secundarios en cada paciente, a fin de minimizar su impacto en la calidad de vida del mismo (5, 19).

### 2.2. Tratamiento Psicosocial

El tratamiento psicosocial es un complemento esencial del enfoque farmacológico en la esquizofrenia, ya que aborda aspectos psicológicos, sociales y familiares que influyen directamente en la recuperación y calidad de vida del paciente. Su objetivo es mejorar la integración social y emocional, así como la adherencia al tratamiento. Entre sus componentes clave se encuentra la psicoeducación, que informa al paciente y su entorno sobre la enfermedad, reduce el estigma y fortalece el apoyo familiar. La terapia cognitivo-conductual (TCC) que ayuda a manejar síntomas psicóticos, ansiedad y depresión mediante la reestructuración de pensamientos y conductas. La rehabilitación psicosocial y cognitiva que busca desarrollar habilidades sociales, laborales y de autonomía para facilitar la reintegración social. Y, finalmente, el apoyo social, tanto profesional como familiar, es fundamental para mantener la adherencia al tratamiento y reducir el aislamiento, actuando como un pilar clave en el proceso terapéutico (5, 6, 10, 14, 19, 21).

### 2.3. Tratamiento de Seguimiento

El seguimiento continuo es esencial para mantener la adherencia al tratamiento y ajustar las intervenciones según la evolución del paciente. Esta monitorización permite responder a los cambios en los síntomas y adaptar el tratamiento de forma individualizada. Además, debe incluir evaluaciones periódicas de la capacidad decisional, ya que, si esta se ve comprometida, puede ser necesario un tratamiento involuntario, el cual debe aplicarse solo como último recurso, bajo criterios éticos y con respeto a los derechos del paciente (6, 14, 19, 21).

### 2.4. Modelos de Atención Integral y Enfoque Comunitario

Los modelos de atención integral y comunitaria son una innovación a tener en cuenta en el tratamiento de la esquizofrenia, ya que abordan las necesidades del paciente en su entorno social y familiar, más allá del enfoque exclusivamente institucional. Este enfoque holístico integra recursos médicos, sociales y psicológicos, promoviendo la participación activa del paciente y su reintegración en la comunidad. La colaboración interdisciplinaria y el apoyo familiar y comunitario son claves para diseñar tratamientos personalizados y eficaces. Además, este modelo debe ser dinámico y adaptable a la evolución de los síntomas, favoreciendo la autonomía del paciente y garantizando una atención continua, relevante y centrada en la persona. (6, 9, 14, 22).

## 3. Dimensión bioética en el tratamiento involuntario.

La bioética, al abordar los dilemas del tratamiento involuntario en pacientes con esquizofrenia, exige equilibrar sus principios fundamentales: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (23).

El principal conflicto ético surge entre respetar la autonomía del paciente, comprometida durante episodios psicóticos, y aplicar tratamientos necesarios para su bienestar (beneficencia). Esta tensión obliga a evaluar continuamente la capacidad decisional del paciente y a justificar éticamente cualquier intervención involuntaria, asegurando que sea proporcional, necesaria y con mínimo daño (6, 7, 8, 24, 25).

El principio de justicia por su parte destaca la necesidad de ofrecer atención equitativa y sin discriminación, combatiendo la estigmatización que sufren estos pacientes, y garantizando servicios dignos y accesibles (7, 8, 26).

La no maleficencia recuerda que no basta con procurar el bien; también es esencial evitar daños, en este caso tanto físicos como psicológicos asociados a la desconfianza, ansiedad o pérdida de dignidad, propiciados por el tratamiento coercitivo (6).

Por otro lado, el consentimiento informado, pilar del respeto a la autonomía, se vuelve complejo en pacientes con enfermedades mentales, ya que los síntomas pueden dificultar la comprensión del tratamiento (8, 9, 23, 25, 27). Por ello, debe evaluarse la capacidad cognitiva del paciente en cada fase de la enfermedad (6, 25). En casos de incapacidad, se puede recurrir a la decisión subrogada, es decir, que las decisiones sean tomadas por un familiar o tutor, exigiendo criterios éticos claros, transparencia y respeto por los deseos previos del paciente (6, 9, 23, 25).

Finalmente, la dignidad y los derechos humanos deben ser protegidos en todo momento. La estigmatización social y el trato deshumanizado vulneran gravemente a los pacientes, especialmente durante hospitalizaciones involuntarias. Por tanto, los profesionales deben actuar con respeto, empatía y compromiso ético, asegurando una atención centrada en la persona y su reintegración social, minimizando los efectos negativos del tratamiento involuntario (7, 9, 14, 24, 28, 29).

## 4. Políticas actuales que regulan el tratamiento involuntario.

El tratamiento involuntario de pacientes con trastornos psiquiátricos graves, como la esquizofrenia, constituye una cuestión compleja que involucra no solo factores médicos y éticos, sino también legales. Las políticas que regulan este tipo de tratamiento varían sustancialmente entre países, reflejando distintas tradiciones jurídicas y culturales. Estas políticas buscan equilibrar dos principios fundamentales: la protección de la salud y el bienestar del paciente, por un lado, y el respeto a sus derechos humanos y autonomía, por otro (7, 30-34).

| País | Legislación Principal | Condiciones para el Tratamiento Involuntario | Proceso Judicial y Revisión | Garantías para el Paciente |
|---|---|---|---|---|
| España | Ley 41/2002, Código Civil | El paciente debe estar incapacitado para tomar decisiones debido a trastornos graves. | Decisión validada judicialmente antes de la intervención. | Derecho a ser informado, a recurrir judicialmente y revisión periódica. |
| Reino Unido | Mental Health Act 1983 | El paciente debe ser incapaz de entender la necesidad del tratamiento debido a su enfermedad mental. | Revisión judicial regular. | Derecho a revisión judicial y acceso a alternativas menos restrictivas. |
| Alemania | Código Civil Alemán (BGB), Ley de Salud Mental | Tratamiento involuntario solo si hay un riesgo grave para la vida del paciente o de otros, y si no puede tomar decisiones. | Aprobación judicial previa. | Requiere alternativas menos restrictivas y respeto a la autonomía del paciente. |
| Francia | Ley de 5 de julio de 2011 | Tratamiento involuntario sólo si el paciente no puede consentir debido a su estado mental y existe riesgo para la salud. | Revisión judicial previa y regular. | Información sobre el diagnóstico y alternativas disponibles. |
| EE. UU. | Varía por estado (leyes estatales) | El tratamiento involuntario puede ser permitido si el paciente es un peligro para sí mismo o para otros. | Requiere o no una orden judicial, dependiendo del estado. | Debate constante sobre los derechos individuales y el tratamiento. |
| Canadá | Leyes de Salud Mental Provinciales | El paciente debe ser incapaz de comprender la necesidad del tratamiento y representar un riesgo para sí mismo u otros. | Revisión judicial de la decisión. | Revisión judicial y respeto de los derechos del paciente. |
| Australia | Leyes de Salud Mental Estatales | Tratamiento involuntario si el paciente representa un peligro para sí mismo o para otros debido a un trastorno mental. | Requiere evaluación judicial según el estado/territorio. | Criterios estrictos y revisión de la necesidad del tratamiento. |
| Japón | Ley de Salud Mental y Tratamiento Médico | El paciente debe ser incapaz de consentir debido a su trastorno mental grave. | Procedimiento judicial y revisión de decisiones. | Énfasis en el respeto de la autonomía y dignidad del paciente. |
| China | Ley de Salud Mental de 2012 | El tratamiento involuntario sólo se aplica si el paciente es peligroso para sí mismo o para otros. | Supervisión judicial solo en internamientos prolongados. | Derecho a examen periódico de su situación y revisión cuando recupere la capacidad. |

**Tabla 1**. Tabla comparativa sobre la legislación referente al tratamiento involuntario de los países seleccionados para estudio (elaboración propia basada en 7, 30-34).

## 5. Percepciones de los pacientes.

La experiencia de estos tratamientos suele ser ambivalente: por un lado, muchos pacientes relatan sentimientos negativos como la pérdida de autonomía, impotencia, desesperanza y vulnerabilidad emocional, lo que puede generar consecuencias psicológicas duraderas como ansiedad, depresión o trastornos de estrés postraumático. Esta situación se agrava cuando los pacientes perciben que su identidad se reduce a su diagnóstico, lo que refuerza la despersonalización y la estigmatización, tanto social como autoimpuesta (4, 12, 26, 35).

El entorno institucional y los protocolos rígidos también contribuyen a esta deshumanización, debilitando la relación profesional-paciente, especialmente cuando el trato es percibido como autoritario o poco empático. Esta pérdida de confianza repercute negativamente en la adherencia futura al tratamiento y dificulta la construcción de una alianza terapéutica, fundamental para una recuperación efectiva (26, 27, 29, 35).

Sin embargo, algunos pacientes reconocen beneficios del tratamiento involuntario, especialmente en la reducción de síntomas psicóticos graves. Aunque al inicio se resisten o rechazan la intervención, posteriormente valoran los efectos positivos sobre su estado mental y su calidad de vida. En estos casos, el tratamiento es percibido como una medida necesaria que, a pesar de su carácter coercitivo, les permitió alcanzar una estabilidad que no habrían logrado por sí solos (4, 12).

## CONCLUSIONES

1. La no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia constituye una de las barreras más significativas para el manejo adecuado de la enfermedad, con una prevalencia considerable que varía entre el 30% y el 41%. Este fenómeno se ve influenciado por una variedad de factores que desencadenan que muchos pacientes no logren adherirse al tratamiento, lo cual repercute negativamente en su salud y en la evolución de la enfermedad.

2. La hospitalización involuntaria, presenta una prevalencia estimada en aproximadamente el 35% de los casos de pacientes con esquizofrenia, y los factores de riesgo asociados incluyen características de diversa índole. Estos hallazgos subrayan la importancia de una atención integral que no solo aborde los aspectos médicos del tratamiento, sino que también considere el apoyo social y la educación del paciente, con el fin de reducir la incidencia de la hospitalización involuntaria y mejorar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.

3. El tratamiento de la esquizofrenia debe abordarse de manera integral y personalizada, combinando estrategias farmacológicas, psicosociales y de seguimiento continuo. Además, debemos destacar que la integración de tratamientos comunitarios y la colaboración interdisciplinaria son esenciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir la estigmatización asociada con la enfermedad. Asimismo, es fundamental que se sigan desarrollando alternativas menos invasivas al tratamiento involuntario, siempre que sea posible, para respetar la autonomía del paciente y promover su participación en el tratamiento.

4. La dimensión bioética en el tratamiento involuntario de la esquizofrenia plantea complejos desafíos que requieren un equilibrio delicado entre los principios fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, y una especial atención en aspectos como el consentimiento informado, las decisiones subrogadas, la dignidad del paciente y sus derechos humanos. Además, es esencial que los profesionales de la salud minimicen los efectos adversos y coercitivos de estas intervenciones, garantizando que se lleven a cabo de manera justa, respetuosa y proporcional, considerando siempre el tratamiento involuntario como último recurso cuando no haya alternativas viables para salvaguardar el bienestar del paciente.

5. Aunque las políticas sobre el tratamiento involuntario en pacientes con trastornos psiquiátricos varían entre países, existe un enfoque común de considerar esta medida como excepcional y aplicarla solo cuando el paciente no puede tomar decisiones informadas y representa un riesgo para sí mismo o para otros.

6. Por último, la experiencia de los pacientes sometidos a tratamiento involuntario es compleja y ambivalente. Mientras que la pérdida de autonomía, la alienación y la estigmatización son emociones predominantes, algunos pacientes reconocen los beneficios derivados del tratamiento, especialmente en la reducción de síntomas graves.

## BIBLIOGRÁFÍA:


1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5ta ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2014.
2. Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Health Data Exchange (GHDx). Disponible en: http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/27a7644e8ad28e739382d31e77589dd7
3. OMS. Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis. OMS: Ginebra, 2009.
4. Plahouras, J. E., Mehta, S., Buchman, D. Z., Foussias, G., Daskalakis, Z. J., & Blumberger, D. M. (2020). Experiences with legally mandated treatment in patients with schizophrenia: A systematic review of qualitative studies. European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists, 63(1). https://doi.org/10.1192/J.EURPSY.2020.37
5. Cahaya, N., Kristina, S. A., Widayanti, A. W., & Green, J. (2022). Interventions to Improve Medication Adherence in People with Schizophrenia: A Systematic Review. Patient Preference and Adherence, 16, 2431. https://doi.org/10.2147/PPA.S378951
6. Mandarelli, G., Carabellese, F., Parmigiani, G., Bernardini, F., Pauselli, L., Quartesan, R., Catanesi, R., & Ferracuti, S. (2017). Treatment decision-making capacity in non-consensual psychiatric treatment: a multicentre study. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 27(5), 492. https://doi.org/10.1017/S2045796017000063
7. Saya, A., Brugnoli, C., Piazzi, G., Liberato, D., Ciaccia, G. di, Niolu, C., & Siracusano, A. (2019). Criteria, procedures, and future prospects of involuntary treatment in psychiatry around the world: A narrative review. Frontiers in Psychiatry, 10(APR). https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00271
8. Ramos Pozón, S. (2015). Elementos necesarios al consentimiento informado en pacientes con esquizofrenia. Revista Bioética, 23(1), 20–30. https://doi.org/10.1590/1983-80422015231042
9. Pérez Ayala, M. (2017). Claves éticas en el tratamiento clínico-comunitario de personas con esquizofrenia. Revista de Bioética y Derecho, 41, 171–186. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A., Assefa, N., Tesfaye, G., & Ankomah, A. (2020). Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. Systematic Reviews, 9(1), 17. https://doi.org/10.1186/S13643-020-1274-3
11. Yaegashi, H., Haga, M., Misawa, F., Mizuno, Y., Suzuki, T., & Takeuchi, H. (2024). Intentional non-adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia. Schizophrenia Research, 274, 427–432. https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2024.10.018
12. Simmons, A., O'Sullivan, A. K., Carpenter-Conlin, J., Carty, M. K., Saucier, C., & McDonnell, D. (2024). Using qualitative exit interviews to explore schizophrenia burden and treatment experience in clinical trial patients. Frontiers in Psychiatry, 15, 1377174. https://doi.org/10.3389/FPSYT.2024.1377174/FULL
13. Ma, H. J., Zheng, Y. C., Shao, Y., & Xie, B. (2022). Status and clinical influencing factors of involuntary admission in chinese patients with schizophrenia. BMC Psychiatry, 22(1), 818. https://doi.org/10.1186/S12888-022-04480-3
14. Geng, F., Jiang, F., Conrad, R., Liu, T., Liu, Y., Liu, H., & Tang, Y. L. (2020). Factors Associated With Involuntary Psychiatric Hospitalization of Youths in China Based on a Nationally Representative Sample. Frontiers in Psychiatry, 11, 607464. https://doi.org/10.3389/FPSYT.2020.607464
15. O'Callaghan, A. K., Plunkett, R., & Kelly, B. D. (2022). The association between objective necessity for involuntary treatment as measured during admission, legal admission status and clinical factors in an inpatient psychiatry setting. International Journal of Law and Psychiatry, 81, 101777. https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2022.101777
16. de Giorgi, F., Menculini, G., Barbi, M., Cardelli, M., Zebi, L., Amantini, K., et al. (2013). Duration of Involuntary Treatment in a Psychiatric Inpatient Unit: the experience of Umbria, Central Italy - PubMed. Psychiatr Danub., Suppl 2, 375–382. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37800259/.
17. Kaikoushi, K., Middleton, N., Chatzittofis, A., Bella, E., Alevizopoulos, G., & Karanikola, M. (2021). Socio-Demographic and Clinical Characteristics of Adults With Psychotic Symptomatology Under Involuntary Admission and Readmission for Compulsory Treatment in a Referral Psychiatric Hospital in Cyprus. Frontiers in Psychiatry, 12, 602274. https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.602274
18. Arnold, B. D., Moeller, J., Hochstrasser, L., Schneeberger, A. R., Borgwardt, S., Lang, U. E., et al. (2019). Compulsory Admission to Psychiatric Wards–Who Is Admitted, and Who Appeals Against Admission? Frontiers in Psychiatry, 10, 544. https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00544
19. Pérez C. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. Rev Enferm Salud Ment. 2015; 1: 16-22. doi: 10.5538/2385-703X.2015.1.16.
20. Luppa, C. A. (2024). Involuntary medication treatment of schizophrenia in the inpatient setting. The Mental Health Clinician, 14(6), 321. https://doi.org/10.9740/MHC.2024.12.321
21. McCreath, J., Larson, E., Bharatiya, P., Labanieh, H. A., Weiss, Z., & Lozovatsky, M. (2017). Long-acting injectable antipsychotics for schizophrenia: Sociodemographic characteristics and treatment adherence. Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 19(1). https://doi.org/10.4088/PCC.16M02005
22. Schöttle, D., Ruppelt, F., Schimmelmann, B. G., Karow, A., Bussopulos, A., Gallinat, J., et al. (2019). Reduction of Involuntary Admissions in Patients With Severe Psychotic Disorders Treated in

*the ACCESS Integrated Care Model Including Therapeutic Assertive Community Treatment. Frontiers in Psychiatry, 10(OCT), 736. https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00736*

23. *Ramos Pozón, S. (2015). Las decisiones subrogadas en pacientes con esquizofrenia. Revista de Bioética y Derecho, 33, 68–81. https://doi.org/10.4321/S1886-58872015000100007*

24. *Pérez Ayala, M. (2017). Claves éticas en el tratamiento clínico-comunitario de personas con esquizofrenia. Revista de Bioética y Derecho: Publicación Del Máster En Bioética y Derecho, ISSN-e 1886-5887, No. 41, 2017, Págs. 171-186, 41, 171–186. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6299502&info=resumen&idioma=SPA*

24. *Ramos Pozón, S., & Román Maestre, B. (2014). Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía. Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría, ISSN 0211-5735, Vol. 34, No. 121, 2014, Págs. 21-35, 34(121), 21–35. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4638988&info=resumen&idioma=ENG*

26. *Kisely, S. R., Campbell, L. A., & O'Reilly, R. (2017). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(3), CD004408. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004408.PUB5*

27. *Aftab, A., LaGrotta, C., Zyzanski, S. J., Mishra, P., Mehdi, S. M. A., Brown, K., et al. (2019). Impact of Psychiatric Hospitalization on Trust, Disclosure and Working Alliance with the Outpatient Psychiatric Provider: A Pilot Survey Study. Cureus, 11(4), e4515. https://doi.org/10.7759/CUREUS.4515*

28. *Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. Disponible en: https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights*

29. *Plunkett, R., & Kelly, B. D. (2021). Dignity: The elephant in the room in psychiatric inpatient care? A systematic review and thematic synthesis. International Journal of Law and Psychiatry, 75, 101672. https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2021.101672*

30. *España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, 2002, nov 15; 274: 40360-40363.*

31. *Reino Unido. Mental Health Act 1983. London: HMSO; 1983.*

32. *Alemania. Código Civil Alemán (Bürgerliches Gesetzbuch, BGB). 5.ª ed. Berlín: Deutscher Taschenbuch Verlag; 2008.*

33. *Alemania. Ley sobre la ayuda a la atención y tratamiento de personas con enfermedades mentales (Psychisch-Kranken-Gesetz, PsychKG). Berlín: Deutscher Taschenbuch Verlag; 1976.*

34. *Francia. Ley n° 2011-803 de 5 de julio de 2011 relativa a los derechos de los pacientes en psiquiatría. JORF, 2011, 6 jul; 0153: 11194-11199.*

35. *Duque, H., Aristizábal Diaz-Granados, E. T., & Suárez Colorado, Y. (2021). Análisis fenomenológico interpretativo de la experiencia de hospitalización en personas con diagnóstico de esquizofrenia. Duazary, 18(4), 383–395. https://doi.org/10.21676/2389783X.4383*

MBA®
SURGICAL EMPOWERMENT

# LA GAMA MÁS COMPLETA DE SOLUCIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO

## VENAFLOW® Elite

### Los primeros en la prevención de la trombosis venosa profunda

Único dispositivo que combina terapia de inflado rápido e inflado lento

Efecto fibrinolítico

Tratamiento de la TVP imitando la deambulación del paciente

AIRCAST®

## geko™ circulation support

### Estimulación del nervio peroneo común con tecnología OnPulse™

Indicado y avalado por la guía NICE (MTG19) en pacientes en los que puede estar contraindicado utilizar medicamentos o profilaxis mecánica

firstkind
*living* science

**60%**
El aumento del flujo sanguíneo es igual al 60% del flujo al caminar sin que el paciente tenga que moverse

**Cero**
Sin cables ni electrodos
Pequeño, ligero y cómodo
Silencioso

**10g**
Solo pesa 10 g
Rápido y fácil de colocar

# Gijón acoge con éxito el XXIII Congreso Nacional de la AEETO: "Enfermeras de COT en la piel del Paciente"

La ciudad de Gijón se convirtió en el epicentro de la enfermería traumatológica y ortopédica al albergar el XXIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia (AEETO) los días 12, 13 y 14 de marzo de 2025. El evento congregó a más de 300 profesionales en un ambiente de colaboración y aprendizaje, marcado por la cálida acogida institucional del Excelentísimo Ayuntamiento y el Colegio Oficial de Enfermería del Principado de Asturias (CODESA), así como por la activa participación de los profesionales locales.

Bajo el lema "Enfermeras de COT en la piel del Paciente", el congreso puso de manifiesto la esencia del cuidado, el paciente y la empatía en un contexto de constante avance y especialización de la enfermería.

La jornada del 12 de marzo se inició con una valiosa actividad precongreso dirigida a la ciudadanía en el Centro Municipal El Soto. Las expertas Dña. Laura Sánchez Barrio y Dña. Andrea Cantón Álvarez ofrecieron la charla "Recupera tu ritmo. El adulto mayor tras una fractura de cadera", abordando en detalle las fracturas de cadera, el proceso quirúrgico y la rehabilitación, e incluso proporcionando instrucción práctica sobre el uso de dispositivos de apoyo.

El Acto Inaugural dio paso formal al congreso con la presencia de destacadas personalidades, incluyendo a la Excelentísima alcaldesa de Gijón, Dña. María del Carmen Moriyón Entrialgo; el presidente de CODESA, D. Esteban Gómez Suárez; el presidente de AEETO, D. Herminio Sánchez Sánchez; y la presidenta del Comité Científico, Dña. Ana Isabel Rodríguez Herruzo, quienes resaltaron la importancia de estos encuentros para el desarrollo de la profesión.

La ponencia inaugural, titulada "En la piel del paciente", fue presentada por D. Herminio Sánchez Sánchez y desarrollada por Dña. Raquel Polo Hernández, cuyo emotivo testimonio sobre su experiencia personal como madre y enfermera de una hija enferma generó una profunda conexión con la audiencia.

El programa científico se articuló en diversas áreas temáticas y mesas redondas, facilitando el intercambio de conocimientos y experiencias. El Área Temática I: "El arte de unir calidad, seguridad y evidencia", moderada por Dña. Alicia Peña Rodríguez, se centró en la crucial intersección entre la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la práctica basada en la evidencia. Contó con la ponencia de Dña. Covadonga Río Álvarez sobre la "Optimización de la Gestión de Instrumental COT como estrategia de seguridad" y la presentación de Dña. Lucía García Martínez acerca del "Objetivo calidad asistencial: Evitar complicaciones y reducir riesgo. Desde la mirada del paciente". La Mesa Redonda I, moderada por Dña. Paula Isabel Fernández Vega, permitió a los congresistas compartir sus trabajos científicos en esta área.

La jornada del 13 de marzo se centró en el paciente y la complejidad de los procesos quirúrgicos. La Mesa Redonda II: "El paciente en el Centro de los Cuidados", moderada por Dña. M. Cruz Villalpando Guedón, dio voz a las investigaciones de los asistentes, subrayando la importancia de la atención centrada en las necesidades y la perspectiva del paciente. El Área Temática II: "Enfermeras ante la Complejidad de los Procesos quirúrgicos en COT", moderada por Dña. Teresa Flórez Gómez, abordó los desafíos y las estrategias de la enfermería en el manejo de intervenciones quirúrgicas complejas, incluyendo la ponencia conjunta de Dña. Judith Zunino Garayalde y Dña. Alicia Alba López sobre el

uso del "Team meeting y briefing en cirugía de alta complejidad en traumatología", y la presentación de Dña. Andrea Hernández Arroyo sobre la "Implementación del programa vía rica en cirugía compleja de raquis".

El Área Temática III: "Cuidados pediátricos en COT", moderada por D. Jorge de la Vega García, se enfocó en las particularidades de la atención enfermera a pacientes infantiles con patologías traumatológicas y ortopédicas, incluyendo aspectos emocionales y de acompañamiento familiar. Dña. Aránzazu San Miguel Fuentes y Dña. María del Carmen García Retorta compar-tieron su experiencia en la "Presencia enfer-mera Pre-post quirúrgica en pacientes infantiles con osteosar-coma", mientras que Dña. María del Mar González Fernández-Conde ofreció una importante perspectiva sobre el "Abordaje del maltrato en la Infancia y adolescencia desde los servicios de traumatología". La Mesa Redonda III, moderada por D. Miguel Ángel Díaz Sánchez, se centró en los avances quirúrgicos, en paralelo a la defensa de los primeros pósteres científicos.

La tarde del 13 continuó con la Mesa Redonda IV: "Innovación en los cuidados en COT", moderada por D. Miguel Magaz García, y la defensa de los pósteres restantes, destacando la incorporación de nuevas tecnologías y enfoques en la práctica enfermera. Los talleres, bajo el título general "Tecnología al servicio de los cuidados", ofrecieron formación práctica en diversos ámbitos: "Higiene de la herida" (D. Borja González Suárez), "Fijación externa en trauma" (Dña. María Isabel González López, Dña. Mará Beatriz Mansilla González y D. Juan José González Llaneza), "Proyecto 4S" (Dña. Ana Villar Loureiro), "¿Por qué se estropean mis motores?" (Dña. Alejandra Ariza Rodríguez) y "Terapia de presión negativa pico" (Dña. Ana Egocheaga Rodríguez).

El último día del congreso se inició con la Mesa Redonda V: "Estrategias de mejora en los cuidados en COT", moderada por Dña. Esther García Romanillos, donde se exploraron diferentes enfoques para optimizar la atención enfermera en traumatología y ortopedia. El Área Temática IV: "Liderazgo y Legislación de los procesos en COT", moderada por D. Ildefonso Ibáñez Praena, puso de relieve la importancia del liderazgo enfermero en la gestión hospitalaria y la comprensión del marco legal que rige la práctica asistencial, incluyendo la ponencia de D. Manuel Ibáñez Pardo titulada "Hablemos de Trenes" sobre la gestión bajo el liderazgo enfermero, y la presentación de Dña. María Asunción González de la Viuda sobre "Mi trabajo y los pacientes a la luz de la ley".

El Área Temática V: "Cuidados de las heridas: Formación enfermera", patrocinada por Convatec y moderada por Dña. Mónica García Fernández, se centró en la actualización de conocimientos y la mejora de las habilidades en el manejo de heridas en el ámbito de la traumatología y ortopedia, incluyendo la ponencia de D. Rubén Prieto Sánchez sobre "Rompiendo mitos de la herida quirúrgica en COT" y la presentación de Dña. Elena María Rozado Gutiérrez sobre "Precauciones básicas en el cuidado de las heridas: Recomendaciones “No hacer”".

El Área Temática VI: "Enfermeras en el Campo de Juego", moderada por Dña. Margarita Burgueño Declara, exploró el rol específico y las competencias de la enfermería en la atención de lesiones deportivas en el entorno del fútbol, a través de las ponencias de D. Juan Manuel Molina Arévalo sobre "Cuidados Enfermeros a pie de campo. Calienta que sales" y de D. Óscar Vega Palencia sobre "Cuidados de enfermería en un torneo de fútbol".

Los talleres de la última jornada, bajo el título "Hacia la excelencia en los cuidados", abordaron temas como "Relevancia de los grupos de acceso vascular en los equipos de cirugía séptica en COT" (D. Luis Jonathan Gutiérrez Fernández), un "Escape room: Unidad de enfermería de traumatología" (Dña. Covadonga García Vega y Dña. Marta Castañeda Ávila), "Vendaje funcional y neuromuscular en el tratamiento del esguince de tobillo grado I y II" (D. Juan Manuel Molina Arévalo y D. Óscar Vega Palencia), "Control de hemorragias” (Capitán enfermera Dña. María Jesús Hernández Goñi), "Movilización de circunstancias” (Comandante enfermero D. Valentín González Alonso) y "Actuación ante un tirador activo” (Teniente coronel enfermera Dña. María del Carmen Usero Pérez).

La Ponencia de Clausura, presentada por Dña. María Elena Miguel Poza y a cargo de D. Federico Juárez Granados, ofreció una visión sobre la "IA y Enfermería: La ola que viene", generando un interesante debate sobre el futuro de la profesión.

El Acto de Clausura y Entrega de Premios Científicos, presidido por D. Esteban Gómez Suárez, D. Herminio Sánchez Sánchez y Dña. Ana Isabel Rodríguez Herruzo, reconoció la excelencia en la investigación enfermera. Los galardonados fueron:

- Mejor Comunicación Científica – Comité Científico: "Evaluación de la implantación de una Guía de Buenas Prácticas: Prevención de caídas y de lesiones derivadas en el ámbito hospitalario", de Marta Castañeda Ávila. Este trabajo fue valorado por su enfoque en la seguridad del paciente, el uso de herramientas basadas en evidencia y su aplicabilidad clínica.

- Mejor Póster – Comité Científico: "Del fenol al argón: un antes y un después en los cuidados de enfermería", de María Amaika Carrió del Pozo. Este trabajo destacó por su innovación tecnológica y su impacto positivo en la calidad de los cuidados.

- Mejor Póster – Votación del Público Congresista: "¡Humo quirúrgico, el enemigo invisible!", de Miguel Magaz García. Este premio reconoció la sensibilización sobre los riesgos del entorno quirúrgico y la necesidad de medidas preventivas.

- Premio Honorífico AEETO: Ana María Sarmiento Jáñez, enfermera jubilada del Hospital de Jove (Gijón), reconocida por su trayectoria profesional, liderazgo asistencial y contribución al desarrollo de la enfermería en Traumatología y Ortopedia. Inés del Mar Sande García resaltó su legado profesional y humano.

El congreso también tuvo una notable presencia en redes sociales, generando una importante interacción y alcanzando relevancia local a través de los hashtags #AEETO25, #CongresoAEETO2025, #EnfermeríaCOT y #CuidarConCiencia.

Las encuestas de satisfacción y evaluación de conocimientos reflejaron una alta valoración del congreso y un elevado nivel de aprendizaje por parte de los asistentes, quienes destacaron especialmente las ponencias sobre seguridad del paciente, legislación, liderazgo e inteligencia artificial.

La organización del XXIII Congreso Nacional de la AEETO fue posible gracias al valioso apoyo de diversas entidades colaboradoras y organismos institucionales, a quienes la asociación expresó su profundo agradecimiento.

En definitiva, el Congreso 2025 de la AEETO se consolidó como un espacio fundamental para la actualización, el intercambio de conocimientos y el fortalecimiento de la enfermería traumatológica y ortopédica, reafirmando el papel crucial de estos profesionales en la atención integral del paciente. La AEETO extendió su agradecimiento a todos los participantes, ponentes, entidades colaboradoras e instituciones, así como al equipo organizador y a la ciudad de Gijón por su magnífica acogida.

## Somos conscientes de la importancia de la prevención de las complicaciones del sitio quirúrgico, especialmente en pacientes de alto riesgo. Por eso nos complace compartir un documento de consenso (Figura 1) diseñado para comprender la función de la terapia de presión negativa (TPN).

Este protocolo, publicado en el documento de consenso de la WUWHS, explica la función de la terapia de presión negativa (TPN) en el tratamiento de las incisiones quirúrgicas cerradas, ayudando a reducir las complicaciones del sitio quirúrgico (CSQ)[1].

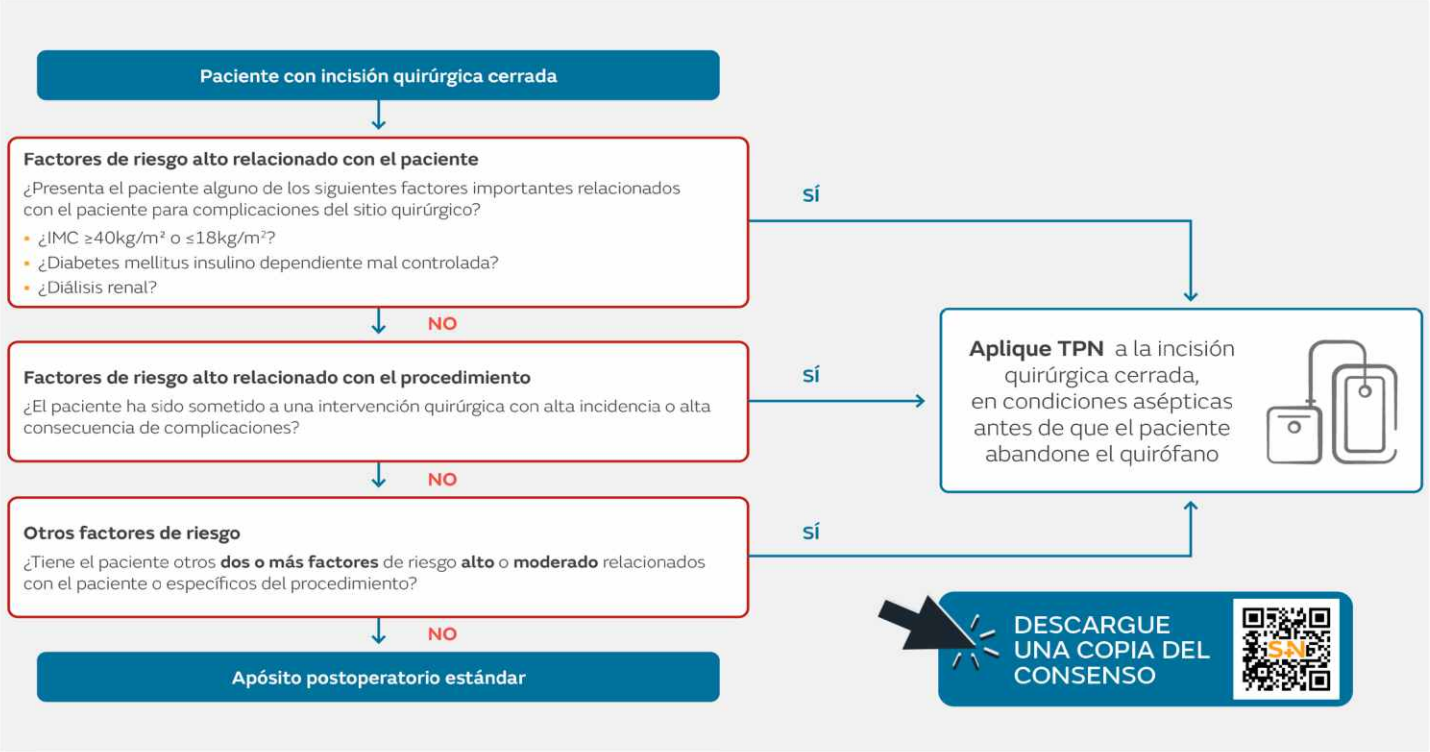


*Figura 1: Publicado en el documento de consenso de WUWHS sobre el tratamiento de las incisiones quirúrgicas cerradas: Entendiendo la función de la TPN (Understanding the Role of NPWT).*

Explore nuestra evidencia clínica en cirugía ortopédica.
Reconsidere hoy mismo su programa de gestión de incisiones.

ACCEDA A NUESTRO COMPENDIO CLÍNICO DE PICO® TPN

Referencias
1. Evidence analysis report; EA/AWM/PICO/030/v3
2. WUWHS Consensus document; Closed surgical incision management: Understanding the role of NPWT Wounds International 2016

Para obtener información detallada sobre el producto, incluidas indicaciones de uso, contraindicaciones, precauciones y advertencias, consulte las instrucciones de uso (IFU) del producto antes de utilizarlo. Es posible que los productos no estén disponibles en todos los mercados, ya que su disponibilidad está sujeta a las prácticas reguladoras y/o médicas de cada mercado. Póngase en contacto con su representante o distribuidor de Smith+Nephew si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de los productos de Smith+Nephew en su zona.

®Marca comercial de Smith+Nephew.
Todas las marcas comerciales reconocidas. ©2025 Smith+Nephew. Todos los derechos reservados.
Puede encontrar los términos de uso, la información sobre privacidad y de cookies de nuestro sitio web online.

Smith+Nephew, Av. Baix Llobregat, 30
08950 Esplugues de Llobregat, (Barcelona), España
AWM-AWD-47714 Gestion_incision_NICE_SEECIR_0625_v2

¿NECESITAS CONTACTAR O MÁS INFORMACIÓN?

# XIX Curso de Actualización de Instrumentación en Cirugía Ortopédica y Traumatología

# AEETO 2025

Sala Ortiz Vázquez (Hall del Hospital General)
Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana 261 (Madrid 28046)
Imprescindible para el aprovechamiento del Curso: Haber realizado el Curso Básico previamente y/o tener experiencia en Quirófano de Traumatología.

Hospital Universitario La Paz 60 años

## Solicitada acreditación C.F.C Información en www.aeeto.es

**22 de Octubre de 2025**
15:00h Presentación del Curso
15:15h Evaluación inicial de conocimientos
15:30h Osteosíntesis. Estabilidad relativa
16:00h Vendaje Neuromuscular aplicado a los cuidados en Traumatología
16:30h Introducción a la Investigación Enfermera
17:00h. DESCANSO
17:30h – 19:30h TALLERES:
• Osteosíntesis. Estabilidad relativa
• Vendajes Neuromusculares

**23 de octubre 2025**
9:00h Recambio de Prótesis de Cadera y Rodilla
9:30h Cirugía de Columna: ALIF, XLIF y C Cervical
10:15h Reimplantes y Reconstrucciones de miembros
10:45h Tecnología en Tratamiento Tumores. RIO (Radioterapia Intraoperatoria)
11:15h DESCANSO
11:45h –13:45h TALLERES:
• Recambio de Prótesis de Cadera y Rodilla
• Cirugía de Columna

14:45 Cifoplastia. Camino Morales Marcos 15:15h Artroplastia en art. de mano
16:00h Procedimientos quirúrgicos del pie
16:30h Banco de Tejidos
17:00h DESCANSO
17:30h-19:30h TALLERES:
• Cifoplastia
• Artroplastias en articulaciones de la mano

**24 de Octubre de 2025**
9:00h Prótesis de hombro
9:30h Cirugía Robótica en rodilla
10:15h Cirugía Ortopédica y Traumatología Infantil
11:15h DESCANSO
11:45h –13:45h TALLERES:
Prótesis de hombro
Cirugía Robótica en rodilla

14:45h Artroscopia de rodilla: Reconstrucción de LCA
15:15h Artroscopia de hombro: Sutura
15:45h Artroscopia de codo, muñeca, tobillo y cadera
16:30h DESCANSO
17:00–19:00h TALLERES:
• Reconstrucción de LCA
• Artroscopia de hombro

Evaluación final de conocimientos

**Precio Curso:**
- **120€ socios A.E.E.T.O.**
- **150€ No asociados**

2 Becas socios A.E.E.T.O.: enviar solicitud a info@aeeto.es adjuntar cv
2 Becas Hospital donde se realiza el curso

¡Plazas limitadas! ¡Riguroso orden de inscripción!
WhatsApp AEETO: 624 116 305

*inscríbete aquí*

CUENTA DE AEETO:
Banco Santander Central Hispano: ES68-0049-0912-10-2110274588

Para confirmar la inscripción es necesario abonar la matrícula y enviar copia de transferencia a: info@aeeto.es
La cumplimentación de la reserva online exclusivamente. No confiere carácter de reserva formal.

Solicita tu
**BECA**
de 100€
AHORA

**Si eres soci@,**
solicita el código
de descuento a
través de
**info@aeeto.es**

# EXPERTOS
## ENFERMERÍA

**Mejora**
**tu formación** con
un Experto adaptado
a ti, pudiendo elegir
entre una amplia
variedad de áreas
de conocimiento

- 4 meses de formación
- 20 ECTs
- 3 Convocatorias anuales

Solicítanos
información
692 063 088
info@salusplay.com

# MÁSTERES
## ENFERMERÍA

**Aumenta tus**
**Conocimientos**
**y Méritos** para
obtener una
mejor posición
en la bolsa de
trabajo u oposición

Solicita tu
**BECA**
de 500€
AHORA

- Título propio
- 60 ECTs
- Profesorado Top

salusplay
www.salusplay.com

**Si eres soci@,**
solicita el código
de descuento a
través de
**info@aeeto.es**

- » Gestión y Liderazgo
- » Cuidados Intensivos
- » Lactancia Materna
- » Urgencias y Emergencias
- » Quirófano y Anestesia
- » Gerontología
- » Competencias Digitales en Salud....

Solicítanos
información
692 063 088
info@salusplay.com

# Ventajas Asociados A.E.E.T.O.

**Cuota Anual Asociado A.E.E.T.O. 35€**

**Cuota Anual Asociado A.E.E.T.O. 55€ (No residentes en España)**

## Publicaciones A.E.E.T.O.

- Acceso a las Publicaciones A.E.E.T.O. 2007/2025
- Acceso restringido con Usuario y Contraseña

## Becas Congresos YCursos

- Acceso a Becas de Inscripción A.E.E.T.O. Importe 100%
- Si permanencia>4 años
- No pudiendo obtar en mas de una ocasión al mismo tipo de beca ya otorgada
- Reducción cuota de inscripción para todos los socios

## Ventajas Adiccionales

Acceso A Sección Quirúrgica A.E.E.T.O.
Acceso Recursos Documentales de Salusplay
Descuentos Cursos y Máster Salusplay

# Normas de Publicación Infotrauma

Serán publicados en InfoTrauma aquellos trabajos enviados y que obtengan respuesta de aceptación. Se enviarán directamente a infotrauma@aeeto.es

- Los autores ceden los derechos de publicación a InfoTrauma desde el momento del envío voluntario de sus trabajos a la revista.
- El envío de trabajos a InfoTrauma implica la aceptación de las normas de presentación.
- Corrección alfabética y de estilo a cargo de los autores.

## Formato de envío artículos

Fuente de letra Word letra Times New Roman tamaño 10, máximo 5 páginas. Se pueden incluir imágenes gráficos y/o tablas ilustrativas. (Referenciar el orden en el texto. todas las figuras, esquemas o fotos deben llevar un numero de orden y una leyenda explicativa, ambas a pie de figura o foto.). Estas ilustraciones serán imágenes electrónicas formato JPEG.
**Abstenerse de insertar notas a pie de páginas.**

## Estructura de presentación trabajo-Artículo científico:

### 1. Título y Autor/res:

Título completo del trabajo escrito en forma clara y precisa, seguido de la lista de autores con sus nombres y apellidos completos en el orden en que deberán figurar en la publicación. A cada autor se le especificarán sus títulos académicos y el nombre completo del centro de trabajo, mail de contacto del autor principal para publicación.

### 2. Resumen y palabras clave:

Se presentará un resumen con un máximo de 150 palabras. El resumen debe incluir el objetivo del trabajo, los materiales y métodos utilizados, los principales hallazgos/resultados y una aproximación a las conclusiones a las que se ha llegado o plantear una discusión.
Es necesario destacar de tres a seis palabras clave que permitan identificar el tema del artículo.
Enviar el resumen el título y las palabras clave también en inglés.

### 3. Metodología

Se recomienda seguir la estructura de la escritura científica:

- Introducción: Debe incluir el propósito del trabajo y algunos antecedentes que fundamenten el trabajo presentado.
- Objetivos: Deberán indicar claramente la finalidad que persigue el artículo.
- Material y métodos: En esta sección se incluirán los procedimientos de selección de los recursos utilizados. Deben describirse los métodos, equipo y procedimientos con suficiente detalle.
- Resultados: Los resultados se presentarán siguiendo una secuencia lógica tanto en el texto como en los cuadros y figuras. Estarán relacionados con los objetivos propuestos.
- Discusión: En esta sección se hace énfasis en los aspectos más novedosos e importantes del trabajo. Los datos ya presentados en la sección de resultados pueden comentarse aquí en forma resumida. Los resultados suelen compararse aquí con resultados de otros trabajos similares.
- Conclusiones: Harán referencia a los objetivos planteados en relación con los resultados obtenidos.
- Referencias bibliográficas: Se presentarán al final del trabajo y se ordenarán numéricamente de acuerdo con la secuencia de aparición en el texto. En éste sólo se incluirá el número arábigo de la referencia correspondiente impreso en forma de exponente. Las webs deberán reflejar la fecha de visita. Se recomienda ajustarse a las normasVancouver.

LOJIT Medical

# Comprometidos con la salud en cada paso

Plataforma logística
de medical devices

**LOJIT Medical**
www.lojit.es

C/ Manuel Tovar, 24 · 28034 Madrid
+34 91 376 71 11 · info@lojit.es